



ECOLE DOCTORALE: Recherches en Psychopathologie et Psychanalyse
Laboratoire ou unité de recherche: Centre d'études en Psychopathologie et
Psychanalyse (CEPP)

DOCTORAT

Psychopathologie et Psychanalyse
Discipline: Psychopathologie phénoménologique

AUTEUR: ERIKA VALMORBIDA

TITRE: Phénoménologie de l'automutilation: la nouvelle scène du corps
Phenomenology of self-harm: the new stage of the body

**Thèse dirigée par Prof. Georges CHARBONNEAU/ Prof. Umberto GALIMBERTI/
Prof. Ivana PADOAN**

Soutenue le 06/02/2015

JURY

**M. Georges CHARBONNEAU
M. Umberto GALIMBERTI
M.me Ivana PADOAN
M.me Mareike WOLF-FÉDIDA**



Università
Ca' Foscari
Venezia

UNIVERSITÀ
CA' FOSCARI
VENEZIA



UNIVERSITE PARIS.
DIDEROT (Paris 7)
SORBONNE PARIS CITE

**Scuola Dottorale di Ateneo
Graduate School**

Dottorato di ricerca

in Filosofia

Ciclo XXVI

Anno di discussione 2015

Titolo: Fenomenologia dell'autolesionismo

Sottotitolo: La nuova scena del corpo

Settore scientifico disciplinare di afferenza: M-FIL/03

Tesi di Dottorato di Erika Valmorbida, matricola 955831

Coordinatore del Dottorato

Prof. Carlo Natali

Tutori del Dottorando

Prof. Georges Charbonneau

Prof. Umberto Galimberti

Prof.ssa Ivana Padoan

ERIKA VALMORBIDA

FENOMENOLOGIA DELL'AUTOLESIONISMO:
LA NUOVA SCENA DEL CORPO

*A D. B.,
per cose che lui sa.*

PRECISAZIONI

Per quanto riguarda i testi in lingua francese e inglese, laddove non si rimandi espressamente ad una traduzione italiana o dove non diversamente precisato, la traduzione è mia.

Molte delle riflessioni che compaiono in queste pagine sono il precipitato di lezioni, conferenze, colloqui personali svoltisi soprattutto a Paris VII e alla Società Italiana di Psicopatologia Fenomenologica. Trattandosi di appunti presi durante dialoghi o dibattiti, in alcuni casi limitati non è stato possibile indicare la fonte.

In questo lavoro mi concentrerò sul mondo occidentale contemporaneo, anche se richiami al passato e ad “altre aree culturali” saranno necessari.

Indice

Introduzione.....	15
Parte 1: Il metodo, il senso, il contesto.....	23
1.1 Il contesto: l'evoluzione delle psicopatologie.....	25
1.2 Il metodo fenomenologico.....	29
1.2.1 I caratteri generali dell'approccio fenomeno-strutturale ed esistenziale.....	29
1.2.2 Fenomenologia e senso: il senso del fenomeno.....	38
1.2.3 La comprensione dell'altro: "Nihil est praeter individuum".....	51
1.2.4 Le condizioni di possibilità dell'essere umano: gli "esistenziali".....	58
1.3. Definizione e storia del concetto: patologia o espressione di sé?.....	71
1.3.1 Autolesionismo e approvazione culturale.....	71
1.3.1.1. La dimensione culturale e rituale.....	85
1.3.1.2. Breve storia delle modificazioni corporee.....	92
1.3.2 Autolesionismo e categorie psicopatologiche.....	97
1.3.2.1 L'automutilazione nella psicosi.....	102
1.3.2.2 L'autolesionismo nell'autismo e nel ritardo mentale gravi.....	104
1.3.2.3 L'autolesionismo nei disturbi di personalità.....	108
Parte 2: Il corpo: il "perno del mondo".....	111
2.1 Koerper e Leib: oggettivazione e soggettivazione.....	116
2.2 Sono ciò che sento: sensazione, emozione, percezione.....	124
2.2.1 Il patico e i sentimenti corporei.....	129
2.3 Corpo e mondo: l'intenzionalità, ovvero la coscienza incarnata.....	135
2.4 L'identità e l'autoaffezione.....	140
2.4.1 La pelle: "lato colore, lato dolore".....	148
2.5 Intersoggettività e (è) intercorporeità: "imperscrutabilmente coinvolte, viviamo in correnti di reciprocità universale".....	151
Parte 3: Il dolore.....	161
3.1 Dolore e sofferenza: il vissuto emotivo.....	169
3.2 Dolore e identità personale.....	173
3.3 Dolore e mondo, dolore e senso.....	177
3.4 L'incomunicabile e l'etica: il dolore e gli altri.....	184

3.5 Il dolore e i dolori: dalla cultura al dolore “necessario”.....	187
Parte 4: Semiologia dell’autolesionismo.....	197
4.1 La teoria del segno: il marchio.....	199
4.1.1 Estetizzazione.....	203
4.1.2 Per sempre.....	205
4.1.3 Un “segno di identità”.....	206
4.1.4 Appartenenza, alienazione o appropriazione di sé?.....	210
4.2 I sensi dell'autolesionismo.....	212
4.2.1 Ripersonalizzazione	229
4.2.2 Comunicazione.....	236
4.2.3 Regolazione degli affetti	239
4.2.4 Il trauma e la rimessa in atto del trauma.....	243
Parte 5: Psicopatologia dell’azione.....	251
5.3 Essere borderline: una vita sul limite.	253
5.4 Le patologie dell’istantaneità e la struttura dell’azione.....	260
5.4.1 Il vissuto della temporalità.....	265
5.4.2 L’impulsività: il bisogno di azione.....	268
5.4.3 L’aggressività.....	277
Parte 6: (Oltre) i confini dell'autolesionismo	283
6.1 I disturbi del comportamento alimentare	287
6.2 Le dipendenze e l’alcolismo.....	309
6.3 I comportamenti ordalici.....	316
6.4 Le situazioni limite: l’autolesionismo del corpo psichico	320
6.5 Il suicidio: l’ultimo attacco al corpo.....	325
Parte 7: Il corpo e la scena sociale.....	347
7.1 La body art: l’emblema della nuova scena del corpo.....	349
7.2 Il corpo come agorà pubblica.....	357
Una conclusione in fieri: la violenza estetica e la comunità degli umani.....	367
BIBLIOGRAFIA.....	371

*Sono corpo e nient'altro,
e l'anima è solo una parola per indicare qualcosa del corpo.*

Friedrich Nietzsche

Introduzione

Perché questo connubio tra psicopatologia e filosofia? Perché, come ci ricorda Jaspers, “chiunque sia incline a disprezzare la filosofia sarà sommerso dalla filosofia in maniera inavvertita”¹. Inoltre “[f]in dai loro inizi la fenomenologia filosofica e la psicopatologia fenomenologica hanno condiviso la medesima indagine: l’esplorazione della soggettività umana.”² e il 900 è un secolo di soggettività. L’analisi dei disturbi della corporeità non può prescindere da riflessioni antropologiche, filosofiche, storiche e sociali.

La psicopatologia fenomenologica si è principalmente occupata delle aree schizofrenica e maniacodepressiva, per far luce sulle “aporie indigene alla *conditio humana*”³, a partire da un’analisi dell’emozione e dell’esperienza del “sentire”. “Le varie forme della follia incarnano queste aporie. comprendere queste aporie, e renderle comprensibili a coloro che in esse si dibattono, equivale a curarle. La filosofia è, in tal senso, il fondamento della terapeutica dell’anima. [...] D’altra parte la filosofia in quanto ricerca sui modi in cui l’Uomo conosce e dà senso alla propria esistenza, non può prescindere dalla psicopatologia, cioè dalla conoscenza dei modi concreti in cui gli uomini si smarriscono lungo il loro percorso di ricerca del senso e della conoscenza. L’esperienza della follia rivela le anomalie normalmente celate nell’esperienza quotidiana”.

Storicamente l’oggetto della psichiatria fenomenologica è stata la comprensione delle manifestazioni psicotiche e disturbi dell’umore. La fenomenologia che si troverà in questo lavoro è la fenomenologia che si apre alle nevrosi e all’aerea borderline (sia nel senso clinico di disturbo di

1 Jaspers, 1946.

2 Stanghellini, 2008, p.13.

3 *Ibidem*.

personalità borderline, sia nel senso di quell'area al limite della condizione umana) apportando nuovi elementi per la loro comprensione. La convinzione è che la *Daseinsanalyse* possa apportare un'esperienza di senso. Il senso di una *Daseinsanalyse* è esattamente quello di mettere in luce il senso esistenziale di un atto, nel nostro caso l'atto autolesionistico.

L'autolesionismo è l'impensabile, è il logos che sfugge, ma il concetto filosofico di intenzionalità (l'intenzione dell'atto) è legato al fatto di essere soggetto ed è una forza che cercherà sempre di significare.

L'autolesione urta il senso comune, cioè quello dell'autoconservazione. L'autolesionismo è la vita che si rivolta contro se stessa. Esso tocca e ferisce una delle possibilità di esistenza dell'essere umano: la corporeità. Cercherò, nei limiti del carattere pensabile della questione, di comprendere il senso del rapporto al mondo, a sé e agli altri che è contenuto in queste forme particolari di violenza, che sono gli agiti autolesionistici e le situazioni limite che possono esservi associate. Vorrei anche distinguere chiaramente questo agito dall'intenzione e dall'atto suicidario.

La questione è delicata poiché il senso esistenziale dell'autolesionismo può essere in qualche modo legato a quello del suicidio, ma rivelarsi anche molto diverso; questo aspetto è ciò che fa l'originalità di questo fenomeno. Nell'autolesionismo lo scopo non è quello di morire, ma rimane quello di vivere, nonostante un tempo non si osasse parlare di autolesionismo e lo si riducesse al suicidio. Attraverso questa distinzione si tratterà di mettere in luce le intenzioni di senso che portano con sé queste condotte autolesive che, peraltro, guardate dal punto di vista dell'immediatezza dell'azione, sono ben lontane dall'aver un senso pieno e univoco: c'è una parte che è legata alla pulsione di morte e una parte che non lo è affatto, ma che rimanda al dare il nostro corpo (martoriato) al mondo.

L'aspetto che vorrei chiarire è che questi atti violenti contro se stessi non sono sintomi di una volontà di distruggersi o di morire, ma al contrario sono tentativi di trovare un modo per vivere.

L'autolesionismo è un concetto transnosografico e transuculturale. Facendo un passo indietro e guardando al fenomeno con gli occhi dell'antropologia, potremo vedere che il fenomeno dell'autolesionismo è presente anche nella cosiddetta "normalità", in forme codificate; in questo caso è culturalmente preparato e integrato e ha un insieme di funzioni precise.

Il carattere impensabile della questione, come abbiamo detto, è la vita che sembra ribellarsi a se stessa, la vita stessa che non arriva più a darsi senso. Ecco perché è importante prima di tutto riconoscere il limite dell'impensabilità della questione. Walsch e Rosen scrivono che "[i]l comportamento autolesionista [...] si situa tra quegli atti che sembrano delimitare l'esperienza umana. Come per gli atti di suicidio, omicidio e abuso sessuale sui bambini, l'autolesionismo porta con sé una implicita connotazione che dice: 'Questo è il comportamento umano nella sua forma peggiore' o ancora 'Questi sono esempi di esseri umani finiti quanto più male sia concepibile' ”⁴.

Scopo del mio lavoro è di mostrare come l'autolesionismo non sia un comportamento che appartiene semplicemente alla "follia", come si dice di solito per liberarsi delle cose insolite. Vorrei cercare di mostrare perché, in situazioni di grande sofferenza, il corpo diventi una sorta di ultimo appiglio per non scomparire: l'autolesionismo è un modo estremo e paradossale di lotta contro la sofferenza, un'esperienza del limite che obbliga a pensare l'uomo molto al di là dell'intenzione ingenua alla felicità e allo sviluppo di sé.

Tenterò di chiarire il senso esistenziale dell'intenzione autolesionista, anche in rapporto all'evoluzione nell'ultimo secolo - del nostro rapporto al

4 Walsch, Rosen, 1988, p.3.

corpo, alle sue rappresentazioni e allo spazio intersoggettivo. Ecco perché discipline come filosofia, psicopatologia, etnologia, antropologia, fenomenologia, etnopsichiatria, ma anche, *a latere*, scienze dell'educazione e etica clinica concorreranno a delineare un quadro del senso di queste violenze perpetrate verso se stessi. Senso profondo e sempre difficilmente individuabile, poiché con l'autolesionismo siamo sul piano della vita e della morte e del rapporto in qualche modo "sacrale" che abbiamo col corpo. Probabilmente il fenomeno dei "pensieri che prendono corpo" è sempre esistito, anche se spesso non viene detto, neppure dai pazienti in cura per altre motivazioni.

La tesi è strutturata intorno agli assi portanti di corpo, identità, dolore, segno e intersoggettività, concetti che verranno esplorati sia separatamente, sia nei loro reciproci, numerosi intrecci. Il corpo della tesi sarà preceduto da un intro, dove presenterò il contesto di riferimento, ovvero il grande cambiamento dell'ultimo secolo nel vissuto del corpo, cambiamento che potrebbe far pensare ad una "nuova scena del corpo". La rivoluzione economica ha permesso l'accesso ad un nuovo corpo, pensiamo soltanto alla contraccezione o al "corpo del divertimento", con infinite possibilità di abbigliamento, pettinature, modificazioni. Questa scena mostra una evoluzione del nostro rapporto al corpo, alle sue rappresentazioni, all'immagine della sofferenza e al senso di richiamo e confronto allo spazio intersoggettivo che questa contiene. L'avvento di questa scena del corpo contemporaneo va analizzata nell'evoluzione del rapporto alla cosa pubblica (il rapporto che il privato intrattiene con il pubblico) e più precisamente nella perdita dello spazio comune, disperso dai nuovi mezzi di comunicazione. La scena individuale del corpo arriva a prendere il posto dello spazio pubblico. Anche in ambito psicopatologico, accanto a patologie che non sono specificamente corporee (angoscia e malinconia) si sono presentate patologie che sono intimamente legate al corpo e che anzi fanno del corpo il loro

“campo di battaglia”. Pensiamo ad esempio ai disturbi alimentari, alle tossicodipendenze o appunto all’autolesionismo. L’evoluzione nelle patologie procede di pari passo alla relazione sociale al corpo, che è oggi diventato sempre più aperto, leggibile e luogo di comunicazione e di creazione di identità. In questo senso queste forme particolari di violenza, in un modo metaforico e indiretto, richiamano dei pubblici attentati.

Passerò poi a definire il metodo di questo lavoro, che è quello fenomenologico e che sarà introdotto ed esplicitato in tutte le sue sfumature.

Seguirà una definizione dell’autolesionismo, fase che ha creato non pochi problemi, soprattutto per due ragioni: bisogna dare all’autolesionismo un carattere estremamente preciso oppure allargare il concetto? C’è davvero un sostrato comune a tutte le forme di violenze al proprio corpo o sono maggiori le differenze? Il concetto di autolesionismo è in piena evoluzione e il fossato che lo separa da altri disturbi (anoressia e bulimia, dipendenze, crisi clastiche, etc.) è sempre più ridotto. È quindi importante considerare le cosiddette frontiere dell’autolesionismo, soprattutto nei suoi aspetti cronici: la scarificazione non è che la forma acuta ed estrema di alcuni disturbi.

La “pratica” dell’autolesionismo è inscritta nell’essere umano, è anzi uno dei dati antropologici fondamentali. L’attacco al proprio corpo è una spinta che caratterizza l’umano di ogni tempo e di ogni latitudine, che muove le azioni, la società, le religioni e solo in ultima istanza la psicopatologia.

A partire da queste riflessioni sono passata a censire le varie “pratiche” di modificazione del corpo. Gli intermediari tra “normalità” e patologia sono numerosi. Esiste senza dubbio una continuità tra alcuni comportamenti detti “normali”, ma a volte al limite (piercing, tatuaggi, marchiature del corpo, pettinature estreme, etc.) e le autolesioni. Censirò quindi le modificazioni estetiche al corpo dette “normali” o prepatologiche o limite, fino agli attacchi dichiaratamente patologici. Tratterò di marchi corporei come piercing, tatuaggi, branding (marchiatura), burning (bruciature), peeling (togliere uno

strato di pelle), alcuni comportamenti relativi all'anoressia, molteplici interventi chirurgici estetici, pettinature estreme, body art, “fachirismo”, etc. Entrerò anche nello specifico delle differenze tra attacchi al corpo: ad esempio tra anoressia, bulimia, avvelenamento volontario, ferimento intenzionale, anemia volontaria, sport estremi, alcoolismo, dipendenze, pseudosuicidio senza idee di morte. Studierò anche gli elementi limite della questione, come la prostituzione, senza naturalmente tralasciare le modificazioni corporee delle società tradizionali. Come abbiamo detto, il fenomeno verrà esaminato attraverso le sue nuove espressioni sia patologiche (mutilazioni, lacerazioni, sacrificazioni, anemia volontaria⁵) che pre-patologiche o limite (piercing, tatuaggi) e dichiarate normali (molteplici sofisticazioni, pettinature estreme, body art, fachirismo). Queste manifestazioni verranno anche confrontate alle violenze volontarie al corpo del registro rituale e culturale (scarificazioni rituali, circoncisioni, mutilazioni sessuali, etc.) così come a certi comportamenti sacrificali (immolazione pubblica, ad esempio, che realizza una situazione limite sulla quale bisogna interrogarsi).

Questo lavoro di ricerca vuole anche stabilire i differenti indici di gravità di questi atti, svelando la continuità che può esistere tra certi comportamenti detti normali, ma a volte invece “al limite” (piercing, tatuaggi, marchi sul corpo, pettinature estreme, etc.) e i comportamenti di autolesionismo clinicamente inteso. Il vero oggetto della tesi rimarranno comunque gli attacchi violenti a se stessi della compulsione autolesionista e l'interesse primario sarà centrato sui vissuti soggettivi.

Si passerà poi, come detto, attraverso gli assi portanti della riflessione sul corpo, l'identità, il dolore e il “segno”, senza mai perdere di vista l'inserimento del singolo in una comunità di altri umani, per arrivare ad una

5 Lasthenie de Ferjol.

semiologia dell'autolesionismo. Questa parte si concluderà con una riflessione sull'attacco estremo e definitivo al proprio corpo: il suicidio.

L'ultima parte della tesi sarà dedicata alla tematica del corpo sulla scena sociale, con alcuni spunti di riflessione derivanti dalla body art, per finire con la teorizzazione del concetto di "violenza estetica"⁶.

Il mio lavoro si iscrive nell'analisi psicopatologica dei disturbi della personalità (anche se il concetto di "disturbo di personalità" è scomparso nel DSM V) e delle patologie mentali che rendono possibile questo tipo di comportamento, che siano in adolescenza o in età adulta. Si tratta infatti di un fenomeno molto importante nelle personalità patologiche, anche se è necessario guardarlo da un punto di vista che si situi fuori dalla nosografia, soprattutto per quanto riguarda ad esempio l'autolesionismo in ambito carcerario.

L'obiettivo finale non sarà quello di spiegare, ma di esplicitare, non sarà quello di spiegare perché, ma di dare coerenza. Sempre ricordando che "non esiste un solo uomo che non sia alquanto disperato, non porti in sé un'inquietudine, un turbamento, una disarmonia, un'angoscia di qualche cosa che egli non conosce o che non osa ancora conoscere, un'angoscia di una possibilità dell'esistenza o un'angoscia di se stesso, in modo che.... cova anch'egli una malattia dello spirito, la quale ogni tanto, come un lampo, mediante e insieme a un'angoscia incomprensibile per lui stesso, fa sentire la sua interna presenza."⁷

Questa tesi si nutre della storia del corpo e della fenomenologia del corpo a partire dai lavori di Henry, Heidegger, Husserl, Merleau-Ponty, Sartre, ma anche dei lavori della scuola italiana di psicopatologia fenomenologica con Ballerini, Callieri, Calvi, Di Petta, Leoni, Rossi Monti e Stanghellini. momento descrittivo-esplicativo e non esplicativo. La

6 Concetto suggeritomi da Georges Charbonneau, che ringrazio.

7 Kierkegaard, La malattia mortale, citato in Tustin, 1991 (1990), p. 116.

genealogia filosofica chiamerà in causa soprattutto Kant, Fichte, Husserl, Heidegger, Merleau-Ponty.

Parte 1: Il metodo, il senso, il contesto

*Se la parola mente significa qualcosa,
essa significa ciò che ognuno sente.*

John Stuart Mill

1.1 Il contesto: l'evoluzione delle psicopatologie

Le mutazioni sociali e la crisi delle categorie tradizionali hanno portato l'attenzione sui cosiddetti "*body-focused disorders*". Il corpo è stato reintrodotta come strumento del sociale e come riflesso della stessa società, così come è divenuto oggetto di studio per quanto riguarda vari aspetti. Si pensi anche solo all'alimentazione, alla sessualità, allo sport⁸. Il nostro è il secolo del ritorno al corpo, ma anche quello della crisi del senso. Lyotard, chiedendosi cos'è il post-moderno, risponde che esso è l'impossibilità di un unico racconto organizzatore. Tra i vari aspetti del post-moderno però, c'è senz'altro il balzare in primo piano del corpo, anche se in un modo forse paradossale perché accompagnato da un suo nascondimento.

Nell'ultimo secolo le forme della psicopatologia si sono evolute in direzione di patologie legate strettamente al proprio corpo. Parallelamente c'è stata un'evoluzione dello spazio sociale e della relazione sociale al corpo: esso è sempre più leggibile, luogo di comunicazione e di realizzazione di identità.

Lo spazio degli attacchi al proprio corpo mette in luce proprio questa nuova scena del corpo che mostra un'evoluzione del nostro rapporto alla corporeità, alle sue rappresentazioni, all'immagine della sofferenza e al senso di richiamo allo spazio intersoggettivo che questa contiene. Il vissuto del corpo nel XX secolo è del tutto nuovo, e procede da uno stesso movimento delle psicopatologie. Dalla seconda metà del XX secolo, accanto all'angoscia e alla malinconia (che non sono specificamente corporee), sono apparse delle forme di sofferenza nuove, portate dalla questione del corpo: disturbi del

⁸ Memmi- Guillo- Martin, 2009.

comportamento alimentare, dipendenze, impulsività, varie forme di autolesionismo.

Il corpo è diventato sempre più aperto, leggibile, luogo autorizzato di posizionamento faccia a faccia del campo sociale. Mentre nelle società tradizionali il corpo è un legame con gli altri e con la natura, nelle società occidentali moderne il corpo è indice di separazione, sia dagli altri, che dall'uomo stesso. Nello stesso momento si è prodotta una dispersione della scena sociale che rinvia ciascuno alla relazione al suo proprio corpo come ultima possibilità espressiva. Abbiamo perso lo spazio comune, disperso dai nuovi mezzi di comunicazione ed è il corpo stesso che è diventato oggi la vera agorà pubblica: la scena individuale del corpo prende il posto della piazza pubblica.

Il rapporto tra il privato e il pubblico è cambiato. Il corpo resta comunque l'organo della nostra adeguazione al campo sociale, o del suo rifiuto, poiché il corpo umano individuale riflette il corpo sociale collettivo e ciascuno continuamente crea e sostiene l'altro⁹. Il mondo reale diventa un'immagine. Si tratta di trovare su di sé delle verità che la società non ci tramanda più. Il corpo, in questo immaginario sociale, è l'ultimo rifugio e il luogo della più alta autenticità. Questo è forse anche il senso ultimo delle prove radicali della body art.

Nella patologia si traducono le evoluzioni culturali e sociali che attraversiamo. Ricordiamo anche come i nuovi saperi della medicina hanno modificato i presupposti stessi del corpo, della vita e della morte: siamo ormai nell'epoca dell'ingegneria del vivente. Queste modificazioni non possono lasciare inalterati i rapporti del soggetto a se stesso, ai suoi limiti, alle relazioni con gli altri. La contemporaneità si accompagna a nuove modalità di malessere, sia a livello individuale che sociale.

9 Le Breton, 2008.

Alla fine della metà del XX secolo si esce dalla malinconia (la sola grande malattia) per vedere un accrescimento del numero degli attacchi al corpo, che sottolineano una relazione particolare al corpo nella sua messa in scena.

Il senso di queste nuove forme di sofferenza sta al posto del senso un tempo veicolato dalla scena sociale. I comportamenti corporei estremi vanno in scena, fanno scena, grazie all'intatto potere di espressione del corpo.

Scrive Dell'osso¹⁰ che “epoche di grandi cambiamenti socio-culturali e tecnologici si accompagnano, fatalmente, anche allo sviluppo di stili di vita anomali, all'interno dei quali comportamenti fisiologici [...] assumono, per qualità o quantità, caratteristiche disfunzionali e maladattative, in grado di arrecare all'individuo una compromissione del funzionamento socio-relazionale, familiare e lavorativo”.

La post-modernità vede una ipervalorizzazione del presente, una cancellazione dei legami con qualsivoglia oggetto di attaccamento, una volontà di movimento di tipo quasi maniacale. Questa fuga in avanti si traduce in una ricerca dei limiti in modo violento.

Ehrenberg¹¹, parla della “fatica di essere se stessi” quando “l'ideale politico moderno, che fa dell'uomo il proprietario di se stesso e non più il docile strumento del Principe, si è esteso a tutti gli aspetti dell'esistenza. L'individuo sovrano, l'individuo eguale soltanto a se stesso e di cui Nietzsche annunciava l'avvento, è ormai una comune forma di vita”.

Con l'indebolimento dei vincoli, la privatizzazione dell'esistenza, il declino della vita pubblica “siamo diventati puri individui, nel senso che non vi è più alcuna legge morale, né alcuna tradizione a indicarci dall'esterno chi dobbiamo essere e come dobbiamo comportarci”¹².

10 Dell'Osso, 2013, p.95.

11 Ehrenberg, 1998. Tr. It. 2010, p.6.

12 *Ivi*, p.8.

Abbiamo assistito ad uno spostamento di campo: non essendoci più un luogo veramente pubblico, il corpo è diventato l'ultima agorà pubblica. Il luogo dello scandalo si è spostato dalla pubblica piazza al corpo, il quale viene mostrato e pienamente autorizzato. La rivoluzione è collettiva e sociale e ha un suo esempio nella body art.

Come dicevamo, anche la psicopatologia evolve e dalla depressione, dall'ansia, dall'angoscia, che non sono propriamente corporee, si passa all'autolesionismo e al comportamento tossicofilico¹³, dove l'accento è invece pienamente sul corpo. La fenomenologia delle nevrosi ha ormai nuovi campi di indagine.

Dal tempo ciclico, al tempo lineare e oggi al tempo del frammento e del puntinismo, anche le forme della sofferenza non possono che cambiare: dall'angoscia all'impulsività e dal suicidio all'autolesionismo, la patologia è talmente duplice che sfugge continuamente e il solo modo di tenerla è nel corpo, un corpo aperto.

Nella modernità le coordinate costitutive della soggettività vengono re-interrogate e il legame tra interiorizzazione e sviluppo dell'esteriorità è sempre più paradossale. Il soggetto viene a trovarsi in una situazione limite all'incrocio di queste due spinte e nella necessità di autocrearsi. La diffusione delle pratiche del corpo sono l'emblema della soggettività esteriorizzata e del lavoro asintotico di costruzione del Sé.

L'ambito psicopatologico si trova di conseguenza nella necessità di oltrepassarsi e inventare nuove frontiere.

13 Mi riferisco a chi fa uso abituale di psicofarmaci per il loro effetto stupefacente.

1.2 Il metodo fenomenologico¹⁴

1.2.1 I caratteri generali dell'approccio fenomeno-strutturale ed esistenziale

Vorrei ora qui cercare di presentare il punto di vista di questo mio lavoro. Ho cercato di vedere la questione di cui stiamo parlando attraverso gli occhi della psichiatria fenomenologica ed esistenziale.

Potremmo chiamare la psicopatologia fenomenologica una antropologia filosofica generale della clinica. La psicopatologia fenomenologica è fenomenologia e antropologia insieme e il suo scopo è dare senso.

La fenomenologia è una antropologia. Eccede il quadro della sola psicologia per inglobare una coscienza generale soprattutto corporea di sé e del mondo. L'antropologia filosofica studia la relazione formale allo spazio Mondo. Questa relazione non è solo fisica, ma si trova in tutta la profondità della cultura: in questo senso l'ambito della antropologia è più ampio di quello di una psicologia.

La fenomenologia è anche un esistenzialismo, ricordandoci così che esistere non è vivere, ma di questo discuteremo più diffusamente più avanti in questo paragrafo.

La psicopatologia fenomenologica descrive il come e non il perché. La fenomenologia è una scienza dell'esperienza, di "ciò che succede". La nozione di fenomeno suppone che ci sia un qualcuno a cui qualcosa succede. Ogni fenomeno è l'incontro tra una struttura di permanenza, stabile o precaria, con alcuni eventi. Questi eventi sono tali solo se possono o minacciare o al contrario verificare/rivelare questa struttura di permanenza. L'ambizione è descrittiva ed esplicitativa.

¹⁴ Questa parte è una rielaborazione personale delle lezioni del Prof. Georges Charbonneau a Paris VII, con aggiunte dalle lezioni della Scuola fiorentina di Psicopatologia Fenomenologica. È in questi due luoghi che ho capito davvero che cosa significa essere fenomenologi.

Un fenomeno è l'unione tra un qualcuno e un qualcosa: qualcosa succede a qualcuno. Questo qualcuno è una struttura di continuità. Il qualcosa è ciò che può succedere e che può intaccare questa continuità. La fenomenologia comprende il contenuto a partire dal contenente, laddove il contenente sono le strutture pre-psicologiche dell'esperienza.

La psicopatologia fenomenologica ha tre caratteristiche che la rendono un approccio particolarmente originale. Innanzitutto non ha una istituzione o una dottrina che preservi la sua ortodossia. Non è una "teoria totale", di conseguenza non pretende di dettare delle applicazioni terapeutiche dirette. Non obbedisce allo schema teoria - applicazione della teoria, ma lascia a ciascun terapeuta le sue abituali risorse. Infine essa non è incompatibile con quasi nessun discorso. Ciò perché non è esplicativa (non dice il perché), ma solamente descrittiva - esplicitativa (dice il come).

La genealogia della fenomenologia la vede derivare in parte dall'idealismo filosofico, ovvero quel lungo cammino che parte dal pensiero di Kant. L'idea di struttura a priori dell'esperienza e le nozioni di forma e struttura derivano infatti dall'opera di quest'ultimo. Il concetto di trascendentale designa il lavoro preparatorio di forma e struttura che permette alla coscienza di rendere manifesti i suoi contenuti. L'apporto della filosofia passa poi attraverso Fichte e verso l'idea strutturale, così come viene espressa dal pensiero di Husserl, della Gestalt, passando per l'idea dello schema corporeo, il pensiero di Heidegger e di Merleau-Ponty, l'organo-dinamismo e Tatossian.

Il riferimento idealista centrale può essere così riassunto: lo "spirito" (la funzione mentale) ha bisogno di alcuni prerequisiti per poter apprendere/concepire gli oggetti della coscienza. Il primo di questi prerequisiti è la costituzione necessaria di un quadro formale di esperienza. Prima di tutto (prima di "ogni cosa") è necessaria una certa unità dell'esperienza. È qui che nasce anche la nozione di struttura o di forma, il

rapporto forma/fondo, contenente/contenuto, laddove il contenente è l'ipseità.

Grazie alla nozione di struttura, la psichiatra fenomenologica ha una identità epistemologica precisa che la differenzia dall'empirismo e dal positivismo.

Epistemologicamente la fenomenologia è una teoria dello spirito. Ha anche il senso di iso-strutturale, ovverosia legato al livello di organizzazione interna. Essa vuole descrivere la coerenza strutturale-organizzativa di un insieme di disturbi. Da questo punto di vista la fenomenologia è una critica tacita al puro empirismo in psichiatria: essa suggerisce che non si può pensare senza un modello di rappresentazione, senza una teoria di insieme, di struttura, di spirito o di coscienza.

Possiamo chiamare questa "struttura" anche con i nomi di "coscienza", "self", "Sé". È a partire da Husserl che il termine "coscienza" ha il senso di "struttura di esperienza". Nulla può giungere alla nostra coscienza se prima non c'è una pre-organizzazione, una sorta di pre-formattazione che renda questo oggetto manifestabile alla coscienza. I disturbi mentali vengono definiti esattamente attraverso un "difetto" in questo livello strutturale-esperienziale.

Questa struttura di esperienza ha varie funzioni: ad un livello elementare essa deve riconoscere e dare un nome (in termini logico-sintattici) agli elementi che si presentano, e ad un livello più globale essa deve comporre una unità dell'esperienza. La barriera psicosi/non psicosi si situa qui: nel mantenimento dell'unità dell'esperienza e quindi nella capacità di comprendere una certa realtà. Questa unità formale è necessaria alla produzione di senso. La coscienza produce senso, per quanto vago, per quanto offuscato, per il fatto stesso di aver riassunto l'esperienza in una unità.

Le alterazioni della struttura del contenente danno luogo a disturbi ad un determinato livello; se queste strutture sono invece rispettate ci troviamo di fronte a disturbi di altro genere (di livello più prettamente psicologico).

La psichiatria fenomenologica è una filosofia del Sé e come tale rimanda ad una analisi dell'ipseità. L'ipseità è l'altro nome del sé, è il polo ontologico che non può mai rompersi. Il sé equivale all'unità dell'esperienza. La crisi del sé rinvia alla crisi dell'unità dell'esperienza. L'allucinazione è qualcosa che è al di fuori del campo della coscienza, che non è stata pre-iscritta nell'esperienza e che quindi fugge alla pre-integrazione senso-percettiva.

L'evidenza naturale è un altro effetto della struttura del sé, così come la funzione del riconoscimento delle forme è un effetto della continuità di sé. Riconoscersi significa riconoscere le forme. L'elaborazione dello schema corporeo è ancora effetto dell'ipseità, così come l'integrazione spaziale, il movimento e il tono di base. Il sé è portatore della continuità dell'esperienza. L'evidenza naturale *Selbstverständlichkeit* è ciò che "va da sé" ed è legata alla struttura formale del sé. In questo modo il sé è portatore della continuità dell'esperienza. Dice Blankenburg che essa è come la luce che rende possibile la visione delle cose e per questo essa non è in se stessa percepibile.

Le psicosi possono essere comprese come alterazioni della struttura dell'ipseità, che disorganizza l'architettura della coscienza e le relazioni tra le diverse parti dell'identità umana. Uno dei principali paradigmi della fenomenologia delle psicosi è proprio l'alterazione della struttura di ipseità, il fallimento nel fondare la continuità formale dell'esperienza. Nelle psicosi il sé non può riconoscere se stesso (de-personalizzazione), né riconoscere la realtà in quanto realtà.

Il secondo paradigma è la sconnessione dell'unità dell'esperienza. Manca una unità integrativa del Sentire e del Muoversi (l'unità psicomotoria) e del campo senso-percettivo. La sconnessione dell'unità psicomotoria dell'esperienza porta a problemi con lo schema corporeo e con

l'integrazione del movimento. Da qui la tensione catatonica. Si può avere anche una sconnessione dell'unità diacronica dell'esperienza, con l'alterazione delle strutture di ritenzione e di proiezione di sé (malinconia e mania).

Un altro punto da considerare è l'alterazione della spazializzazione (direzione di senso) e la sproporzione antropologica: la perdita nelle altezze, oppure il vissuto di "troppo vicino", la perdita nel "sì", l'essere in avanti rispetto a sé (mania) o indietro rispetto a sé (malinconia), l'essere al di qua di sé (fobia), o al di là di sé (isteria). L'alterazione dei contatti elementari (pre-intenzionali) con il mondo porta alla sconnessione della sensorialità arcaica e al crollo della fiducia originaria.

Abbiamo già accennato alla perdita dell'evidenza naturale, con l'incapacità di lasciar essere gli eventi. Le cose non vanno più da sé: si ha allora il vissuto di perplessità.

Altro paradigma delle psicosi è la "compattezza": l'abolizione delle distanze intra e intersoggettive. Questo conduce a problemi con la "meità" del sé, all'incapacità ad appropriarsi (nella schizofrenia e nell'autismo) o a disappropriarsi (nella paranoia) della propria identità personale e della propria corporeità.

L'alterazione della intenzionalità fenomenologica (la sconnessione degli orizzonti di significato e il tentativo di ricomporli nel delirio deriva anche dal fallimento nel riconoscimento delle forme: l'incapacità di fondare la relazione tutto-parti e di trovare un senso alle forme (ad esempio nel test di Rorschach). Si pensi al disturbo del riconoscimento dei volti, o ancora al sovra-riconoscimento: non si riesce a dare un senso stabile alle forme.

La capacità integrativa della coscienza le permette di fare "corpo psichico". Il lavoro della coscienza è quello di trovare una continuità dell'esperienza e insieme far sì che il nostro essere si proietti in quella continuità di

esperienza. Il campo di coscienza deve essere allo stesso tempo aperto e integrato. Il campo di esperienza porta la continuità ipseica del nostro essere.

L'analisi del fenomeno delirante inizia esattamente qui: dall'impossibilità di integrare una sensazione. Ciò che compare nell'allucinazione è qualcosa di estraneo, di fuori campo. A questo livello (al livello del campo psichico) possono accadere due eventi patologici: vi è una sovra-integrazione che rigidifica l'esperienza al punto tale che essa non può più incontrare oggetti oppure avviene una destrutturazione, una disintegrazione, una sorta di dissociazione che fa perdere a questo campo psichico la possibilità di incontrare gli oggetti e produrre una relazione stabile di realtà.

I disturbi mentali sono dunque quei disturbi che riguardano la forma e la continuità dell'esperienza. La fenomenologia psichiatrica studia soprattutto i problemi caratteristici di questo livello, detto anche architettonico (o strutturale, o formale). Il termine architettonico rimanda proprio alla struttura che copre e tiene insieme l'esperienza in una coesione che è anche simbolica.

Vediamo ora quali sono i prerequisiti necessari alla costituzione del campo di coscienza.

1. Organizzare la continuità del sé. Ogni coscienza e ogni manifestazione si presentano sullo sfondo di una continuità virtuale prestabilita di se stessi e ciò che avviene si rapporta a questa continuità. Ogni soggetto deve avere coscienza di appartenersi, qualunque siano le determinazioni che si sceglie o le identità di ruolo che assume. È questo il lavoro preparatorio della coscienza e su questo registro la depersonalizzazione è il disturbo più conosciuto. Ve ne sono altri: tutti quelli che fanno sì che perdiamo il sentimento di appartenerci davanti ad alcuni eventi (ad esempio un trauma). Un altro esempio è la dismorfofobia, dove non riusciamo a riconoscere noi come noi stessi o a riconoscere un'altra persona come sé stessa (delirio di riconoscimento). Il polo dell'appartenenza a sé stessi è sia corporeo che

mentale. L'integrazione delle sensazioni in uno schema corporeo permette di distinguere il sé dal non-sé e si attua sia in ambito psicomotorio che in quello dei contenuti psicologici della coscienza. In ambito corporeo questa unità di esperienza è "lo stile". Nel modo di modulare le nostre sensazioni, i nostri movimenti, manifestiamo la nostra ipseità.

2. Il campo di coscienza è un campo unico che rimanda al sé, che presenta delle proprietà e una impressione di insieme. La relazione tutto-parti è fluida ed è possibile incorporare nuovi elementi. Questa forma ha carattere vivo, è una Gestalt vivente. P. Ricoeur parla a questo proposito di identità narrativa: è un'emeneutica del sé.

Il campo di coscienza non è certo più mentale che corporeo. È centrale l'integrazione corporea delle sensazioni in uno schema corporeo che permetta di accogliere e di discriminare il non-Sé dal Sé e questo avviene sia sul piano psicomotorio che su quello dei contenuti psicologici della coscienza. Si tratta di un modo di articolare e di modulare ciò che proviamo, i nostri movimenti involontari o volontari, di coordinare i nostri gesti. Ad esempio nella danza, nella grazia o nella scoordinazione dei movimenti, si manifesta una ipseità.

3. Una teoria della coscienza deve differenziare lo statuto degli oggetti reali da quelli di finzione. La realtà deve avere garanzia di validità. Si parla allora di realtà della realtà o di evidenza.

Questa garanzia può vacillare nei disturbi psicotici sia sotto forma di perdita dell'evidenza naturale (Blankenburg) sia nella forma di un "eccesso di evidenza" come nella paranoia. In alcune esperienze deliranti questa neo-realtà emerge sotto forma di un "vissuto di rivelazione" o di illuminazione dove la persona sembra capire tutto in un solo momento.

Nessuna esperienza che abbia senso può essere dispensata da questi prerequisiti, i quali permettono anche, nell'analisi dei disturbi mentali, di isolare la relazione di realtà indipendentemente dai suoi contenuti.

Le psicosi risultano quindi da una alterazione della struttura dell'ipseità, qualunque sia l'origine di questa alterazione. Come abbiamo detto, l'ipseità è il nome che la fenomenologia ha dato al sé. L'ipseità è il polo ontologico di ciascun individuo, attraverso il quale ciascuno può sentirsi/ provarsi come se stesso nel corso delle varie metamorfosi dell'esistenza. Altri poli fondamentali, che vedremo dopo, sono l'alterità e la corporeità. Nella psicosi la re-identificazione ipseica, necessaria al mantenimento dell'unità di esperienza, non si effettua più e il delirio diventa un ultimo disperato tentativo di ricomposizione di senso.

Vi sono tre configurazioni possibili della psicosi in rapporto all'ipseità:

1. l'ipseità non ha abbastanza energia per investirsi nei ruoli e si manifesta allora un vuoto dissociativo, una assenza di presa sui contenuti dell'esistenza. Un esempio è la passività psicotica. La relazione di realtà non è sufficientemente determinata per produrre degli investimenti tematici oppure il gioco dei ruoli.

Le difficoltà della schizofrenia sono difficoltà a tenere assieme il contenente e il contenuto e a mantenere l'investimento dell'uno e dell'altro. La tensione tra contenente e contenuto richiede troppe energie e si trova dunque bloccata, fissata.

2. l'ipseità, temendo di scomporsi (il pericolo più grave) si sovra-investe in una identità di ruolo e la satura, come per cercarvi una ipseità che non riesce più a raggiungere (un esempio è la megalomania). Questa sorta di "inflazione" di una identità di ruolo determina la produzione di un delirio. Il mondo è visto solo attraverso questa identità di ruolo destabilizzata, che ha perso gli ancoraggi e la proporzione.

I deliri di filiazione sono delle fughe verso grandiosi destini per fuggire al rischio di annichilimento di sé. L'ipseità deve essere ricostituita ad ogni prezzo, anche a quello del delirio: i deliri di dannazione dei malinconici

mostrano bene che il dramma non è la morte, ma il “fallimento” del sé e la perdita del “valore” del sé.

3. L'ipseità, per mantenere la propria permanenza, traccia una proiezione anteriore e posteriore di ciò che è. Se la trama di presente-passato-futuro è disorganizzata, allora si ha uno squilibrio, quello che viene chiamato un disturbo dell'umore. L'alterazione del rapporto al futuro dà la mania: uno spostamento patologico di sé verso l'avanti (il tema dell'onnipotenza). La ritenzione di sé nel passato produce la malinconia (il tema del debito e l'inibizione del divenire).

Questi sono i disturbi primari (secondo la terminologia di Schneider: sintomi di primo rango) I disturbi secondari sono dei tentativi (per quanto inadatti) di restaurazione e riconfigurazione per rendere di nuovo intelligibile il mondo (ad esempio con i deliri erotomani o con quelli di filiazione). La coscienza tenta sempre di compensarsi, di auto-ripararsi.

Binswanger parla di contatto vitale con il mondo: ogni episodio psicopatologico si caratterizza per una situazione “affettivo-spaziale” ed essa esprime la posizione spaziale nella quale la persona si situa e il vettore di movimento che noi stessi viviamo quando incontriamo questa posizione. Ad esempio il tema della vergogna o del debito melanconico esprimono questa paura della perdita di sé e dell' “altezza di sé”. Il pudore esemplifica questa relazione all'altezza e alla distanza intersoggettiva. Il pudore è pre-sessuale nella sua essenza. Tocca vari ambiti tra cui l'affettività e alcune esperienze di vita quali ad esempio l'infortunio o la morte. È la manifestazione della preservazione dell'essere di ciascuno.

Il concetto di ipseità designa il polo ontologico più elementare che fa sì che anche se siamo cambiati completamente, se ci siamo auto-rinnegati, se ci siamo convertiti, rimane qualcosa che ci fa sentire che siamo sempre noi. Questa è la base della responsabilità morale. Ognuno di noi è quindi “condannato” (direbbe Sartre) alla unicità della sua esistenza da questo filo

che lega ogni nostro atto. Non sappiamo di più di questo sé, poiché esso è un enigma a se stesso. Del resto l'enigma dell'essere è l'enigma fondatore di tutta la filosofia occidentale.

La fenomenologia è quindi un incontro dell'ipseità con ciò che non è essa stessa: l'alterità, le identità di ruolo, le istituzioni antropologiche, il mondo, la vita, etc.

All'inizio di questo paragrafo, nel delineare i punti fondanti della fenomenologia, abbiamo accennato al fatto che esistere non significa vivere. Sartre scrive che "l'esistenzialismo è un umanismo". L'uomo è condannato al tempo e allo spazio, alla storia, alla carne, alla prossimità e alla distanza, all'alterità. Solo gli dei e le idealità matematiche vivono nella pura essenza. Nell'uomo l'esistenza precede l'essenza, ma l'esistenza¹⁵ è anche prioritaria rispetto al Vivere (inteso come vivere biologico). È in virtù di questa distanza tra esistere e vivere che possiamo soffrire, gioire, provare dei sentimenti. Ed è sempre in virtù di questa distanza che una meta-rappresentazione di sé è possibile. Attraverso questa distanza il soffrire assume il senso di un allontanamento dalla vita, della rottura degli accordi con la vita mentre il gioire ci ricorda il piacere di quegli stessi accordi.

1.2.2 Fenomenologia e senso: il senso del fenomeno

La fenomenologia è una corrente filosofica tra le principali del 900. È un esercizio che ambisce a cominciare da zero.

“La fenomenologia filosofica si costituisce attorno all'opera di Edmund Husserl, di Martin Heidegger e di Max Scheler. La fenomenologia nasce dalla psicologia: Edmund Husserl iscrive i suoi primi lavori nello spazio della psicologia di F. Brentano perché i problemi della percezione e

¹⁵ Come nota sempre Georges Charbonneau, la questione esistenziale è anche pre-sessuale. l'identità sessuale non è identità ipseica. Prova ne è il fatto che possiamo decidere della nostra appartenenza sessuale.

dell'integrazione dei dati della sensazione appartengono a una comunità di saperi psicologici e filosofici. La fenomenologia, in campo filosofico, ha lo statuto di una posizione di ordine metodologico per tutte le scienze”¹⁶. La psicopatologia fondamentale, ovvero essenziale, può lavorare con discipline diverse; così come l'epistemologia clinica, essa può essere un momento interno alle pratiche e ai saperi.

La psicopatologia fenomenologica è costituzionalmente eclettica. “Questa psicopatologia non ha un fondatore unico, poiché quattro iniziatori se ne dividono la paternità: E.Minkowski, L.Binswanger, K.Jaspers, E. Straus.”¹⁷ F. Brentano è uno dei grandi precursori della fenomenologia, come anche Dilthey.

Il fondatore è E. Husserl, vissuto tra la metà dell'800 e gli anni 30 del 900. Con la fenomenologia si tratta di tornare ai fenomeni (alle cose stesse). C'è il desiderio di allontanarsi dalle teorie, poiché nessuna cosa è mai evidente se non è per me e cioè per la mia esperienza. Il concreto non è una cosa, un oggetto, il mondo, bensì l'esperienza dell'oggetto.

Fenomenologia è quindi la scienza dell'esperienza.

Nelle Ricerche Logiche di E. Husserl, l'idea di una fenomenologia è quella di una scienza dei vissuti e la sua prima distinzione è tra *Cogitatio* - l'atto percettivo - e il *Cogitatum* - l'oggetto percepito¹⁸.

Charbonneau, nella sua opera¹⁹ introduttiva alla psicopatologia fenomenologica, dà quattro significati della fenomenologia. Il primo significato è quello di descrivere. In fenomenologia questo verbo significa prima di tutto una classificazione dei vissuti. Per Jaspers è questo il progetto minimale della fenomenologia. A un secondo livello la fenomenologia è una “esplorazione

¹⁶ Charbonneau, 2010a, p. 17.

¹⁷ *Ivi*, p.22.

¹⁸ *Ivi*, p.25.

¹⁹ *Ivi*, p.26.

delle essenze”. Procedendo sempre più in profondità, fenomenologia è accedere ad una totalità e ritrovarvi una coerenza. “La descrizione fenomenologica coglie l'unità della vita, la coerenza di questa vita”²⁰. Troviamo infine, nello schema che ci propone Charbonneau, l'analisi della relazione alla realtà. L'“assegnazione al mondo che è nello stesso tempo assegnazione a sè stessi”²¹. Ricordiamo come Minkowski parli di “affectivité-contact” col mondo.

In sintesi, e usando ancora le parole di Charbonneau, “[c]iò che è prepsicologico è sinonimo, globalmente, di fenomenologico”²².

L'ermeneutica clinica è la ricerca del senso immanente a una data configurazione di mondo, è il riportare ad un ordine la congerie delle esperienze. Come scriveva Husserl, i fenomenologi sono i veri empiristi.

Scrive Husserl²³: “Tutto ciò che si dà originalmente nell'intuizione (per così dire, in carne ed ossa) è da assumere come esso si dà, ma anche soltanto nei limiti in cui si dà”. Si tratta di andare all'incontro con le cose, eliminando la prospettività, facendo quindi epoché. Ma mettere da parte i pregiudizi significa eliminarli o metterli in evidenza? Sicuramente è necessario un atteggiamento critico verso la propria cornice concettuale: l'umiltà epistemica. Un altro errore da evitare è dare valore filosofico a qualcosa che è solo uno strumento.

Come scrive Calvi²⁴ “l'epoché fa in modo che a noi le cose si donino, fa sì che l'esperienza sia donazione di senso. La fenomenologia prende le mosse da una sorta di purificazione che mette tutto in dubbio e nega il mondo”.

20 Charbonneau, 2010a, p.28.

21 *Ivi*, p.28.

22 Georges Charbonneau, 2010a, p.111.

23 Husserl, 1965 (1950-52), p.94.

24 Calvi, 2007, p.16

Ecco perché quando si nominano i sintomi²⁵ non si evocano entità autoevidenti ed ecco perché i terapeuti fenomenologicamente fondati²⁶ vedono tutti i loro pazienti sempre per la prima volta.

Esistono due fenomenologie, la cosiddetta fenomenologia delle essenze (eidetica) per la quale eliminando i pregiudizi colgo l'essenza del fenomeno e la fenomenologia ermeneutica, per la quale sono avvertito dei miei pregiudizi e li dico al mio interlocutore.

Nella vita quotidiana andiamo incontro alle cose con atteggiamento naturale, nella riduzione trascendentale husserliana invece, esploro le caratteristiche della mente: ciò con cui entro in contatto non è il fenomeno, ma la mia rappresentazione.

L'atto fondativo della psicopatologia fenomenologica e la Psicopatologia generale di Jaspers, del 1913. Si tratta del primo libro a porsi tematicamente due problemi fondamentali: quello del metodo e quello della ricerca di un principio organizzatore che tenesse insieme tutti i fenomeni psichici di una persona. Si trattava di sistematizzare le esperienze psichiche abnormi per comprenderle.

Per Heidegger fenomenologia è mettere insieme i fenomeni, il logos dei fenomeni. Fenomenologia è la ricerca della struttura che tiene insieme i fenomeni, nella singola esistenza o in un tipo di esistenza (persone che presentano analoghi fenomeni psichici abnormi per tipicità o per ricorrenze); è la ricerca della unità strutturale del mondo di quel paziente.

Se l'ermeneutica clinica è la ricerca del senso immanente a quella determinata configurazione di mondo, dobbiamo prioritariamente fare una distinzione: quella tra spiegare e comprendere. Spiegare un fenomeno significa ridurlo ad una ipotesi anticipata. Comprendere invece significa individuare il centro della visione del mondo dell'altro. A partire da questo

²⁵ Ad esempio l'antipsicotico non è un farmaco contro la schizofrenia (che è un costrutto umano) bensì è un farmaco contro i sintomi.

²⁶ Per usare un'espressione di Gilberto Di Petta.

tutte le manifestazioni dell'altro diventano comprensibili. Empatia (em-patia) significa infatti “entro nel tuo pathos”, nel tuo modo di sentire.

La fenomenologia è un sapere? Fare fenomenologia significa disimparare: *immer wieder*, sempre di nuovo. Una psichiatria fenomenologica è una psichiatria strutturalmente in crisi. Se, con Husserl, dobbiamo tornare alle cose stesse, dobbiamo anche tenere in epochè le sustruzioni dell'intelletto, poiché la teoria impedisce di toccare con mano le cose stesse.

Centrale per l'approccio fenomenologico è il problema del senso. Esso è un elemento intrascendibile, è il modo di darsi della cosa. Non ha un contrario, non ha un fuori. Il senso non è nessuno dei significati in cui cerchiamo di cosalizzarlo, nonostane l'appello al senso sia di solito appello ad un certo ordine di significati.

La fenomenologia cerca di far emergere il senso, insito in ogni vissuto, ed è stata acquisita in psichiatria come strumento di comprensione del vissuto dell'altro, creando così una psichiatria comprensiva. La psicopatologia è il tentativo di costruire una psicologia di certe forme patologiche, cercando di guardare sempre alla malattia psichiatrica come ad una patologia della libertà.

L'anti-riduzionismo in psichiatria vuole evitare la reificazione del sintomo, perché il primo motore immobile non è la diagnosi, ma la relazione. I comportamenti sono dei gusci. I comportamenti sono aspecifici rispetto ai vissuti, fintanto che non ne riesumiamo la motivazione. Come ci ricorda Favazza, “[l]a materia è neutrale; le molecole, le energie, e i comportamenti sono senza significato, finché non sono interpretati personalmente, spiegati, e accettati come realtà attraverso il processo culturale”²⁷. “Aprire la pelle, per esempio, è un atto di autolesionismo che può essere compreso solo considerando il tempo, lo spazio e le circostanze in cui accade”²⁸.

²⁷ Favazza, 2011 (1987), p.272.

²⁸ *Ivi*, p.272.

La fenomenologia da Husserl in poi è una forma di umanesimo: non vi è analisi che non sia lettura di un modo di essere. La domanda di fondo è: qual è il senso delle esperienze vissute? La fenomenologia è la descrizione dell'accesso al fondamento: così come l'esistenza precede l'essenza, esiste un divenire soggetto e non un soggetto che diviene.

C'è stata nella psicopatologia tradizionale una deriva verso una grossa insistenza sulla parola ascoltata, con perdita di altri sensi. Ciò è basato su un fondamento epistemico: la conoscenza avviene attraverso la parola, ma la parola detta non ci dà una visione globale.

La psichiatria lavora sulla soggettività: l'incontro con la persona è ogni volta singolo²⁹. Tradizionalmente invece, la teoria consente la spiegazione, cioè la riduzione della complessità alla semplicità³⁰. Non comprendo quella persona, ma capisco solo quello che la riconduce alla teoria che la legge. Ad esempio le scale di valutazione fotografano comportamenti, ma i comportamenti sono dei gusci. La psicomatria è pertanto spostata dai vissuti soggettivi ai rilievi comportamentali.

La fenomenologia è invece una disciplina antidogmatica. Ruota il proprio sapere intorno all'epoché, alla sospensione del giudizio. Se la fenomenologia è prima di tutto descrittiva, poiché dispiegare i fenomeni è l'abc della prassi fenomenologica, l'epoché ne è uno snodo, un *cross over* fondamentale. Se infine l'epoché psicopatologica conduce al delirio, l'epoché fenomenologica conduce all'intersoggettività³¹.

L'epoché, come il trattenimento del respiro, non è sostenibile a lungo, si tratta di una grazia, un istante e non una botola che consegna il paziente ad una trascendentalità fissata.

29 Mario Rossi Monti parla di un "avvicinarsi al rumore della cascata".

30 Wittgenstein (1980) parla della difficoltà di rinunciare a tutte le teorie e la descrive come l'essere costretti a considerare ciò che appare così ovviamente incompleto, come qualcosa di completo.

31 Gilberto di Petta.

L'epoché mette tra parentesi il sistema di presupposti impliciti, che in questo modo diventano espliciti: ne viene così rivelata l'esistenza.

Stiamo parlando di un metodo e non di una tecnica. Scrive Stanghellini³²:

“l'approccio fenomenologico si caratterizza principalmente per la sua non dogmaticità: la fenomenologia non è una tecnica, né propone un sapere apoditticamente articolato. È piuttosto un metodo che si propone di far parlare “le cose stesse”.

La fenomenologia è basata sull'osservazione e il lavoro del fenomenologo è appunto questo: descrivere l'esperienza. Su un piano più propriamente umano, la fenomenologia è qualcosa che riguarda il qui ed ora, la condivisione empatica e l'incontro, lo sforzo di avere qualcosa in comune.

Ciò che può apportare la Daseinsanalyse è un'esperienza di senso, il suo scopo è quello di mettere in luce il senso esistenziale di un atto. Poiché siamo condannati al mondo siamo condannati al senso.³³

Binswanger illustra la fenomenologia soggettiva (comprensione per immedesimazione) e la fenomenologia eidetica (epoché e variazione eidetica) spiegando che il fondamento del giudizio diagnostico dello psichiatra non è solo l'osservazione dell'organismo del paziente ma è, soprattutto, il mettersi in rapporto e il comunicare con lui in quanto egli è un uomo, cioè in quanto è co-esserci (Mit-daseiend). Il comportamento “con-umano” è fondato sulla “cura” e sull'amore. Ancora Binswanger aggiunge che l'analisi dell'esserci è un metodo esperienziale che si basa su di una visione dell'essenza. Essa vuole mostrare la cosa che di volta in volta si dà a partire da sé stessa, cioè senza mascherarla o distorcerla con costruzioni o teorizzazioni estranee.

32 Stanghellini G., 2006, p.13.

33 Merleau-Ponty, *passim*.

Se comprendere³⁴ è uno strumento metodologico³⁵, l'immedesimazione è prassi mimetica. Il nucleo umano emerge nel rendere presenti a se stessi il mondo interno di un'altra persona in modo da comprenderlo. Si tratta di una comprensione simbolica e significativa, l'opposto della comprensione statica³⁶. Come scrive Karl Jaspers, il nostro compito non è di imparare la psicopatologia, ma di imparare ad osservare, a fare domande, ad analizzare e a pensare in termini psicopatologici. La psicopatologia non è come l'anatomia: i fenomeni non possono essere trattati come problemi somatici. Ponendosi su questo stesso orizzonte di senso, Tatossian³⁷ fa una distinzione tra la psichiatria del sintomo e la psichiatria del fenomeno: se la prima è centrata sulla sparizione del sintomo, la seconda ha per obiettivo la comprensione dello stesso nella prospettiva della singola esistenza. In sintesi, si riconosce al sintomo un significato esistenziale. Ciascuna persona paziente è titolare di alcuni dispositivi di vulnerabilità, che non sono nient'altro che una variazione del livello di funzionalità.

La psicopatologia si chiede chi è, come è, in quale mondo è una data persona, nella convinzione che un'alienità condivisa equivale ad una alterità.

Conoscere è immergersi nei fatti in modo neutrale, libero e senza pregiudizi, avendo ben chiaro che la mancanza di pregiudizi è in realtà una faticosa acquisizione. Per comprendere la teoria che è già in ogni fatto bisogna liberarsi sia del pregiudizio somatico, che presuppone che tutta la realtà dell'uomo sia un processo somatico, sia del pregiudizio psicologico che vuole comprendere tutto in modo affettivo.

34 Il comprendere può essere un comprendere genealogico. Pensare genealogicamente significa esercitarsi a vedere come si è costruito il dato di fatto. Si pensi ad esempio alla Genealogia della morale di Nietzsche.

35 La fenomenologia pura è l'ermeneutica.

36 La fenomenologia soggettiva è fondamentalmente descrizione, mentre la fenomenologia obiettiva va oltre le esperienze vissute del paziente.

37 Tatossian, 1993.

Jaspers ci invita ad attualizzare ciò che gli esseri umani pensano e sentono nel loro mondo interiore, rifiutandoci di sostituire a questa conoscenza dei pregiudizi teorici. Lo psicopatologo fenomenologicamente orientato vuole sapere che cosa provano gli esseri umani nelle loro esperienze e come le vivono. Come ci ricorda Scharfetter, il paziente psichiatrico non ha sintomi, ma vive delle esperienze. L'immedesimarsi richiama la sensibilità di chi partecipa, poiché la fredda osservazione di per sé non vede nulla di essenziale³⁸.

Esistono però significative differenze tra l'approccio di Jaspers e quello di Binswanger. Jaspers, in *Allgemeine Psychopathologie*³⁹, scrive: “la fenomenologia ci offre una serie di frammenti della vita psichica realmente vissuta (...) essa non ci presenta che qualità particolari, degli stati di riposo particolari, compresi in modo 'statico', mentre la psicopatologia comprensiva ha di mira 'l'agitazione dell'anima, il movimento, il concatenamento, il passaggio da un fatto all'altro, noi comprendiamo in modo genetico”.

Binswanger in *Über Phänomenologie*⁴⁰ osserva che “l'approccio della fenomenologia alla psichiatria rischia di essere sterile se ci atteniamo all'introspezione, all'*Einfühlung* e all'approccio puramente statico di Jaspers. Basandosi sulle *Logische Untersuchungen*, Binswanger mostra che si tratta di studiare, al di là del vissuto, la struttura dell'uomo nei suoi rapporti con il mondo. Ci si ispirerà alla nozione husserliana della percezione categoriale. L'intuizione dell'essenza, la *Wesenschau*, deve completare l'introspezione e l'*Einfühlung*. Non si tratta più solo di descrivere o di sentire, ma di rivivere in sé stessi il senso dei fenomeni [...] e di percepire, grazie all'intuizione, al di là delle parole del paziente, l'essenza dei fenomeni psicopatologici.”

38 Jaspers, 1913.

39 Citato in Jonckheere, 2009a, p.17.

40 Ibid, p.19.

Ecco che, prosegue Jonckheere⁴¹ nella sua analisi, “Dilthey aveva fatto agli psico(patolo)logi le raccomandazioni necessarie, Husserl aveva loro proposto una teoria e un metodo, ma mancava una nuova concezione dell'uomo. Binswanger, tra i primi, riconobbe questa nuova visione nel capolavoro di Heidegger, *Sein und Zeit* (1927). Il filosofo vi propone, in effetti, a partire dalla questione dell'essere, una riflessione profonda e originale sull'uomo, considerato nelle sue caratteristiche fondamentali, nei suoi rapporti con il mondo e con gli altri, nelle sue domande sull'esistenza e sulla morte. [...] È stato il genio di Binswanger ad aver colto, a partire dalla pubblicazione di *Sein und Zeit*, che queste caratteristiche sarebbero state preziose per lo sviluppo ulteriore della psichiatria”.

Heidegger pensava invece che la *Dasinalaythik* fosse una questione ontologica che non poteva interessare il medico⁴². Ciononostante essa “esercitò su Binswanger una vera fascinazione che lo porterà ad elaborare progressivamente un nuovo metodo di analisi dei fenomeni psicopatologici. Egli la chiamerà *Daseinsalyse* o analisi esistenziale, esprimendo così, in una sola parola, sia la filiazione rispetto ad Heidegger che la sua fedeltà a Freud, sottolineando nel contempo la differenza tra i due approcci, l'uno ontologico e l'altro antropologico.”⁴³

Ecco quindi che la *Daseinsanalyse* di Binswanger poggia sulla fenomenologia di Husserl, sulla psicanalisi di Freud e sulla *Daseinsanalytik* di Heidegger. Binswanger incontra il paziente come un *Daseinspartner*, un partner esistenziale, e l'obiettivo ultimo è di creare con lui una nuova alleanza tra due destini (*eine neue Schicksalverbundenheit*).

41 Ibid, p.20- 21.

42 Rimando ai lavori di Roland Kuhn Medard Boss.

43 Jonckheere, 2009a, pp. 20-21.

Scrive ancora Jonckheere parlando di Binswanger: “se egli studia, per tutte le *Grundformen*, la fenomenologia dell'amore, non è per contestare [...] la teoria di Heidegger, ma per allargare [...] l'orizzonte del *Dasein*”.⁴⁴

Levinas invece critica ad Heidegger l'anonimato del *Dasein*: “L'ontologia heideggeriana che subordina il rapporto con l'Altro alla relazione con l'essere in generale [...] rimane nell'obbedienza all'anonimo e [...] a una tirannia. [...] L'essere prima dell'esistente”⁴⁵.

Il rapporto con l'altro ha la sua base nell'*Einführung*, nel sentire in sé il vissuto dell'altro: “la capacità di sentire e di vivere in sé il vissuto e la sofferenza psichica del soggetto nella loro esistenza, altrimenti detto, di rivivere in sé il vissuto e la sofferenza così come appaiono nella sua storia di vita, con il suo stile esistenziale e il suo rapporto al mondo”⁴⁶.

Per Husserl è l'*Einführung* che ci permette di comprendere il senso dei fenomeni. Calvi ci ricorda una celebre frase di Flaubert, che potrebbe a pieno titolo essere l'immagine simbolo della fenomenologia: “A forza di guardare, un sasso, un dipinto, un animale, mi sono sentito come se vi entrassi”⁴⁷. Concetto ripreso anche da Oliver Sacks⁴⁸: “La capacità di descrivere, così comune nei grandi neurologi e psichiatri dell'Ottocento, oggi è quasi scomparsa... È necessario ridarle vita.” La persona umana, con tutti i suoi dolori, torna così in primo piano.

Secondo Binswanger, “il clinico non deve pretendere di raggiungere il livello della fenomenologia pura. La psicopatologia fenomenologica 'non vorrà né potrà mai accedere a una generalità assoluta, a una intuizione di

⁴⁴ Ivi, p. 38.

⁴⁵ Levinas, 1980, p.17.

⁴⁶ Jonckheere, 2009a, p.66.

⁴⁷ Calvi, 2007, p.163.

⁴⁸ Sacks cita Lurija, in Sacks, 1985.

essenze pure, assolutamente generale', essa 'è e sarà sempre una scienza dell'esperienza e dei fatti'⁴⁹.

Una scienza dell'esperienza e dei fatti, che non dà certezze, che lascia nel dubbio⁵⁰. La fenomenologia da Husserl in poi è una forma di umanesimo ed è nell'atteggiamento prima che nei testi. Soprattutto con Binswanger l'amore, il modo di essere nell'amore, ne è il fondamento, diventando una sorta di nuovo cristianesimo.

La domanda di fondo è: qual è il senso delle esperienze vissute elementari, matriciali? La ricerca è quella degli orizzonti di significato di cui parla Husserl. In questa ricerca le metafore hanno grande importanza. La metafora non è un vezzo retorico, è il modo in cui il paziente ci sta comunicando una realtà e nel momento in cui il fenomenologo riesce a concretizzare una metafora fa una operazione importante.

Abbiamo già detto che quando si nominano i sintomi non si evocano entità autoevidenti. Nonostante il dato empirico sia quello della psicopatologia tradizionale, ovvero il vissuto del soggetto oggettivato in sintomo, la distinzione sano-patologico a livello della psichiatria fenomenologica è praticamente inesistente, poiché quello che davvero importa è il senso. L'ermeneutica clinica è la ricerca del senso immanente a quella data configurazione di mondo. Si vuole riportare ad un ordine la congerie delle esperienze. I dettagli singoli delle esperienze vissute vanno a comporre un mosaico, nella ricerca del principio organizzatore che tiene insieme tutti i fenomeni psichici di una persona: la cosiddetta architettura.

Zahavi⁵¹ ci ricorda che “Husserl sottolinea fin da subito l'assenza di presupposti metafisici della fenomenologia. La fenomenologia vuol essere niente più e niente meno che una pura descrizione di ciò che si manifesta

49 Jonckheere, p.68. Il virgolettato all'interno della citazione riporta parole di Binswanger.

50 L'uomo dovrebbe avere capacità di stare nel dubbio senza cercare soluzioni.

51 Zahavi, 2011 (2003), p.18.

(siano atti soggettivi o oggetti mondani), e vuole pertanto evitare speculazioni o postulati metafisici e scientifici”.

Binswanger riprende il significato che Husserl dava alla fenomenologia, trasponendolo nella fenomenologia significa. La fenomenologia è un metodo che ci consente di tornare alle 'cose stesse', all'esperienza prima della sua elaborazione teorica o tecnica.

Scrive Maldiney⁵²: “La sola realtà che riconosciamo è quella del fenomeno nudo, nella sua integra integralità”.

Georges Charbonneau⁵³ ci ricorda che “Con la fenomenologia siamo nell'idea generale di una ‘scienza della coscienza’ che permette di accedere alla realtà delle cose a partire da una chiarificazione della loro costituzione. Comprendendo le procedure e le condizioni necessarie attraverso le quali delle ‘cose’ pervengono alla coscienza, comprendiamo ciò che esse sono veramente”⁵⁴. Come ci ricorda infatti Charbonneau più avanti nello stesso testo⁵⁴, la psicologia trascendentale, laddove trascendentale significa costituente, è “una psicologia dell'attività della coscienza costituente”.

Charbonneau ci ricorda i tre grandi termini della fenomenologia, che sono il costituirsi dell'esperienza, il Vivere (e il suo vissuto) e la presenza. I tre grandi poli in cui è coinvolta la psicopatologia fenomenologica sono quindi, secondo le sue parole, “l'analisi dell'esperienza (Husserl), l'analisi dell'esistenza e dell'ontologia (Heidegger), la filosofia del vivente nella sua relazione all'intero mondo (Goldstein, von Weizsacker, Merleau-Ponty)”⁵⁵.

Ecco che allora una definizione del lavoro di fenomenalizzazione può essere il seguente: “Per sapere che cos'è la realtà di una cosa, bisogna chiarire gli aspetti attivi della sua manifestazione [...] che è quel lavoro che

⁵² Maldiney, 2007 (1991), p.5.

⁵³ Charbonneau, 2010a, p.41.

⁵⁴ Ibidem, p.42.

⁵⁵ Ivi, p.21.

permette di averla davanti a sé, isolarla, tenerla, significarla e inscrivere in un orizzonte e in una continuità di senso”⁵⁶.

Il fenomeno è una “una relazione di costituzione tra qualcosa che appare e una istanza capace di dare lo statuto di cosa e di senso a questo qualcosa che appare”⁵⁷. “La fenomenologia è il chiarire la manifestazione delle cose, del mondo, di tutto ciò che è oggetto di esperienza simultaneamente alla continuazione di noi stessi”⁵⁸.

“Il ‘come’ risponde alla domanda descrittiva : dà il ‘così costituito’, il così ‘messo insieme’, prima di ogni spiegazione. Si oppone perfettamente al diacronismo del ‘perché’.” Il come infatti rimanda alla descrizione fenomenologica, mentre il perché allo spiegare psicotomico. Non è un caso che più ci si avvicina al polo nevrotico più si usa una prospettiva psicotomica, mentre avvicinandosi alla psicosi ci si fenomenologizza. Abbiamo detto che la fenomenologia parla del come; essa “non dice la causa ma descrive il sistema nel suo stato: la forma del mondo, lo stato della coscienza, la disposizione, la presenza”⁵⁹.

1.2.3 La comprensione dell’altro: “*Nihil est praeter individuum*”

Il rapporto umano è un enigma spaventoso: ci si rapporta con qualcosa che non si sa mai che cos’è, impregnato di bene e di male. Eppure questo rapporto lo si cerca e lo si sente sempre. Arnaldo Ballerini, nelle sue conferenze, ricorda spesso questi versi del Foscolo: “celestiale è questa corrispondenza d'amorosi sensi, celeste dote è negli umani”⁶⁰.

⁵⁶ Ibidem.

⁵⁷ Ibidem.

⁵⁸ Ibidem.

⁵⁹ Charbonneau, 2010a, p.24.

⁶⁰ Foscolo, Dei Sepolcri, 30-33.

Ad ogni modo, vedere è vedere prospetticamente: nessuno di noi ha mai l'altro integralmente. L'altro è un fuggitivo⁶¹. Qui sta l'etica clinica, ovvero l'assunzione di responsabilità da parte del clinico della sua visione del paziente. Questo soprattutto alla luce del fatto che i pazienti non hanno sintomi, ma vivono determinate esperienze⁶². Il terapeuta non deve reputare estraneo nulla di ciò che è umano. "Nihil humano a me alienum puto": solo questo permette di aprire isole di comprensibilità.

Ricoeur⁶³ ci raccomanda che è tempo di rompere con "l'idolatria del soggetto epistemologico anonimo che è senza situazione", e ci invita a puntare al "recupero del concreto, la restaurazione di un'esperienza allo stesso tempo personale e integrale che si estende tra i due poli del carnale e del misterioso".

Lo stesso Stanghellini⁶⁴ ci ricorda che "la ricerca di leggi generali ha preso il posto dello studio delle singole vite umane. In particolare, non si è prestata troppa attenzione al ruolo che i significati rivestono nell'esperienza umana". Mentre "in psicopatologia è lo stato intenzionale, anziché la causalità, il perno della conoscenza. I fenomeni psico(pato)logici sono caratterizzati da rapporti tra emozioni, motivazioni, desideri, credenze, valori, e tra questi e una certa azione, anziché da collegamenti deterministici di cause ed effetti"⁶⁵.

La conoscenza⁶⁶ psicologica non può certo esimersi dal coniugare lo scenario dell'azione con quello della coscienza⁶⁷. La coscienza del singolo ovviamente non è una monade: ricostruire un'esperienza è un racconto che

61 È "La fuggitiva" di proustiana memoria.

62 Sul metodo della comprensione psicopatologica e in particolare sui limiti della conoscenza per empatia rimando a Stanghellini, 2008 (vedere in particolare a p. 48).

63 Ricoeur, 1967; cit. in Stanghellini, 2008.

64 Stanghellini, 2008, p.50.

65 Ivi, p. 51.

66 Esiste una conoscenza in prima persona, in terza, in seconda. Cfr. Stanghellini, 2006.

67 Per questo aspetto rimando a Bruner, 1988, (1986).

non può che basarsi su schemi di significato che derivano dalla cultura e da chi ci sta incontro. Ogni comprensione è necessariamente mediata dall'Altro e dalla cultura nella quale siamo immersi.

Proprio perché la fenomenologia è metodo e non tecnica, non si fanno diagnosi sui comportamenti, non si spezzetta il paziente in sintomi⁶⁸, ma si cerca la struttura portante.

Stanghellini⁶⁹ ricorda l'“effetto cattura dei comportamenti: per cui alla fine si tende a pensare che è delirante chi dice il falso, depresso chi si isola dagli altri, folle chi dice cose incomprensibili e ossessivo chi ripete una stessa azione innumerevoli volte. Sottolineare l'importanza delle esperienze interne è dire un'ovvietà: tutti sono immediatamente d'accordo. Ma poi al dunque, sono i comportamenti a guidare le danze (e spesso anche le decisioni terapeutiche)!”

L'impostazione di Jaspers⁷⁰, nella sua *Psicopatologia generale* è quella di “afferrare, attualizzare, analizzare che cosa gli esseri umani pensano -provano- sentono- sperimentano nel loro mondo interiore rifiutandosi di sostituire a questa conoscenza preconcetti teorici e pregiudizi”. Lo psichiatra e filosofo tedesco precisa: “Noi vogliamo sapere che cosa provano gli esseri umani nelle loro esperienze e come le vivono”. Cagnello così interpreta queste parole: il compito degli psicopatologi è “conoscere il chi è, come è, in che mondo è una persona”. “*Nihil humano a me alienum puto*”, potrebbe essere il motto dello psicopatologo fenomenologicamente fondato. Ed effettivamente il metodo della fenomenologia in psichiatria ha un unico scopo, ovvero quello di rendere comprensibile l'esperienza della persona che mi sta di fronte⁷¹.

68 Scriveva Kant già nel 1764 che ci sono medici che ogni volta che trovano una parola nuova pensano di aver trovato una malattia.

69 Stanghellini, 2008, p. XVI.

70 Jaspers, 1913.

71 Sims 2004 (2003), p. 6.

E come è possibile che mi sia resa comprensibile l'esperienza della persona che ho di fronte? Incontrando il paziente come un *Daseinspartner*, un partner esistenziale, con l'obiettivo ultimo di stabilire con lui una nuova alleanza tra due destini (*eine neue Schicksalverbundenheit*)⁷². Lo stesso Jaspers ci ricorda che ciò che funziona nella psicoterapia è l'incontro esistenziale, al di là del metodo. La fenomenologia non è un sapere codificato, ma un metodo, una via, un esercizio, soprattutto perché il fenomenologo è a contatto diretto con l'esperienza e il suo compito primario è quello di descrivere l'esperienza.

Concetto chiave dell'approccio fenomenologico è il rapporto. Secondo Heidegger "l'essere-solo è un modo manchevole dell'essere-con"⁷³, mentre Levinas oppone al *Mitsein* di Heidegger la "relazione metafisica"⁷⁴, ovvero una relazione "allo stesso tempo infinitamente vicina e infinitamente lontana, una relazione con una realtà infinitamente lontana rispetto alla mia, senza che questa distanza distrugga per questo motivo la relazione e senza che questa relazione distrugga questa distanza [...] L'altro è certamente, da un lato, oggetto e riflesso di Me, ma egli è, essenzialmente, un Altro assolutamente altro che mi interpella e mi obbliga."⁷⁴

Altro concetto chiave che è qui chiamato in causa è quello dell'empatia, che è una parola coniata da E. Stein e significa la possibilità che abbiamo di riconoscere l'altro come soggetto autonomo. La Stein non usa in realtà l'esatto termine di "empatia", ma usa il termine "immedesimazione". È il "come se": "come se io fossi te". Empatia è ancora mettersi al posto dell'altro e sentire come lui, senza però confondersi con lui⁷⁵.

72 Jonckheere, 2009a, p.21.

73 Heidegger, 1924, citato da Jonckheere, 2009a.

74 Lévinas, 1991, p.121.

75 Non stiamo parlando dell'identificazione in psicanalisi.

Rimane però un punto fermo: ogni esperienza altrui fondamentalmente rimarrà altrui. Il sé, secondo Kimura Bin, non indica nient'altro che i qualia, la qualità soggettiva di esperienza. Ed ecco che i limiti del conoscere ci portano alla dicotomia comprensibile versus incomprensibile, a quel comprendere come se che vede il fenomenologo come “eterno debuttante” che si trova davanti quell’infinito inconoscibile che è ogni individuo.

La fase più propriamente fenomenologica è quella della fenomenologia soggettiva, ovvero l’autodescrizione del malato, che noi ascoltiamo in analogia col nostro interno esperire. Il comprendere statico è il comprendere nell'altro quello che possiamo comprendere in noi, mentre il comprendere genetico coglie il movimento psichico nel suo fluire, occupandosi di come uno stato derivi dall'altro. La comprensione genetica rimanda alla costituzione dell'oggetto fenomenologico in Husserl, alla coscienza intenzionale. L'intenzionalità è il concetto chiave: essa discende direttamente dal fatto di essere soggetto ed è una forza che cercherà sempre di significare. La coscienza è coscienza intenzionale.

Non esistono fatti senza senso, poiché l'incomprensibile si scioglie nel rapporto. Ciononostante ogni persona è soltanto parzialmente esplorabile, l'altro può essere avvicinato in circoli ma non mai davvero raggiunto. Non ci si può sostituire all'altro e, d'altra parte, un'esperienza interna non resta tale dopo che l'hai detta. Anche se l'altro mi chiama in causa, il volto dell'altro è inconoscibile - direbbe Levinas - e questo pensiero ci serve per leggere l'incomprensibilità da un vertice etico, presupponendo la differenza piuttosto che l'analogia. Questo comporta che se riduco l'altro a me stesso lo privo della sua libertà.

La conoscenza dell'altro è asintotica, è un movimento illimitato. Ecco perché le domande sono più essenziali delle risposte, ed ecco perché Jaspers può sostenere che affermare di aver pienamente compreso qualcosa è la minaccia più devastante nei confronti della verità.

La coscienza, l'abbiamo visto, è l'intenzionalità, è il soggetto in relazione al suo mondo. La soggettività si radica quindi in una intersoggettività originaria, in un originario coesistentivo. L'evidenza naturale non sarebbe concepibile se non nel contesto intersoggettivo, tanto che il non essere visti porta alla non costituzione delle strutture della soggettività di una persona. Dove c'è vita c'è intersoggettività; l'uomo non è sufficiente a sé stesso, ma diventa uomo sempre in quanto si offre e si dà a ciò che è altro. La fondazione del soggetto è questo atto fondativo dell'incontro. Essere significa essere con: la costituzione dell'empatia è a un livello ontologico. Ed il tramite dell'empatia è il corpo.

Husserl, nella *Crisi delle scienze europee*, ci ricorda che la scientificità delle scienze umane richiede un altro approccio rispetto a quello delle scienze naturali. Quando siamo al cospetto dell'*humanitas* dell'uomo, dobbiamo porci su un altro livello metodologico, quello della riduzione fenomenologica:

“La riduzione raccomanda di mettere da parte risolutamente ogni idea preconcepita e di ridurre il campo di osservazione a ciò che appare. La parola apparire *phainomenai* è compreso come rivelazione, non di qualche carattere fugace o superficiale, ma del fondo dell'essere. La particolarità della *Daseinsanalyse* è di introdurre una nuova forma di relazione terapeutica, centrata, al di là dell'ascolto, sull'esperienza comune di due esistenze umane”⁷⁶.

In questo senso che abbiamo visto, la psicopatologia è propedeutica ad ogni psichiatria che si presenti come senso antropologico, e non solo funzionalistica e clinico-nosografica. L'irriducibile singolarità o novità di quell'esistenza che ho di fronte mi porta a considerare che in psichiatria noi abbiamo soprattutto a che fare - se vogliamo parlare di linguaggio autentico della psicopatologia - più con segni che con sintomi, proprio nel senso di Jaspers.

76 Jonckheere, 2009a, p.10.

La realtà è consegnata ad un senso interiore. Schneider raccomanda ad esempio che depressione e schizofrenia siano considerate come formazioni psicopatologiche e non come unità naturali di malattia: “questa non è una schizofrenia, posso soltanto dire che io la chiamo schizofrenia”⁷⁷.

Per riassumere quindi, la svolta fenomenologica di cui ha parlato Binswanger sottolinea il bisogno di empatia, un certo grado di oblatività, un atteggiamento di tolleranza e di accettazione dell'anormale nell'altro, il riconoscimento nell'altro della qualità della presenza, il sapersi porre non soltanto *di fronte* all'altro, ma *con* l'altro, anche se delirante o avvolto nelle spire della depressione o nella maniacalità o nel panico o nella fobia.

L'approccio alla persona si propone come un importante problema etico. Il rischio è quello di cui scriveva Kuhn, ovvero che la psichiatria seppellisca l'uomo sotto schemi e diagrammi. Tellenbach stesso diceva che la ricerca non può dimenticare l'importanza del situativo. Io, corpo, mondo sono i capisaldi di questo approccio.

L'incontro è una sorta di coincarnazione, una incarnazione di te dentro di me. Questo concetto, ripreso da Musalek, lo troviamo in Erwin Straus e assume il senso di una mondanità incarnata. Non dobbiamo mai fermarci ad un'immagine dell'altro, perché altrimenti lo cristallizziamo: l'immagine eidetica⁷⁸ è un istante, dopo la dobbiamo lasciar cadere. Noi ci troviamo di fronte ad un paziente che ha un suo modo di essere al mondo e che porta comunque con sé degli “esistenziali” a noi comuni.

⁷⁷ Schneider, 1954, p.60.

⁷⁸ Rimando qui al legame tra vista e visione: la “visione” è un'intuizione eidetica, con cui si percepiscono qualità essenziali. La sfera sensoriale non coincide, ovviamente, con la sfera ideativa. Ad esempio un'opera può dirsi d'arte se suscita nel pubblico l'uso della visione eidetica.

1.2.4 Le condizioni di possibilità dell'essere umano: gli "esistenziali"

Nella parte II, sul corpo, approfondiremo questo importantissimo, primario esistenziale e lo approfondiremo soprattutto "in azione" nel mondo. Qui invece affronteremo in modo più teorico le condizioni di possibilità dell'essere al mondo. Perché il mondo ci appaia ci sono delle strutture trascendentali che rendono possibile la manifestazione delle cose e i problemi mentali sono alterazioni di queste strutture.

Ritengo importante soffermarmi su questo aspetto in questa lunga introduzione perché il fenomeno dell'autolesionismo sarà analizzato anche e soprattutto attraverso i marker "esistenziali" fondamentali: il mondo, la corporeità, la presenza, l'identità, il progetto di mondo, gli Altri (l'interpersonalità), la spazialità, la temporalità, etc.

Alcune condizioni basiche, strutturali, dell'esistenza sono per gli umani: "avere la capacità di prendere posizione nei confronti della propria vita, il sentirsi sicuri, "connessi", capaci di scegliere e di sperimentare vitalità e significato".⁷⁹ Questo già ci dice che la vita si svolge sempre all'interno del senso (ha una direzione di senso) e con un qualche orientamento.

"Per Karl Jaspers [...] l'esperienza cosciente si organizza in quattro modalità fondamentali: 1. il senso di attività (sono io che qui e in questo momento agisco); 2. il senso di unicità (io sono uno, che sto qui e ora); 3. il senso dell'identità (io sono lo stesso che ero prima); 4. il senso dell'io (io sono diverso dal mondo esterno e dagli altri)."⁸⁰ La coscienza⁸¹ è quindi la prima condizione di possibilità del mondo; c'è bisogno di un'ipseità perché qualcosa sia in rapporto a sé stessi. L'ipseità è il polo del sé, è l'intima

⁷⁹ Glas, in Granger, Charbonneau (a cura di), 2009, p.82. Glas aggiunge che l'"ansia significa che esiste un'incapacità in uno - o più - di questi ambiti".

⁸⁰ Di Petta 2004, p.4.

⁸¹ La coscienza può non essere "piena coscienza". Come fa notare Di petta esiste la "coscienza liminare, ovvero coscienza di soglia, coscienza di confine: tra la luce della realtà e l'ombra della psicosi". (Di Petta, 2004, p.8).

continuità del nostro essere. L'ipseità può abolirsi? Neppure nella psicosi l'ipseità può abolirsi completamente, poiché essa tenta continuamente di ricostruirsi. Il delirio ad esempio è un tentativo di ricostruzione di noi stessi. Forse nella demenza abbiamo il “cedimento” più importante di questo polo ontologico. Polo che non conosciamo mai (nella sua esistenza), ma che incontriamo attraverso la caduta nelle grosse crisi di esistenza.

Come ci ricorda Charbonneau, la fenomenologia è un'analisi dell'ipseità⁸². L'essere umano si regge sul sentimento dell'unità dell'esperienza, per scongiurare il rischio della rottura ipseica.

Vi sono, e questo ce lo insegna già Kant, delle strutture aprioriche dell'esperienza, delle strutture “preliminari” per contenere e unificare l'esperienza. Wolf-Fedida definisce la fenomenologia come l'“analisi del contenuto a partire dalle strutture di contenimento”, oppure a partire dalla loro trasformazione. Una teoria del contenente e del contenuto vede il fenomeno come la relazione l'incontro- tra una struttura di permanenza, stabile o precaria, con degli eventi, ovvero qualcosa che può interrompere o alterare questa permanenza, in sostanza una relazione tra continuità e discontinuità.

Scrive von Weizsäcker⁸³ che “il soggetto non è un possesso fisso, è necessario instancabilmente conquistarlo per possederlo”. Leggiamo ancora in un altro luogo che “l'unità del soggetto non si costituisce che nel suo infaticabile ripristino, al di là delle circostanze e delle crisi”⁸⁴.

La barriera è il mantenimento dell'unità dell'esperienza. Nella depersonalizzazione, per esempio, abbiamo quella dolorosissima situazione per cui più nulla può “andare da sé” e si perde completamente la naturalità

82 Ricoeur, parlando dell'identità umana, pone la differenza tra il polo dell'identità ipse e quello dell'identità idem.

83 Citato da Gennart, 2011, p.86.

84 Ibidem.

dell'esperienza. Si perde il senso comune, l'evidenza naturale⁸⁵, l'abitudine a sentirsi sempre lo stesso. Si perde la coesione: le cose non si tengono più insieme, i legami si faldano. Gli accordi elementari con il mondo si dislocano.

È stato Husserl che ha voluto fondare una scienza della coscienza che permetta di garantire l'evidenza (la realtà della realtà). Per questo motivo husserl scompone gli atti costitutivi di questa coscienza. Heidegger invece è il filosofo che analizza la relazione sé-mondo attraverso il Dasein, mentre Merleau-Ponty vuole comprendere come la corporeità organizza la nostra relazione spaziale e temporale al mondo. Ecco che vediamo che i caratteri generali dell'approccio fenomenologico-esistenziale non si basano su altro che su quelli che abbiamo chiamato "esistenziali". Questo approccio si fonda soltanto sull'uomo come esserci-nel-mondo, come irriducibile singolarità ma al contempo come co-esistenza o come "*embodied worldliness*" o come intercorporeità (Merleau Ponty).

La presenza prevede degli accordi pre-oggettivi con il mondo e, come ci ricorda Maldiney, essa è l'essere in avanti rispetto a sé. Parte dei caratteri costitutivi della Presenza è il corpo, ma di questo e della dicotomia *Körper – Leib*, su cui si sono cimentati molti psicopatologi, parleremo più specificamente nel capitolo dedicato al corpo.

La presenza, la presenza al mondo, richiama, oltre che il corpo, anche lo spazio. Scrive Merleau-Ponty⁸⁶, "Ciò che garantisce l'uomo sano contro il delirio o l'allucinazione non è la sua critica, ma è la struttura del suo spazio : gli oggetti restano davanti a lui, mantengono la loro distanza e, come diceva Malebranche a proposito di Adamo, non lo toccano che con rispetto".

Noi siamo al mondo, abbiamo idee del mondo, ma se questo non venisse verso di noi non sarebbe possibile parlarne. Questo lo sa bene Jonckheere

85 Blankenburg.

86 Merleau-Ponty, 1979, (1945), p.391.

quando parla di ciò che egli stesso chiama “postulato dell’esistenzialità del sintomo” [in grassetto e corsivo nel testo originale]. Così definisce questo “postulato”: “ogni sintomo (nel senso usuale del termine) si riferisce, al di là della storia del soggetto, ai determinanti del corpo o dell’inconscio, alla struttura dell’essere al mondo, al suo rapporto al corpo, al mondo e agli altri, alle caratteristiche del suo progetto sulla curva del tempo”⁸⁷.

E , più avanti⁸⁸, aggiunge: “vasti campi restano da scoprire, soprattutto nell’ambito delle psicosi, della criminologia, del passaggio all’atto e del passaggio al corpo. Sapevamo, da Groddeck, Freud e tra gli altri Marty, che il sintomo psicosomatico è la traccia nel corpo dello sguardo dell’altro. Bisognava mostrare, sulla scia di von Weiszäcker, di Boss e di Gisèle Pankow, che esso si iscrive anche nella struttura dell’essere al mondo.”

Ecco perché ho scelto, in questo lavoro, di situare il mio punto di vista dal lato dell’antropologia filosofica e di approfondire lo studio della relazione formale allo spazio-Mondo attraverso il corpo. Lo spazio, lo vedremo, è abitato affettivamente, è investito. Lo spazio si può dispiegare oppure restringere. Questa relazione naturalmente non è solo fisica, ma è depositata in tutta la profondità della cultura. Di conseguenza, dopo questa lunga introduzione, analizzeremo varie forme di marchi del corpo (dalle scarificazioni rituali, alla circoncisione, etc.) e mostreremo il loro senso nella modernità.

Vedremo che i concetti di mondo, corpo, presenza, progetto di mondo, altri, spazio, tempo, nel loro fondamento ontologico, non sono variati attraverso le epoche. Quello che è cambiato, entro certi limiti, può essere il senso, il significato inter-umano. Perché, come dice Sartre, “[n]oi scegliamo il mondo, non nella sua ossatura, ma nel suo significato”⁸⁹.

87 Jonckheere, 2009a, p.8.

88 Jonckheere, 2009a, p.9.

89 Sartre, 1965 (1943), p.561.

Abbiamo visto che la coscienza produce senso solo per il fatto che mette insieme l'unità dell'esperienza. E l'attenzione alla coscienza corporea di sé e del mondo, permette di guardare a ciò che è, senza ricoprirlo immediatamente con il discorso causale. Il punto fondamentale è che il Sé è il portatore della continuità dell'esperienza.

Il lavoro della coscienza è prima di tutto di fare campo: mantenere la continuità dell'esperienza e fare in modo che l'essere che noi siamo possa estensivamente proiettarsi nella sua unità di presenza. La coscienza è quindi in sostanza la struttura che copre e tiene insieme l'esperienza. Nella depersonalizzazione, oppure nelle dismorfofobie, perdiamo il sentimento di appartenere a noi stessi (ad esempio nei traumatismi). Il polo di appartenenza a Sé è sia corporeo che mentale: l'integrazione corporea delle sensazioni in uno schema corporeo che permette di accogliere e discriminare il non-Sé dal Sé si fa sia nel campo psicomotorio che in quello dei contenuti psicologici della coscienza.

Una teoria minimale deve dotare la realtà di una garanzia di validità, di una realtà della realtà, di una evidenza. Ciò che deve emergere è la relazione generale di realtà⁹⁰, indipendente dai suoi contenuti. “Una informazione (un vissuto di qualsiasi cosa) ha bisogno di uno sfondo di livello superiore a questa informazione elementare per poter essere integrato in un certo insieme vivente.”⁹¹ Lo spirito (la funzione mentale) ha bisogno di prerequisiti per poter cogliere gli oggetti della coscienza e il primo requisito è la costituzione necessaria di un quadro formale di esperienza. Una unità di esperienza è necessaria ed è per questo che l'identità epistemologica della

90 Interessante su questo punto il rapporto con le neuroscienze, in particolare relativamente al rapporto tra pre-corticale e corticale. Scrive ancora Charbonneau (testo del corso) su “[L]a relazione del pre-corticale (struttura arcaica di presenza al mondo, legame tra le emozioni e il polo elementare della soggettività) con il corticale (elaborazione discriminativa dei contenuti): “È certo tuttavia che il legame del pre-corticale al polo più intimo del nostro essere è privilegiato, per quanto sfumato sia. Mantenimento del Sé e emozioni fondamentali sono, nei loro punti asintotici, arcaicamente e indissolubilmente legati. [...] Il corticale [...] anche se è infinitamente più evoluto, non fa che dare i modi al pre-corticale di pensarsi [...] e di investire operativamente il mondo”.

91 Charbonneau, 2012 (appunti del corso).

psichiatria fenomenologica passa per la nozione di struttura. “Nulla può arrivare alla coscienza che non sia passato per una pre-organizzazione, una pre-formattazione che rendano manifestabile questo oggetto di coscienza e le malattie mentali sono definite attraverso un cedimento di questo livello strutturale-esperienziale”⁹². Il delirio è il tentativo di riparazione di un problema primario: cerca di guarire qualche cosa, alla fine come ogni cosiddetto “disturbo”.

È l'ipseità che contiene l'esperienza. Quel contenente che contiene il contenuto di cui parla Wolf è appunto l'ipseità.

Ma se la presenza e la coscienza⁹³ sono i poli fondamentali del nostro essere nel mondo, un altro polo fondamentale è l'incontro con l'altro. E qui è la filosofia di Lévinas che, per dirla con le parole di Charbonneau, “introduce una exteriorità totale laddove ciascuno penserebbe che il sé è retto dalla sua intimità”.⁹⁴ La fenomenologia è necessariamente “analisi dell'ipseità nel suo incontro con ciò che non è essa stessa”⁹⁵.

L'ipseità incontra il mondo. Come scrive Heidegger in *Essere e tempo*, in ogni cosa utilizzabile il mondo è già sempre qui. Se lo spazio e il tempo kantiani sono privi di elementi affettivi, Husserl introduce invece il tempo vissuto e lo spazio vissuto, dove l'*erleben* dello spazio e del tempo sono vivificati. Il mondo è sempre “il correlato esistenziale di un essere nel mondo”⁹⁶.

Abbiamo detto che l'ambito antropologico oltrepassa quello psicologico: la fenomenologia è un'antropologia filosofica e, secondo Sartre, l'esistenzialismo è un umanismo: “l'uomo è condannato al tempo e allo

92 Charbonneau, 2012 (appunti del corso).

93 Rimando anche al lavoro di Zahavi, 2005.

94 Charbonneau, 2012 (testo del corso).

95 Charbonneau, 2012 (testo del corso).

96 Maldiney, 2007 (1991), p.XI.

spazio, alla storia, alla carne, alla prossimità e alla distanza, all'alterità". Ciò che caratterizza una certa posizione di esistenza è il nostro inconscio spaziale e/o temporale, la melodia cinetica (il sentirsi e il muoversi), la struttura d'azione. Ciò che organizza la vita umana non è il tempo, è l'azione.

Secondo Parnas⁹⁷ l'esperienza di sé si rivolge alla formazione intersoggettiva dell'intenzionalità. Il sé ed il mondo sono poli costituiti dell'elementare asse esistenziale.

Vi è un modo di soffrire che è normale. Il trauma invece, ad esempio, trasforma la forma della presenza al mondo, altera il contatto elementare col mondo. Ciò che fa la psicopatologia fenomenologica è descrivere l'alterazione dei contatti primari col mondo e quindi le alterazioni delle possibilità dell'essere, come a titolo esemplificativo alterazioni del vissuto corporeo o la perdita dell'inserzione del presente nella temporalità. Ed è proprio il tempo la struttura di proiezione del possibile dell'umano⁹⁸, insieme alla direzione di senso⁹⁹ che è strettamente collegata all'inconscio spaziale¹⁰⁰. La topologia spaziale è il modo di abitare lo spazio. Ricordiamo come Bachelard descriva l'unità del tempo e dello spazio.

Nel tempo e nello spazio è possibile il mantenimento di sé, che corrisponde al mantenimento dell'esperienza: si tratta dello stesso fenomeno. Bisogna che ci sia sempre una unità di esperienza, perché solo se ciò accade c'è anche la possibilità dell'azione. E a sua volta la possibilità dell'azione è legata allo schema corporeo, alla struttura, al tono di base.

Il delirio è questo tentativo estremo - di mantenere una propria, unica prospettiva di vita, di fronte alla vulnerabilità eteronomica. Se la persona sente sfuggire l'immersione immediata, spontanea e automatica nel mondo,

97 Parnas et al, 1998.

98 La temporalità per Merleau-Ponty è la struttura della possibilità.

99 Movimento o posizione?

100 Abbiamo un inconscio spaziale che ci è proprio.

la fessura si fa via via sempre più grande, finché la realtà crolla. Nei pazienti con schizofrenia il contatto interpersonale produce inondazioni di sensazioni da simil panico e sensazioni strane che va emergere prepotentemente il disturbo del sé. Questo sé basico, minimale, primordiale, è la condizione della possibilità della soggettività in quanto tale, è ciò che avevamo chiamato anche Ipseità, ciò che fa sì che la persona senta di vivere propriamente la propria vita nella prospettiva in prima persona, in quanto protagonista e padrona delle proprie esperienze, ben distinta dall'ambiente e dalle altre persone.

È il possibile¹⁰¹ che definisce l'uomo, è la capacità di integrare ciò che ho percepito, che percepisco e che percepirò. Ed è l'impossibilità di esserci il filo conduttore della psicosi¹⁰². Nella psicosi viene messa in discussione la condizione di possibilità di essere soggetto di esperienza. Manca forse il suolo basale dell'oggettualità dei corpi?

Se il fenomeno è la “relazione di costituzione tra un qualcosa che appare e una istanza capace di dare lo statuto di cosa e di senso a questo qualcosa che appare”¹⁰³, l'esperienza è “ciò che tiene assieme ciò che accade, qualsiasi cosa accada”¹⁰⁴. Ma ci vogliono delle “strutture mentali elementari preliminari” che permettano che succeda qualcosa. Come sottolinea Charbonneau sembra che “che qualcosa succeda” sia scontato. In realtà, al di là di questa opinione che Charbonneau chiama “naturalista” ciò presuppone che si sia costituita la struttura di esperienza che possa accogliere e incorporare in sé la fenomenalità, facendola diventare fenomeno.¹⁰⁵ “Il più piccolo vissuto di

101 *Möglich Existenz*.

102 Si veda la Anne Rau di Blankenburg.

103 Charbonneau, 2010, p.16.

104 Ibidem.

105 Charbonneau, 2010, p.17.

qualsiasi cosa, fosse anche una impressione arcaica di calore o di densità, richiede già l'efficienza di questa struttura prepsicologica".¹⁰⁶

L'esperienza deve essere intelligibile. Per poter essere vissuta deve esserci qualcosa che la renda comprensibile; in caso contrario un evento accade, ma senza essere vissuto. L'esperienza ha poi bisogno di continuità, ovvero di poter iscriversi nel tempo e nello spazio.

Come scrive Charbonneau¹⁰⁷, questo processo ha a che fare con una "differenziazione ontologica-ontica: il Sé che articola l'esperienza (polo ontologico) non cessa di differenziarsi dai contenuti (ontici) che attraversa. Li designa come tali e designa se stesso di contro a questa distinzione".

È chiaro che questa relazione di sé a sé stesso non è stabile e data una volta per tutte, essa può modificarsi e deformarsi fino alla possibilità di percepire il proprio corpo come estraneo. Fa notare ancora Charbonneau su questo punto che questa relazione a sé stesso si esercita in primo luogo attraverso il corpo, ma non esclusivamente con il corpo. "Corporeità e meità possono essere disgiunte".¹⁰⁸

La certezza di sé si accompagna alla "certezza dell'oggettualità dell'oggetto, cioè alla certezza che è ben distinto da me"¹⁰⁹. Questa certezza, che lo stesso Merleau-Ponty ci ricorda, è continua Charbonneau, "funzione della buona autonomia fenomenologica fondamentale del sé nel gioco con il non-sé che sono gli oggetti. La chiarezza di evidenza è garantita dall'esercizio di questa funzione ipseica [...] ciò che dice semplicemente la formula "andare da sé".

Se la fenomenologia è, lo abbiamo detto, la scienza della manifestazione degli oggetti della coscienza¹¹⁰, il mondo è "il nostro primo altro", e il confronto con esso, la sua perdita, la sua accettazione, rappresenta a sua volta

106 Ivi, p.19.

107 Ivi, p.20.

108 Ivi, p.21.

109 Ivi, p.21.

110 Charbonneau, 2010, p.63.

la prima esperienza, potremmo dire anche la proto-esperienza (come ci suggerisce Charbonneau): “la proto-esperienza di strappo per eccellenza”¹¹¹.

Se “l'uomo è il suo rapporto alla sua propria storia”¹¹² e la sua storia è anche una storia del del Sentire e del Muoversi, una alterazione in questi ambiti cambia la storia. Ma a questo aspetto sarà dedicata una ampia parte del lavoro a seguire.

Quando usiamo il termine “fare esperienza”, dobbiamo ricordare che “esso riguarda sia l'attività psichica che quella dell'integrazione spaziale e corporea. La costituzione dell'unità dell'esperienza e il 'mantenimento' di Sé si chiamano sia mondeizzazione che incarnazione”¹¹³. Sottolinea Charbonneau che “[i]l fenomeno è, da questo punto di vista intrasoggettivo, [...] una esposizione-restituzione di un Sé al decorso dell'avvenimento”¹¹⁴.

Ci vuole una certa distanza per appropriarsi dei fenomeni ed è necessario anche che un qualcosa abbia una coerenza interna, una certa unità, perché possa divenire racconto ed essere quindi raccontato. In questa prospettiva il corpo stesso “è costruttore di forma, dispiegatore di mondo. Proietta la propria messa in forma del mondo. Non è solo una corporeità passiva, oppure patica, ma anche trascendentale”¹¹⁵. Merleau Ponty ribalterà la divisione tra uno spirito costituente (cosciente) e un soggetto che desidera e soffre corporalmente (incosciente)”. Lo scisma corpo-spirito¹¹⁶ si infrange contro la prospettiva che la “corporeità è una coscienza corporea costituente, esattamente come la coscienza dello spirito”. La psiche, ci ricorda

111 Ivi, p. 31.

112 Ivi, p.47.

113 Ivi, p.83.

114 Ivi, p.84.

115 Ivi, p.99.

116 C'è stata, nella psicopatologia tradizionale, una deriva verso una grossa insistenza sulla parola ascoltata, con la perdita di altri sensi. Ciò è basato su un fondamento epistemico, quello che sostiene che la conoscenza avviene attraverso la parola, ma sappiamo bene che la sola parola detta non ci può mai dare una visione globale. Dall'altro lato abbiamo il paradosso della psicosomatica, che è quello di opporsi al dualismo contentandosi di una semplice somma tra l'organico e il psicologico.

Charbonneau¹¹⁷, è “prima di tutto, una presenza [...] Essa è un vissuto senza distinzione di *psyché* o di *soma*”.

Secondo Charbonneau, la metà del Sé è prodotta da un inconscio fenomenologico. Attraverso questa “metà”, io “sono mio e mi do a me stesso nell'intima continuità della mia appartenenza a me stesso. Questo inconscio fenomenologico non conosce se stesso, se non quando si dà in difetto di sé”¹¹⁸. La metà del Sé è però sempre precaria, così come precaria - lo vedremo meglio più avanti - è la possibilità di sentirsi. Manterere l'unità corporea dell'esperienza è qualcosa di sempre incerto, di sempre *in fieri*; dopo ogni evento la propria identità va ripresa e ogni volta re-integrata, in un processo senza fine. Non vi può essere una fine perché, come abbiamo detto, il mantenimento dell'identità, o della metà, è qualcosa di imprescindibile per l'essere umano e l'esperienza esige continue re-identificazioni.¹¹⁹ Heidegger, afferma in più luoghi che “l'essere che siamo, se ci appare, appena appare è già mio”. Ma, prosegue Charbonneau, “egli [Heidegger] non ci dice che, in quanto siamo, dobbiamo fondare questa relazione”. È questa la sfida dell'umano ed è anche questo il disperato tentativo dell'autolesionista: fondare (o rifondare) la relazione di sé a sé. Il disturbo della coscienza di sé è una frattura della coscienza di sé pre-riflessiva, è l'impossibilità a riconoscere parte di noi stessi. Può esistere un maggiore o minore grado di appartenenza a sé e uno dei primi compiti del fenomenologo psicopatologo è l'analisi della relazione della realtà. L'assegnazione al mondo è allo stesso tempo assegnazione a sé stessi: Minkowski parlava di “affettività-contatto” col mondo. Nella patologia si verifica invece una “alterazione degli ancoraggi antropologici nell'esperienza”, come se, aggiunge Charbonneau, “il

117 Ivi, p.20.

118 Ivi, p.100.

119 Come ricorda Charbonneau, 2010, p.104, parlando della catatonìa: “L'auto-affezione non è più capace di produrre la continuità di sé stesso. [...] il soggetto forza la tensione psicomotoria per ricevere da questa un segnale che non arriva”. La psicosi stessa, leggiamo poco più avanti, “è una alterazione 'dell'inerenza a sé del sé”.

mondo fosse una sorta di fiction”.¹²⁰ Il legame tra Sé e il mondo viene cercato, di volta in volta, nel Dasein (Heidegger), nella presenza e nel mondo della vita (Husserl), nel corpo proprio e nella Carne (Merleau-Ponty).

Un altro esistenziale è l'angoscia, uno dei caratteri appartenenti all'essenza dell'essere uomo, che appare nella sua forma pura solo raramente e rimane in genere nascosta.

Scrive Heidegger in *Che cos'è la metafisica*¹²¹: “Che l'angoscia disveli il Nulla, è ciò che l'uomo stesso conferma quando l'angoscia cede il passo. Con lo sguardo chiarificante che il ricordo fresco porta con sé, dobbiamo dire: ciò davanti a cui e per cui ci angosciavamo non era 'realmente' nulla”. Così commenta Jonckheere¹²²: “L'angoscia descritta in *Essere e tempo* sopravviene quando siamo confrontati, nella nostra solitudine e nella nostra nudità, con il fatto della derelizione, la Gettatezza, di fronte al vuoto del nulla e della morte. Levinas mostra in *De l'existence à l'existant* come, a causa di una notte d'insonnia, quando gli oggetti e i rumori del mondo familiare si attenuano, vengo confrontato in modo implacabile al ‘c'è qualcosa’ e al peso della mia esistenza”. Il fondo dell'angoscia è che il Dasein scopre che è limitato dalla mortalità, che dovrà morire, perché la morte è costitutiva dell'esistenza¹²³: “L'uomo è il viaggiatore dell'impossibile. Il suo viaggio è disseminato di piaceri e di illusioni, di successi e di scacchi, e sempre, di incertezza, salvo una sola: questo viaggio ha per termine la morte”¹²⁴. Aggiunge Jonckheere¹²⁵: “È [...] nella non assunzione della sua finitezza che numerosi drammi trovano la loro origine: la discesa agli inferi del soggetto alcoolista, l'omicidio del

120 Charbonneau, 2010, p.29.

121 Citato da Jonckheere, 2009, p.41.

122 Jonckheere, 2009, p. 40.

123 Questa è, naturalmente, l'idea di Essere e tempo.

124 Jonckheere, 2009, p.45

125 Ivi, p.46.

geloso, il suicidio dell'amante che sogna l'amore assoluto, essere umani implica certo che si aspiri ai piaceri, all'amore, al potere, alla pace, ma anche che si assuma sia per sé che per l'Altro, lo scacco, la mancanza, e, al termine della vita, la morte”.

La tesi heideggeriana che siamo fatti per la morte, porta la morte stessa al centro del discorso sull'esistenza. Ma anche il nostro corpo ci mostra i nostri limiti. Non dimentichiamo che come siamo “esseri per la morte” così abbiamo un “corpo per la morte”.

Un altro “esistenziale” è il rapporto con l'altro. “L'umanità dell'uomo ha, tra le altre, per caratteristica fondamentale quella di provare un sentimento originario di responsabilità”¹²⁶. La chiave di volta che fa essere umano l'umano è l'ipseità capace di tradursi in noità, e il fallimento di questo è ciò che indichiamo come “esistenza mancata”. Ma l'altro è significativo solo se io sono significativo; io e l'altro ci costruiamo insieme, o cadiamo insieme: entrambi o nessuno. Questa incapacità a costruire l'altro è alla base ad esempio del cosiddetto autismo povero. Parlare di costruzione di mondo è parlare di co-costruzione del mondo, di io e altro, perché “[N]on si può fondare la propria ipseità se non conquistando la propria alterità”¹²⁷. Su questo punto Maldiney porta l'esempio della malinconia, scrivendo: “Proprio il vuoto di comunicazione con gli altri e con le cose si trova all'origine di quel sentimento di irrealtà, fatto d'incapacità di sentire, tanto caratteristico della melanconia”. Lo scacco dell'incontro come fonte di sofferenza, quindi, e di mancata costituzione di mondo¹²⁸.

126 Jonckheere, 2009, p.59.

127 Maldiney, 2007 (1991), p.61.

1.3. Definizione e storia del concetto: patologia o espressione di sé?

1.3.1 Autolesionismo e approvazione culturale

Come ricorda Scaramozzino¹²⁹, si studia l'autolesionismo dal XIX secolo. Uno dei primi testi è quello di Galais, che nel 1867 pubblicava *Des automutilations chez les aliénés. Pour servir à l'histoire de l'alteration de la sensibilité chez ces malades*¹³⁰. Millan nel 1902 scrive *Castration criminelle et maniaque*¹³¹, Blondel nel 1906 pubblica *Les automutilateurs. Etudes psychopathologique et medico-legale*¹³². Concludendo questa breve panoramica, Scaramozzino, ricorda il testo di Lorthois del 1909 che ipotizza una prima definizione di autolesionismo parlando del “fatto di intaccare la propria integrità corporea”.

Bisogna ad ogni modo fare attenzione nel dare una definizione al concetto di autolesionismo. Come ci ricorda Jaspers¹³³, tutti gli schemi diagnostici devono restare un tormento per il ricercatore.

128 Su un differente piano di “costituzione di mondo”, abbiamo la capacità di rappresentare, che è anch'essa parte dell'essenza dell'uomo. Come fa notare Stanghellini, l'ontologia di riferimento è quella che risale a Platone: vi sono corpi, immagini e segni. Nei suoi testi sulla schizofrenia, Stanghellini ricorda spesso come la vita dei pazienti schizofrenici si svolga costantemente nella perdita di confini fra questi tre piani (cosa - immagine - simbolo). Se il potere è soprattutto gestione di simboli, il primo passaggio nella creazione di un simbolo è che la cosa cessi di essere solo una cosa. Secondo lo psichiatra fiorentino, per stare bene noi abbiamo bisogno di tutte e tre queste dimensioni e del fatto che siano sufficientemente separate ma anche sufficientemente comunicanti. La sofferenza mentale spesso deriva dal fatto che i tre ambiti ontologici si confondono o si cristallizzano in un ambito ontologico prevalente.

129 Scaramozzino, 2004, p.25.

130 Sull'autolesionismo degli alienati. Per servire alla storia dell'alterazione della sensibilità presso questi malati.

131 Castrazione criminale e maniacale.

132 Gli autolesionisti. Studi psicopatologici e medico-legali.

133 Jaspers, 1913.

Un'altra definizione molto usata è quella di Feldmann, che definisce l'autolesionismo come “un danneggiamento individuale e intenzionale di una parte del proprio corpo senza apparente intenzione di morire”¹³⁴.

Anche distinguere tra patologia ed espressione di sé, in questo ambito, è molto complesso. Mario Rossi Monti e Alessandra d'Agostino¹³⁵, ci ricordano che non si può mai interpretare “nel vuoto” una ferita, ma che il riferimento alla cultura e alla società del gruppo di appartenenza è essenziale. Un autoferimento può ad esempio assumere, come non assumere, valenza estetica. Proprio per questo diviene fondamentale il dialogo con il paziente, che solo ci può lasciare intuire il senso del gesto.

Anche nella definizione di Favazza¹³⁶ leggiamo che l'autolesionismo sarebbe una condotta intenzionale che causa un danno o una lesione al proprio corpo o ad alcune parti di esso. Viene nuovamente sottolineato che queste azioni non sono associate ad un intento suicidario conscio, né si verificano in risposta ad allucinazioni o in concomitanza con diagnosi di autismo e ritardo mentale grave¹³⁷. Favazza riferisce questo comportamento ad un “disturbo del controllo degli impulsi” NAS (non altrimenti specificato), ma vedremo meglio più avanti questo concetto.

Sempre secondo lo psichiatra americano¹³⁸, “tipicamente l'autolesionismo comincia all'inizio dell'adolescenza e può protrarsi per decenni con un'alta incidenza di morbilità sociale, potendo infine esitare in sentimenti di disperazione e tentativi di suicidio da parte di persone che non sono capaci di controllare il loro comportamento”.

134 Feldmann, 1988, p.26.

135 Rossi Monti, D'Agostino, 2009.

136 Favazza, 1996.

137 Favazza e Rosenthal, 1993.

138 Favazza, 1989, p. 139.

Se per Favazza l'autolesionismo è, lo abbiamo visto, una “deliberata, diretta, non-suicidaria distruzione o alterazione del proprio tessuto corporeo”¹³⁹ egli sottolinea spesso come questo comportamento e quello più ampio di “modificazione del corpo” sia “una componente integrale dell'esperienza umana”¹⁴⁰.

Favazza distingue l'autolesionismo in autolesionismo maggiore, autolesionismo stereotipato, autolesionismo superficiale, detto anche moderato. Egli categorizza ulteriormente questo fenomeno in episodico, ripetitivo e compulsivo. Per lo psichiatra americano¹⁴¹ ad ogni modo nell'autolesionismo rientra sia il tagliarsi o il bruciarsi superficialmente, sia l'automutilazione (autocastrazione, amputazione) sia pratiche di modificazione del corpo come i tatuaggi, sia rituali come la circoncisione. Egli sottolinea, su questo punto, che si tratta di “un comportamento, e non un disturbo, associato a molte malattie mentali. Il tagliarsi la pelle, ad esempio, è un comportamento molto comune, ma non è riconosciuto come un disturbo mentale a se stante”¹⁴². È stato Matthew Nock a concettualizzare l'autolesionismo usando il termine di “auto-danneggiamento non suicidario”, sottolineando che non si trattava di un sintomo, ma di un comportamento dannoso¹⁴³.

Trovarsi di fronte ad un danno corporeo diretto, volontario e autoinflitto, fa pensare che “chi si scortica semplicemente non può resistere all'urgenza di danneggiare la propria pelle.”¹⁴⁴

139 Strong, 2000 (1998), Introduzione di Armando Favazza: p. X.

140 Ivi, Introduzione di Armando Favazza: p. X.

141 Favazza, 2011 (1987).

142 Ivi, p.139.

143 Ivi, p. XIII.

144 Favazza, 2011 (1987), p.139.

La parte più interessante dell'argomentazione di Favazza è senza dubbio il fatto di dire che "l'autolesionismo non è estraneo alla condizione umana, piuttosto è culturalmente e psicologicamente inscritto nelle esperienze profonde e fondanti di guarigione, religiose, e di intesa sociale.¹⁴⁵" Non necessariamente, quindi, vi è una connotazione negativa nella definizione di questo concetto.

Le Breton¹⁴⁶ ci lascia un quadro dettagliato delle più comuni azioni autolesionistiche e lo tratteggia in questo modo: "Le incisioni, le scarificazioni, le escoriazioni superficiali o profonde, i graffi, le bruciature di sigaretta sono spesso fatte sull'avanbraccio o sui polso sinistri, luoghi del corpo più facilmente accessibili, subito visibili e che ricordano quindi il controllo esercitato su di sé. Spesso sono fatti sul ventre o sulle gambe, con degli oggetti che si trovano a portata di mano; attrezzi scelti con cura e preziosamente conservati se l'attacco si iscrive in una ripetizione ben organizzata: rasoio, scalpello, coltello, forbici, pezzo di vetro, puntina da disegno, compasso, graffetta".

Anche lo stesso Le Breton, comunque, parla della normalità di alcuni episodi di auto-ferimento, come i movimenti autoaggressivi nella prima infanzia¹⁴⁷. Il problema è che, e questo ogni studioso del campo lo riconosce, le ferite autoinflitte possono diventare una dipendenza¹⁴⁸

Ma quindi, la differenza tra i vari tipi di auto-ferimento è una differenza di grado o di natura? È la gravità della ferita che fa la diversità del senso del gesto?

145 Favazza, 2011 (1987), p. XII.

146 Le Breton, 2003, p.13.

147 Ivi, passim.

148 Ivi.

Per rispondere a questa domanda ricordiamo che la definizione clinica di autolesionismo deve rispondere ad un criterio, che è del resto presente in tutti i disturbi psichiatrici secondo il DSM, che è quello della compromissione del funzionamento¹⁴⁹. E partiamo anche da un altro presupposto, ovvero quello del principio di carità: partiamo dal principio che “ciò che il soggetto fa o comunica esprime un senso”¹⁵⁰.

Con l’autolesionismo siamo in un ambito nuovo, paradossale e inquietante: ci troviamo di fronte ad un soggetto che mette in gioco lo stesso statuto del proprio corpo. Un tempo non si osava parlare di autolesionismo, ma quest’ultimo veniva ridotto al suicidio.

Nell’auto-ferimento deliberato è direttamente il tessuto corporeo che è interessato. Un auto-ferimento indiretto, senza coinvolgimento del tessuto corporeo, potrebbe essere il morire di fame o alcolizzarsi.¹⁵¹ Non viene inclusa nella categoria dell’autolesionismo l’overdose o l’assunzione per via orale di oggetti estranei¹⁵². Lo studio di Drappo e Casonato¹⁵³ ci ricorda che “strapparsi i capelli o mangiarsi le unghie tecnicamente sono forme di autolesionismo, ma tranne quando questi comportamenti sono estremi, non sono significativi dal punto di vista clinico.”

Da un angolo di visuale più antropologico che clinico, Favazza suddivide i comportamenti autolesivi in due grandi gruppi. Il primo è l’autolesionismo culturalmente approvato, che si compone di rituali e pratiche. I rituali sono strettamente collegati alla cultura di appartenenza, si ripetono per generazioni e riflettono le credenze di un’intera società. Il secondo gruppo è quello dell’autolesionismo deviante, che è chiamata anche sindrome da

149 Dell’Osso, 2013, p.9.

150 Rossi Monti, d’Agostino, 2009.

151 Drappo, Casonato, 2005.

152 Ivi.

153 Ivi.

autolesionismo ripetitivo. Si tratta, come già accennavamo, di un disturbo controllo degli impulsi e non di un disturbo di personalità.

Nell'autolesionismo ci sono tre aspetti cui tenere conto: il potenziale di letalità, la direzionalità del gesto e la sua ripetitività¹⁵⁴.

Un aspetto sorprendente di questo fenomeno è che non vengono generalmente descritte sensazioni dolorose. Perfino nell'autolesionismo maggiore, in presenza di gravi mutilazioni corporee, il soggetto non lamenta dolore fisico, né rimorsi. Per quanto riguarda invece l'autolesionismo stereotipato, “si ritiene che alcune di queste azioni altamente ripetitive rappresentino tentativi di indurre stimolazioni o, al contrario, di ridurle attraverso forme di intontimento”¹⁵⁵. Nei casi di grave ritardo mentale, come ci ricordano Drappo e Casonato¹⁵⁶, battere la testa contro un muro sarebbe considerato perfino un tentativo di ricreare la sensazione del battito cardiaco materno percepito in utero.

Nell'autolesionismo superficiale moderato ci troviamo di fronte ad una minore gravità nelle condotte e negli esiti. Così viene descritto l'autolesionismo “superficiale” da Drappo e Casonato: “Bruciarsi, procurarsi ustioni minori, bucarsi, bucarsi con piercing, pizzicarsi, graffiarsi, colpirsi, strapparsi i capelli, stuzzicare vecchie ferite durante il processo di cicatrizzazione (scrostarsi), rompersi le ossa, scorticarsi, procurarsi con cautela tagli controllati e relativamente poco profondi nella pelle utilizzando attrezzi taglienti.”¹⁵⁷

Passando su un piano più psicologico che descrittivo, troviamo il lavoro di Walsch e Rosen che apre con questa definizione: “L'autolesionismo, al livello più elementare, autoevidente, addirittura tautologico, è una mutilazione del

154 Drappo, Casonato, 2005.

155 Ivi.

156 Ivi.

157 Ivi.

sé. Per alcuni autolesionisti, tale comportamento [...] è una deturpazione intenzionale, uno sfiguramento, una espressione di auto-avversione. Per altri è un'implosione all'interno del sé, un mezzo per ridurre una tensione intollerabile oppure per dare sfogo a una rabbia inesprimibile. Alcuni usano l'autolesionismo come una forma di auto-stimolazione, per fuggire sentimenti spaventosi di vuoto, o legati alla sensazione di essere morti, o alla depersonalizzazione, cioè per evitare la percezione di una perdita del sé. E altri ancora lo usano perché ci si preoccupi di loro, al fine di influenzare e forzare la famiglia, gli amici e i clinici coinvolti".¹⁵⁸

Anche Walsch e Rosen, così come Favazza, notano che “vi è uno spettro molto ampio di comportamenti umani che implica l'alterazione dell'apparenza fisica e della configurazione del corpo”.

Alla domanda che ci eravamo posti inizialmente, e cioè se i vari comportamenti autolesivi differiscano tra loro solo per grado o anche per “essenza” Walsh e Rosen rispondono¹⁵⁹ che l'auto-alterazione della forma fisica è un continuum, e la distinguono in quattro categorie in base ai seguenti criteri: il grado di danno fisico (la gravità della lesione), lo stato psicologico al momento della lesione, l'accettabilità sociale della condotta. I due psichiatri hanno effettuato una classificazione delle condotte utilizzando l'espressione “automodificazione della forma fisica” per evitare di definire autolesivi comportamenti come l'onico-fagia o il piercing al lobo dell'orecchio, oppure la tricotillomania.

Il I tipo corrisponde ad un grado di danno fisico superficiale o moderato, lo stato psicologico non è alterato e questa azione è socialmente accettata in praticamente tutti i gruppi umani. Un esempio è l'onico-fagia, oppure i piccoli, non troppo invasivi, tatuaggi fatti da un professionista, o la chirurgia plastica a fini cosmetici, o i piercing alle orecchie o al naso.

¹⁵⁸ Walsh, Rosen, 1988, p.VII.

¹⁵⁹ Ivi, p.7.

Nel tipo II, sempre secondo la classificazione dei due psichiatri, abbiamo un danno maggiore che nel primo tipo e che esita in effetti da medi a moderati. Lo stato psichico può non essere ancora alterato o agitato, ma a volte l'azione è compiuta in condizioni psicologiche alterate, come negli stati di eccitazione provocati dall'abuso di sostanze psicotrope. Queste azioni sono accettate solo all'interno di una sottocultura, dove sono considerate pratiche ornamentali ricche di significato simbolico. Gli esempi che vengono portati sono quelli dei piercings nei gruppi punk (più numerosi e invasivi) oppure dei tatuaggi molto ampi e visibili. Neppure a questo secondo livello si può ancora parlare di autolesioni in senso stretto.

Il terzo tipo di autolesionismo vede un danno fisico moderato o consistente, tranne alcuni casi di lieve entità. Lo stato psicologico è alterato, siamo nella crisi psicotica. Generalmente questi comportamenti non sono accettati da nessun gruppo umano; al limite possono essere accettati da alcuni pari che hanno lo stesso modo di pensare. Alcuni esempi sono il tagliarsi i polsi o altre parti del corpo, autoinfliggersi bruciature di sigarette, il praticarsi da soli rudimentali tatuaggi.

L'ultimo tipo di attacco a sé, il IV, è il più grave. Stiamo parlando di gesti estremi come autocastrazione, enucleazione di occhi, auto-amputazioni di arti. Il grado di danno fisico è grave e lo stato psicologico è di scompenso psicotico. Dal punto di vista dell'accettazione sociale, queste azioni risultano essere interamente inaccettabili da tutti i pari e in ogni gruppo sociale e anzi provocano negli altri uno stato di forte allarme.

Da questa schematizzazione possiamo vedere come per Walsh e Rosen¹⁶⁰ il cuore del fenomeno clinico dell'autolesionismo stia nel fatto che provoca una deturpazione fisica socialmente non accettata.

Questo schema, come tutti gli schemi, non può essere rigido. Alcune forme di attacco al sé iniziano sotto forma di condotta socialmente accettata,

160 Walsh, Rosen, 1988.

ma poi possono intensificarsi o aumentare di gravità generando danni irreparabili.

La sistematizzazione di Favazza¹⁶¹ vede invece dividere l'autolesionismo nelle sue forme patologiche. La sua sistematizzazione, lo abbiamo già detto, varia perché divide questi fenomeni in tre ambiti a seconda delle aree di possibili diagnosi. Lo psichiatra americano vede una forma di autolesionismo maggiore, che riconosce essere molto raro, e che individua ad esempio nelle crisi psicotiche. In questo caso si tratta di focalizzarsi su una parte del corpo e di "eleggerla" a qualcosa di cui liberarsi). Siamo anche qui ai fenomeni di enucleazione dell'occhio, di evirazione o di amputazione di una parte del corpo. In questo gruppo rientra la sindrome di Van Gogh.

Il secondo ambito è per Favazza quello dell'autolesionismo "stereotipato". Esempi di questi comportamenti sono il battere la testa contro una superficie, strapparsi i capelli, mordersi la lingua, irritarsi la pelle.

Siamo nell'ambito del ritardo mentale e dell'autismo. Frances Tustin¹⁶², ha chiamato questi comportamenti "forme sensoriali autistiche". Secondo la psicanalista britannica lo scopo di queste azioni è quello di creare "una spirale di sensazioni tattili che fluiscono attorno alle superfici del corpo" e che avrebbero una funzione di conforto, di sedazione e di rassicurazione. Sarebbe in sostanza un procedimento autocalmante. In questo ambito rientrano diagnosi come quella della sindrome di Gilles de La Tourette¹⁶³, di Lesh-Nyhan¹⁶⁴ e di Cornelia de Lange¹⁶⁵.

L'ultimo gruppo in cui Favazza divide le azioni di attacco al sé e che sarà anche l'oggetto di questo mio lavoro è la compulsione (o impulso)

161 Favazza, 1987.

162 Frances Tustin, 1990.

163 Per quello che qui ci riguarda richiamo soprattutto i tic motori e fonatori.

164 Si tratta di una malattia legata agli enzimi, che colpisce bambini masch, portando iperuricemia, deficit neurologici gravi e appunto autolesionismo.

165 Si tratta di un'anomalia genetica che comporta un ritardo psicomotorio o comunque intellettuale.

autolesionista: “lacerazioni, scarificazioni, bruciate che la persona si causa da sola, spesso sull’avanbraccio o sul polso destro, luoghi del corpo più facilmente accessibili e visibili, e che ricordano il controllo esercitato su sé. Può essere fatto con oggetti che si trovano a portata di mano oppure con oggetti scelti con cura e conservati preziosamente, nel caso in cui l’autolesionismo si iscriva in una ripetizione ben organizzata”¹⁶⁶.

Vi sono manipolazioni estetiche del corpo, cosiddette “normali” o meglio “culturalmente accettate”. Si tratta di segni corporei come piercing, tatuaggi, branding, peeling, burning, alcuni comportamenti di anoressia, molteplici interventi di chirurgia estetica, pettinature estreme, la stessa body art.

Un aspetto interessante è analizzare dove le ferite si fanno sulla superficie del corpo. Normalmente queste non si ostentano alla visione, perché la cosa rilevante è sapere di averli, ma non mostrarli. Il luogo delle ferite sul corpo può anche essere un indizio per la prognosi. Per esempio il viso è considerato il luogo fisico principale della nostra identità, è considerato, da questo punto di vista, quasi sacro e nell’autolesionismo cosiddetto “moderato” è sempre risparmiato. La prognosi, in caso di ferite autoinflitte al viso, è sempre grave. Una ferita importante al viso sfigura la persona e altera gravemente i rapporti sociali, mentre l’intenzione dell’autolesionista non è certo quella di eliminare i legami sociali, bensì quella di purificarsi da una sofferenza per poi ritornare ai normali rapporti umani e alla società. Quando il viso viene attaccato, la prognosi è particolarmente grave perché significa che l’individuo inizia a “perdersi” e a tagliare i ponti dietro di sé¹⁶⁷.

Vorrei portare l’attenzione anche sulla normalità dei movimenti autoaggressivi nella prima infanzia. Vediamo nei bambini azioni quali grattarsi fino a sanguinare, mordersi oppure buttarsi a terra. Con questi comportamenti il bambino si esplora il mondo ed esplora sé stesso, i propri

166 Le Breton, 2000, p.13.

167 Le Breton, 2003.

confini e limiti e reazioni e in questo senso sta formando il proprio sé e il proprio schema corporeo. Naturalmente questi stessi comportamenti si inscrivono in una trama relazionale. In uno sviluppo normale il bambino è destinato ad abbandonare gradualmente questi comportamenti, mentre se persistono significa che vi sono benefici secondari.

Abbiamo quindi visto come vi sia una forte intricazione tra psicopatologia, etnologia, antropologia. Lo ricorda del resto anche il testo, già citato, di Rossi Monti e d'Agostino: “elementi di carattere sociale, culturale o religioso possono intersecarsi con componenti psicopatologiche”. L'autolesionismo c'è da quando c'è l'uomo sulla terra, fa parte della vita, della cultura e in qualche senso che vedremo anche della natura; è connaturato con ciò che significa essere uomo¹⁶⁸ e con alcune esperienze elementari e profonde che Favazza ha riassunto in guarigione, religione e intesa sociale.

Con l'autolesionismo clinico si passa dal rito iniziatico tradizionale, accolto e sostenuto in una comunità, ad un “rito privato”, compiuto in solitudine e generalmente con un forte senso di vergogna. Gli attacchi al corpo quindi si muovono continuamente tra normalità, “pre-patologia” e patologia e spesso la loro classificazione dipende in larga misura da ciò che è *dichiarato normale* in un determinato gruppo umano.

Ma vediamo cosa si intende quando usiamo il termine patologico (e quello, ancora più ambiguo, di “pre-patologico” oppure “forma limite”. La patologia è la perdita di integrazione o di unità. Se *affectio* è essere affetto da, *pathos* è radice sia di patologia che di passione

Così come l'espressione “patologia”, anche l'espressione “comportamento autolesivo” è un concetto generale¹⁶⁹. Proprio per questo, e per esplorare anche i vari approcci al problema, vorrei continuare ad esaminare alcune

168 Favazza, 1987. p.204 “Comportamenti che danneggiano il corpo per raggiungere obiettivi più elevati sono stati presenti a partire dai primi giorni dell'umanità e sono radicati nell'esperienza di ciò che significa essere umani”

169 Drappo, Casonato, 2005.

altre definizioni, come quella di Berglas e Baumeister¹⁷⁰ che così sintetizzano: “recare danno, perdita, fallimento o sofferenza a se stessi con le proprie azioni od omissioni”. Vediamo subito che questa definizione si riferisce ad una accezione più ampia del “concetto” di danneggiamento, parlando addirittura di “fallimento”, termine che è esclusivo di un ambito più psichico e cognitivo. Come osservano su questo punto Drappo e Casonato¹⁷¹, il prefisso “auto” di autolesionismo si riferisce anche al Sé come psiche, come essere umano nella sua completezza e quindi il male che la persona volontariamente si infligge può non essere esclusivamente fisico. Aggiungono i due autori appena citati che il danno può essere emotivo e mentale, e derivare da un danno all'autostima o al funzionamento sociale. Si parla in questo caso di auto-boicottaggio.

All'interno dell'ambito dell'autolesionismo superficiale moderato dobbiamo tracciare una differenza funzionale tra impulsi e compulsioni.

L'autolesionismo impulsivo è episodico, ma può iniziare a ripetersi con regolarità se si ingenera una sorta di automatismo che vede il soggetto rispondere ad uno stimolo stressante con il comportamento autolesivo e ricavarne poi sollievo. Può anche accadere che la persona inizi a pensare spesso all'autolesione e non solo nel momento preciso in cui essa viene perpetrata. Questi pensieri ricorrenti possono dare una precaria stabilità, che lo rassicura. Secondo Drappo e Casonato¹⁷² ciò vincolerebbe la persona ad “una nuova identità adattativa” facendo diventare il disturbo “autonomo, non più episodico e dunque sintomatico di altre categorie diagnostiche”. Il Cutter tende cioè ad identificarsi con i propri sintomi e a trarre da essi materiale per costruirsi una identità personale.

170 Berglas, Baumeister, 1996 (1993), p.22.

171 Drappo, Casonato, 2005.

172 Drappo, Casonato, 2005.

La distinzione tra forme culturalmente approvate e forme devianti è sostanzialmente arbitraria, perché, come abbiamo detto, forme di automutilazione e di autolesionismo sono note fin dall'antichità. Queste “ferite simboliche”, per usare un’espressione di Bettelheim¹⁷³, erano e sono largamente in uso tra le popolazioni “primitive”. Si pensi alle amputazioni descritte nella Bibbia, che tanto peso hanno nel senso che alcune persone in stato di scompensamento psicotico danno alle loro azioni autolesive, oppure, per restare in ambito religioso cristiano, alle pratiche di mortificazione delle carni nel Medioevo. La cauterizzazione del seno delle Amazzoni è un altro esempio¹⁷⁴, come lo sono, in epoca molto più recente i *freak shows*. I *freak shows* sono degli spettacoli che erano molto in voga negli Stati Uniti tra il ‘700 e la prima metà del ‘900; se ne può collocare l’età dell’oro negli ultimi anni dell’Ottocento. In queste esibizioni venivano mostrati esseri umani (sia adulti che bambini, e a volte anche animali) che avevano caratteristiche fisiche e biologiche non comuni, tanto da essere considerati “scherzi di natura”, “fenomeni da baraccone”. Poteva trattarsi di persone malate o molto grasse oppure nani. Lo scopo di queste *performances* era comunque quello di scioccare il pubblico. Il motivo per cui stiamo parlando dei *freak shows* è che alcune volte chi si esibiva non erano persone che la natura aveva posto in condizioni particolari, ma persone che avevano attivamente agito sul loro corpo, come ad esempio persone con molti piercing o con tatuaggi ampi, evidenti e deturpanti. Altre volte si trattava di *performances* fisiche dove alcune persone mettevano a rischio il proprio corpo: famosi erano, a titolo di esempio, i “mangiatori di fuoco”.

I cambiamenti nella sensibilità, nella cultura e quindi nelle leggi hanno poi condotto al declino questi “spettacoli”. Anche il progresso medico-scientifico ha contribuito a questo, spiegando l’origine di queste deformità e

173 Bettelheim, 1954.

174 Cit. in Drappo, Casonato, 2005.

quindi modificando il sentire delle persone nel senso dell'empatia piuttosto che della paura.

Altre forme di modificazione del corpo sono quelli delle avanguardie artistiche degli anni '70 e dei "Moderni primitivi", senza contare i nuovi fenomeni della flebotomia o anemia volontaria (che ricorda un po' la pratica del salasso) e dell'acrotomofilia.

Il corpo e le sue possibili alterazioni vedono dunque delle pratiche molto diverse rispetto al senso che esse veicolano per il loro autore. Queste forme di espressione vanno diversificate. E il punto di discriminazione è da situarsi al momento in cui non si può più scegliere. È allora che si comincia a parlare di patologia. La malattia psichiatrica è una patologia della libertà, perché il fenomeno diventa patologico quando limita la libertà: la patologia irrigidisce le strutture, come la morte, mentre la vita fluidifica. La psicopatologia è in fondo un modo poco funzionale di gestire il dolore: il malato è una persona che non ha strumenti per gestire la sua sofferenza. Ecco che allora la psicopatologia è autodistruttiva perché crea ancora più dolore.

La categorizzazione degli attachi al corpo tra normalità e patologia, ci ha visti passare dalla malattia mentale ad un ambito che abbiamo chiamato "prepatologico" a comportamenti "dichiarati normali" (e legati soprattutto all'estetica), alla dimensione culturale e rituale. Siamo passati dalla scarificazione ai piercing, all'anemia volontaria¹⁷⁵, attraverso i problemi "di frontiera" - i casi limite dell'onicofagia o della tricotillomania o delle rasature estreme dei capelli o della distruzione dei propri indumenti -, per arrivare ai disturbi del comportamento alimentare, alle tossicodipendenze, all'autodistruzione da dipendenza (alcolismo), pe fino al pseudo-suicidio senza idea di morte, che è la situazione limite dell'attacco al proprio corpo. Il pseudo-suicidio è la situazione limite, e forse non il suicidio, perché quest'ultimo non è nella sua essenza e nel suo senso legato al corpo.

175 La sindrome di Lasthénie de Ferjol.

Possiamo osservare attacchi violenti della compulsione autolesionista anche al di fuori del quadro psicopatologico (generalmente delle personalità patologiche) o dell'ambito culturale ed estetico: sto parlando delle situazioni estreme, come l'ambito carcerario¹⁷⁶, dove l'autolesionismo è un fenomeno diffuso.

Riassumendo, abbiamo indicato come patologici, quegli attacchi a sé che riguardano situazioni quali mutilazioni, lacerazioni, scarificazioni, flebotomia e prepatologici (o limite) quelle modificazioni legate a piercing e tatuaggi più o meno invasivi. Abbiamo invece lasciato nell'ambito della normalità situazioni come sofisticazioni multiple, pettinature estreme, espressioni artistiche come la body art o il movimento del fakirismo¹⁷⁷.

Ma analizziamo ora più da vicino e distintamente le due dimensioni culturale e psicopatologica.

1.3.1.1. La dimensione culturale e rituale

La dimensione culturale, rituale e antropologica non è da sottovalutarsi in nessuna patologia¹⁷⁸, ma forse è nell'autolesionismo che questa riflessione assume una portata fondamentale.

Abbiamo già detto che l'autolesionismo è un dato antropologico che attraversa la storia, le epoche, le società, i luoghi. Troviamo le modificazioni corporee nei riti iniziatici e di passaggio di numerose società umane e le troviamo nelle più svariate forme, dalla circoncisione alla limatura dei denti, alla deformazione del cranio, all'amputazione di un dito in segno di lutto¹⁷⁹.

176 Per una riflessione sul corpo in situazione carceraria, rimando al testo di Jérôme Englebert, 2013.

177 Da Fakir Musafar, il padre del movimento dei "Modern primitives", i "Moderni primitivi".

178 Per ciò che concerne la depressione, ad esempio è "interessante [...] la prospettiva evuzionistica che vede nel rallentamento fisiologico e nel ritiro sociale una strategia utile ad evitare interazioni sociali dispendiose, mentre la segnalazione del proprio stato emotivo potrebbe favorire l'aiuto e il sostegno da parte degli altri senza la necessità di contraccambiare.» McGuire, Troisi, 2003, citato in Martinotti, 2009, p. 85.

Secondo lo psichiatra americano Favazza¹⁸⁰ questi riti svolgono una funzione basilare e fondante: prevengono o pongono rimedio a condizioni destabilizzatrici e per ciò stesso sentite come una minaccia per la comunità o la persona.

Il senso dei riti culturali di modificazione del proprio corpo è stato riassunto da Favazza¹⁸¹ in tre significanti. Il primo è quello della guarigione. Come scrive Favazza, prima dell'esistenza della scienza, i riti di modificazione del corpo erano una delle strategie per far fronte alle minacce alla stessa sopravvivenza.

Il secondo significato è quello che ruota attorno alla spiritualità e che aiuta il mantenimento di un buon rapporto con gli "spiriti". L'autolesionismo sarebbe una pratica rituale particolarmente gradita a questi ultimi. Favazza porta ad esempio i sacerdoti consacrati alla "grande madre" Cibele, che si eviravano per dimostrare il loro lutto e la loro identificazione con il dio Attis che a sua volta si era evirato, era morto ed era risorto. Antiche tradizioni come lo sciamanesimo vedono le mutilazioni del corpo come un trampolino di lancio verso una più grande saggezza, come fonte di speciali capacità di guarire se stessi e altri, e come modo per raggiungere un più alto livello di esistenza.

Ricordiamo che spesso nelle cerimonie collettive dove troviamo fenomeni di autolesionismo, le persone entrano in una sorta di trance, cambiando stato mentale. Il rituale autolesivo serve al proposito di "stabilire e [...] mantenere la giusta relazione con gli spiriti per evitare il disastro e promuovere la

179 Le Breton ne fa un elenco piuttosto dettagliato: "circoncisione, escissione, subincisione, deformazioni, limatura dei denti, amputazione di un dito, scarificazioni, tatuaggi, escoriazioni, bruciature, bastonate, vessazioni [umiliazioni e misure vessatorie inflitte per affermare la propria autorità], diverse prove".

180 Favazza, 1987.

181 Favazza, 1987.

prosperità. [...] Il sacrificio rituale auto-lesionista e l'espiazione sono specialmente graditi agli spiriti”¹⁸².

Il terzo significato che lo psichiatra americano individua è quello dell'ordine sociale: “il caos è la minaccia più grande alla stabilità dell'universo. Senza l'ordine sociale, gli uomini e le donne non saprebbero come comportarsi nel modo giusto, e molti uomini di varie culture credono che la sessualità femminile, se incontrollata, esiterebbe in una ribellione, mettendo le cose sotto-sopra.”¹⁸³

La sessualità femminile è da sempre intrecciata con la moralità. Per questo “[i] rituali di mutilazione servono ad un proposito importante; sono un tentativo di regolare la moralità femminile. L'infibulazione crea l'ultima cintura di castità, creata dalla carne stessa della donna (Morgan and Steinem 1980). Una donna infibulata è una vergine garantita il più delle volte ed è pertanto sposabile. L'escissione, attraverso la rimozione della sensibile area del clitoride, è pensata per attenuare i desideri sessuali in una donna, che, liberata dal piacere personale, può concentrarsi solamente sul compiacere il proprio marito”.¹⁸⁴

E ancora Favazza: “Circoncisioni, subincisioni e riti di iniziazione sanciscono l'appartenenza a un gruppo culturale, sono un distintivo di uno status rituale aumentato e di coraggio fisico, tengono unita la tribù e contrastano le tendenze distruttive intrinseche alla vita sociale e spirituale”¹⁸⁵.

182 Favazza, 2011 (1987), p.202.

183 Ivi, p.204.

184 Favazza, 2011 (1987), p.171 Le mutilazioni sessuali femminili sono spesso praticate. Le più comuni sono l'escissione (tagliare la punta del clitoride), l'infibulazione e la circoncisione femminile (tagliare il prepuzio del clitoride). Raramente invece vengono effettuate dalle donne su se stesse, ovvero l'autolesionismo femminile prende assai raramente di mira le proprie parti genitali. Da notare che nelle società non maschiliste non esistono mutilazioni genitali femminili e un esempio è la popolazione degli aborigeni australiani. Qui invece la subincisione è una pratica maschile comune nelle cerimonie di iniziazione della pubertà. Gli aborigeni si incidono la parte inferiore del pene, simulando il possesso di una vulva. La ferita viene periodicamente riaperta probabilmente per simulare le mestruazioni ed acquisire i poteri magici che vengono attribuiti a questo fenomeno.

185 Favazza, 2011 (1987), p.165; Elkin, 1945; Gould 1969.

Più avanti nello stesso testo troviamo scritto anche che¹⁸⁶: “[L]’esame dei rituali rivela che essi servono ad un proposito elementare, ovvero alla correzione o prevenzione delle condizioni destabilizzatrici che minacciano le persone e le comunità”. I rituali funzionano proprio perché le persone pensano che essi promuovano la guarigione, la spiritualità e l'ordine sociale. Essi sarebbero quindi una strategia per affrontare le minacce alla sopravvivenza. Anche Le Breton si esprime in un modo simile: “[u]n dato antropologico si esprime qui, nel consenso a spogliarsi di un frammento di sé per continuare ad esistere [...] Le ferite corporee sono una forma di sacrificio”¹⁸⁷. Si tratta di cedere una parte per salvare l'essenziale, è una forma di sacrificio alla comunità. Il “senso antropologico” (come lo definirebbe Binswanger) consiste nel separarsi da una parte di sé per salvare il tutto della propria esistenza. Si tratta di pagare il prezzo della sofferenza per cercare di estirparla: è il sacrificio di Cristo sulla croce della religione cristiana cattolica. E per questo lo vediamo così bene nel cattolicesimo, con i martiri, i monaci medioevali che facevano penitenza attaccando il proprio corpo oppure le sante anoressiche. Ancora oggi nelle Filippine, durante la settimana santa, alcuni uomini chiedono di essere crocifissi. Ricordiamo qui anche le parole del Vangelo di Matteo¹⁸⁸: “E se la tua mano destra ti è occasione di scandalo, tagliala e gettala via da te; poiché è meglio che una delle tue membra perisca che tutto il tuo corpo sia gettato nella geenna”. Come ricorda Favazza¹⁸⁹, in tutti i casi riportati di mutilazione delle mani nelle depressioni psicotiche e nelle schizofrenie è dominante il delirio

186 Ivi, p.201.

187 Le Breton, 2003, p.11.

188 5:30.

189 Favazza, 2011 (1987), p. 121.

religioso. Non sarà un caso se la più antica forma di mutilazione rituale è l'amputazione delle dita¹⁹⁰.

Nel mondo occidentale attuale Fakir Musafar è stato tra i primi a dare un significato profondo ad pratiche di modificazione corporee, creando il concetto di “moderno primitivismo” (*modern primitivism*) e di “gioco del corpo” (*body play*).¹⁹¹ Ma i collegamenti fra popolazioni primitive e modernità non si fermano certo qui: la storia della mitologia greca di Zeus e Crono, ad esempio, mette bene in luce “molti temi associati alla castrazione che sono stati incorporati nelle percezioni psicologiche occidentali”¹⁹².

Abbiamo visto che quelle che Le Breton chiama “iscrizioni corporee” si declinano quindi in molti modi: “circoncisione, escissione, subincisione, deformazione, limatura o estrazione dei denti, amputazione di un dito, scarificazioni, tatuaggi, escoriazioni, bruciate, fustigazioni, angherie, svariate prove”¹⁹³. E anche nelle religioni immagini vivide di mutilazione si declinano in svariate immagini. Come fa notare Favazza, queste immagini sono estremamente potenti e dense di effetti sulla psiche, non sono affatto aspetti superficiali della rappresentazione della divinità, ma, al contrario, ne sono parte essenziale. E soprattutto diventano poi, di conseguenza, parte fondante del sistema di credenze.¹⁹⁴

Nel descrivere la cerimonia chiamata *Gazing-at-the-Sun dance* Alexander scrive questa riflessione “Probabilmente, in un senso più mistico, viene qui mostrato il dramma di ogni vita umana incarnata poiché più di una religione e filosofia, dagli antichi in avanti, ha descritto l'uomo come intrappolato nella carne, a soffrire e a resistere, e infine, grazie alla prodezza

190 Ivi, p. 111.

191 Ivi, p.205.

192 Ivi, p.157.

193 Le Breton, 2003, p.39.

194 Favazza, 2011 (1987), p. 9. Favazza qui parla soprattutto del tantrismo tibetano, del misticismo degli Indiani d'America e del Cristianesimo.

del suo spirito, a fuggire e a trionfare in una nuova e più spirituale visione. Sicuramente c'è qui una base comune tra gli elementi essenziali del pensiero indiano, neoplatonico o persino cristiano”¹⁹⁵.

Anche la religione cristiana vede il Cristo inchiodato alla croce, torturato, infilzato da una lancia. La lancia, come fa notare Favazza¹⁹⁶, nell'iconografia è tenuta da donne che rappresentano le virtù: “Poiché la salvezza dell'umanità era stata resa possibile da Cristo, era considerato virtuoso assistere Cristo torturandolo.” Anche il simbolismo dell'arte medievale – pensiamo a Bosch - vede in primo piano mutilazione e tortura, che sono le giuste punizioni divine per i peccati commessi dagli uomini. Gesù stesso salva l'umanità facendo scorrere il suo sangue.

I primi miti cosmogonici indoeuropei vedono, all'origine della creazione del mondo, lo smembramento del corpo di un essere primordiale. Il mondo è stato creato grazie al sacrificio di un essere primordiale che si è automutilato: “Il primo sacrificio dell'Essere Primordiale è stato l'origine del mondo e dalla sua mutilazione hanno preso forma la società e l'ordine sociale. Attraverso i millenni questo mito nelle sue varie elaborazioni è stato e continua ad essere riproposto in innumerevoli rituali religiosi. Con ogni rimessa in atto (*reenactement*) il mondo e l'ordine sociale sono ricreati. I partecipanti a questi rituali sperimentano la sofferenza e il terrore che vengono dal sacrificio e dalla mutilazione, ma sono ricompensati da sentimenti di sicurezza, conforto, benessere e ordine personale. [...] I loro corpi diventano un microcosmo del più vasto cosmo, e la spinta irresistibile all'autolesionismo diventa una inconscia rimessa in atto del mito cosmogonico nel quale il caos è allontanato e un nuovo ordine è stabilito”¹⁹⁷.

Cicli di creazione e distruzione sono presenti anche nei Veda. Per l'induismo “[I]l mondo ‘è solo cibo e il mangiatore di cibo’, un ciclo infinito

195 Alexander, 1967, p. 169.

196 Favazza, 2011 (1987), p. 11.

197 Favazza, 2011 (1987), p. 23.

di divorare ed essere divorato. Attraverso il sacrificio ci si identifica con questo ciclo di creazione e distruzione e si cerca di ottenere un certo grado di controllo su di esso.”¹⁹⁸

I marchi corporei tradizionali di società diverse, così come a maggior ragione - i tatuaggi occidentali, hanno significati molto distinti, ma è interessante come “membri di società così opposte si ritrovino ricorrendo alla pelle, al dolore e alla traccia per imprimere una metamorfosi personale”¹⁹⁹. Favazza, parlando dello sciamanesimo, scrive: “Gli sciamani permettono che i loro corpi siano dolorosamente smembrati e poi ricostruiti cosicché possano riemergere come persone più sagge e più sane. Gli sciamani hanno scoperto il valore terapeutico dell’autolesionismo. Non è possibile che qualche persona malata, di fronte alla sofferenza e alle avversità, abbia involontariamente fatto la stessa scoperta?”²⁰⁰ Rimane comunque ancora aperta una delle domande iniziali che ci eravamo posti: la società incide sulle strutture o sulla loro lettura? Sicuramente un buon punto di partenza per rispondere è quello di non mettere problemi psichici laddove c’è solo cultura.

Il problema, ancora molto oscuro, dell’autolesionismo, è proprio che non si tratta di un atto isolato, senza memoria, avulso dalla cultura. Esso sopraggiunge sul fondo della cultura, ben radicato nelle rappresentazioni arcaiche che abbiamo visto. Se da un punto di vista fenomenologico il corpo vissuto è lo schema della nostra propria relazione intenzionale al mondo, la relazione formale allo spazio-Mondo attraverso il corpo non è soltanto psichica, ma è fondata in tutta la profondità della cultura. I dati antropologici ed etnologici che abbiamo richiamato probabilmente agiscono oscuramente sull’immaginario della persona autolesionista.

198 Ivi, p. 28.

199 Le Breton, 2003, p.42.

200 Favazza, 2011 (1987), p. 25.

Come sottolineano Mario Rossi Monti e Alessandra d'Agostino²⁰¹, “[l]a ferita [...] è una caratteristica del ‘corpo psicopatologico’ ma è anche, allo stesso tempo, simbolo di un corpo sano attraverso il quale si esprimono alcuni aspetti della vita sociale”. Scrive Le Breton che “in situazione di grande sofferenza il corpo diventa una sorta di ultimo rifugio per non scomparire”²⁰², attraverso “incisioni, sbucciature, scarificazioni, bruciature, escoriazioni, lacerazioni”.

1.3.1.2. Breve storia delle modificazioni corporee

Sia nell'autolesionismo clinicamente inteso, che nelle modificazioni corporee “culturalmente approvate” scarificazioni e bruciature sarebbero un modo simbolico di prendere possesso del proprio corpo²⁰³, un tentativo di difendere la propria identità e di ristabilire i limiti corporei²⁰⁴, oppure di gestire da soli quei momenti di passaggio, che un tempo erano invece codificati dal gruppo di appartenenza. In molte società umane modificazioni del corpo vengono eseguite in occasione di nascita, adolescenza, matrimonio, filiazione, morte di un caro, anche se queste pratiche vanno ben al di là dei riti di passaggio.

Ci fa notare Le Breton²⁰⁵ che nelle società tradizionali il corpo lega l'uomo agli altri e al mondo, al *cosmòs*²⁰⁶. Nelle società occidentali invece, almeno dal

201 Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.48.

202 Le Breton, 2003, p.9.

203 Le Breton, 2002.

204 Jeanmet, 1995.

205 Le Breton, 2002, p.16.

206 Se abbiamo un corpo a immagine di un qualche Dio, come oseremmo cambiarlo? “[P]er il pensiero arcaico l'uomo è dunque fatto: non è lui a farsi da solo [...], questo significa che per diventare effettivamente uomini bisogna rassomigliare a un modello mitico” (Eliade, 1980, p.10). Il corpo, nelle società tradizionali, era precisamente ciò che *non* ci distingueva dagli altri.

Rinascimento in poi, il corpo porta con sé il fatto che l'uomo sia separato dagli altri, da sé stesso (dualismo uomo- corpo proprio) e dalla natura. La natura non è più cosmo, ma semplice ambiente. Il cammino di senso non è più tracciato davanti a sé e quindi il confrontarsi col mondo passa attraverso l'invenzione di una sorta di riti personali, intimi, nascosti, che prendono il posto di riti collettivi e pubblici.

Le Breton²⁰⁷ prosegue confrontando il tatuaggio nelle società tradizionali, che ripropone e ripete forme ancestrali, con i segni di identità contemporanei, che al contrario, hanno di mira prima di tutto l'individualizzazione e l'estetizzazione. Il mondo contemporaneo ha sradicato le antiche matrici di senso: non siamo più eredi di nessuno²⁰⁸. Se il marchio tradizionale è volontà di dissolvere la differenza personale, nelle nostre società occidentali contemporanee esso al contrario mette in primo piano l'individualità e la differenza. Taglia con gli altri e con il mondo, è luogo di libertà e pronuncia una distanza rispetto allo spazio comune²⁰⁹.

Le modificazioni corporee sono una delle prove più evidenti che non siamo consegnati alla biologia. I marchi corporei contemporanei sono numerosi. Cercheremo di elencare i più diffusi, con una breve descrizione.

Il più famoso è senza dubbio il tatuaggio che consiste nell'iniezione di materiale colorato nel derma. Anche il *piercing* è molto diffuso e altrettanto conosciuto: si tratta qui di bucare la pelle per immettervi un anello, un piccolo gioiello o una barretta di metallo. Quando il foro del piercing viene allargato per potervi inserire un oggetto più voluminoso, parliamo allora di *stretching*. Esiste poi la scarificazione, che è una cicatrice lavorata perché rimanga tale, e quindi come un segno in rilievo (oppure scavato) a cui si può eventualmente aggiungere inchiostro, affinché sia più visibile. Un tipo

207 Le Breton, 2002.

208 Ivi.

209 Ivi.

particolare di scarificazione è il *cutting*, generalmente eseguito con un taglierino e spesso riprodotto figure geometriche.

Il *branding* è un rilievo cicatriziale sulla pelle risultante dall'applicazione di un ferro rovente ed è molto affine alla scarificazione. Questa pratica deriva da quella del marchio a fuoco di schiavi o prigionieri, persone da "stigmatizzare" ed è stato riportato in voga da alcune comunità afroamericane che volevano dichiarare sulla loro carne di appartenere a sé stessi. Questo è un chiarissimo esempio di come la cultura e la storia si intreccino con l'estetica e col vissuto del corpo. Dall'appartenenza a sé stessi il branding passa anche ad avere il significato di prova di forza e resistenza fisica, come vedremo meglio più avanti.

Il *branding*, come le altre pratiche che qui stiamo descrivendo, sono in molti paesi effettuate senza anestetici, a causa delle leggi che prescrivono che questi ultimi si possono usare solo in strutture sanitarie autorizzate.

Anche il *burning* è in qualche modo affine al *branding* e consiste nell'imprimere sulla pelle una bruciatura, generalmente evidenziata da pigmenti colorati. Ricordiamo che sia il *burning*, che il *branding*, sono effettuati procurando delle ustioni di terzo grado e quindi il rischio di complicanze mediche è sempre presente.

Una pratica forse meno diffusa sono gli impianti sottocutanei, ovvero delle forme a rilievo - inserite sotto la pelle; si tratta in genere di pezzi di metallo, ma non manca chi si fa impiantare delle piccole ossa. Il *peeling*, infine, consiste nel togliere uno strato di pelle.

Secondo una interessante prospettiva etologica ed evolucionistica presentata da Morris²¹⁰, tutte le forme primitive di modificazione corporea sarebbero originate da condotte di pulizia personale elaborate poi per altri scopi. Morris porta ad esempio la rasatura e la foratura delle orecchie. Gli

210 Morris, 2002 (1967).

stessi animali in stato di cattività spesso si puliscono e leccano fino a procurarsi ferite. Secondo lo zoologo, analoghe condizioni di stress o noia avrebbero portato alcuni uomini a lesionare la superficie del loro corpo. Questa tendenza sarebbe stata poi sfruttata a fini estetici.

Le pratiche corporee di decorazione permanente che citavamo poc'anzi sono divenute un vero e proprio fenomeno culturale in Occidente negli anni Novanta, anche se la loro diffusione inizia nel XVIII secolo, durante le esplorazioni del Pacifico. Anche prima si apponevano segni sul corpo: pensiamo ad esempio agli schiavi. Il tatuaggio e in genere il marchio sul corpo rimanda infatti originariamente alla schiavitù, così pure il piercing rimanda all'anello che viene messo a certi animali per segnarne la proprietà e per meglio gestirli e richiama quindi indirettamente l'alienazione del corpo.

Come segnalano Drappo e Casonato²¹¹, i greci e i romani avevano un termine per definire le pratiche di marcatura del corpo, ed era il termine "stigma". Oggi il termine ha sempre il significato di marchio o macchia, ma con accezione negativa, di biasimo.

Presso i Traci e i Persiani il tatuaggio aveva uno scopo estetico ed indicava lo status familiare e sociale, costume che in Grecia era considerato primitivo ed arretrato. Questa pratica si diffonde in Grecia nel VI secolo, allo scopo di marciare i prigionieri di guerra. Il tatuaggio è quindi punitivo e infamante, segnando il passaggio da uomo libero a uomo schiavo.

Presso i primi cristiani invece, il significato del marchio corporeo muta, divenendo un simbolo di impegno spirituale e di affiliazione religiosa. Il tatuaggio, da segno di "dipendenza" da un altro uomo, diventa segno di "dipendenza" dalla divinità²¹². Inizia qui quella lunga tradizione della chiesa cattolica che ha ammirato e incoraggiato la mortificazione della corporeità e l'autolesione.

211 Drappo, Casonato, 2005.

212 Ivi.

Come dicevamo più sopra è però nell'incontro tra l'Europa e le culture del Pacifico che si registra una ripresa del tatuaggio, in sensi e declinazioni molto differenti. I primi a raggiungere le isole del Pacifico e a vedere gli indigeni tatuati sono stati i marinai, ed è proprio presso questa popolazione che il marchio sul corpo inizia a diventare tanto popolare da essere tratto distintivo. Naturalmente lo stile e il tipo di disegni mutano: da questo momento "il tatuaggio si diffonde tra la gente di mare con una tradizione iconografica autonoma fatta di iniziali, stemmi, bandiere, emblemi patriottici, cuori e crocifissi ben diversa dalle linee fluide e dai motivi astratti dei tatuaggi non europei incontrati durante i viaggi nel Nuovo Continente e nel Pacifico"²¹³.

I marinai strappano alcuni nativi delle isole del Pacifico, per portarli in Europa, dove servono al divertimento del pubblico. È la curiosità per il diverso (diverso e lontano e tenuto lontano) che si mette in moto. Nelle esibizioni si mettono in mostra questi corpi esotici e tatuati, mostruosi in quanto tatuati. Nella mentalità europea questa è anche una prova dell'inferiorità di questi popoli e infatti il corpo degli indigeni verrà poi accostato a quello del "deviante". Le manipolazioni corporee hanno via via più visibilità, in quanto emblema di "esotico", ma vengono allo stesso tempo sempre più tenute al margine della società. Come fanno notare Drappo e Casonato²¹⁴, "la cultura occidentale costruisce di fatto il suo apparato identitario intorno a uno zoccolo duro di rimozione della differenza". Come nel caso dei *freak shows* di fine ottocento, che abbiamo già citato, l'esposizione di questi nativi diventa "strument[o] di costruzione dell'alterità"²¹⁵. È in questo periodo che nasce la figura del "*self-made freak*", un professionista che manipola il proprio corpo attraverso tatuaggi e altri marchi corporei. Il soggetto si spettacolarizza e si autesibisce sulla scena "di

213 Marenko, 2002, p. 34.

214 Drappo, Casonato, 2005, p.33.

215 Ivi, p. 34.

un intero continente ancora alla ricerca di una sua stabile configurazione di sé”²¹⁶.

Altro punto di svolta fondamentale sono stati gli anni sessanta: “negli anni sessanta ebbero origine due movimenti che mettevano in primo piano il corpo e le sue metamorfosi: il movimento hippy, che proponeva una riappropriazione della sessualità; ma soprattutto la body art che considerava il corpo come vera e propria opera d’arte. Il termine body art nasce nel 1969”²¹⁷, ma anche in passato ci sono state rappresentazioni del corpo ferito. Un celebre “autoritratto ferito”²¹⁸ è il celebre dipinto in cui Van Gogh si riproduce privo di un orecchio.

Le modificazioni corporee volontarie nella nostra epoca attuale sono state completamente sdoganate e non si contano: dal body building alla chirurgia estetica, alla corsa al dimagrimento, il corpo è sempre, prepotentemente in primo piano.

1.3.2 Autolesionismo e categorie psicopatologiche

Comportamenti con finalità estetiche, ma che producono dolore (tatuaggi, scarificazioni, piercings in varie parti del corpo, etc.), auto-flagellazione per motivi religiosi, autolesionismo e automutilazione possono forse tutti essere compresi come metodi, che seguono una sorta di *escalation*, per usare il corpo come mezzo per comunicare o qualcosa di estetico oppure dolore e sofferenza. Ad esempio autolesionismo e automutilazione non sono certamente la stessa cosa, ma possono essere visti come un *continuum* invece che essere percepiti come categoricamente diversi. C’è, anche, è giusto ricordarlo ancora una volta, una vasta zona di confine tra “normalità” e

216 Marenko, 2002, p.3.

217 Pietropolli Charmet, Marcazzan, 2000, p.51.

218 Per approfondimenti si veda Ugolini, 2004.

devianza: generalmente un solo tatuaggio, magari piccolo e fatto da un professionista, non è considerabile come autolesionistico, ma cosa dire di quando i tatuaggi si moltiplicano sulla superficie del corpo, fino a sconvolgere la figura umana. Dove porre il limite in questo che sembra un paradosso del sorite?

Anche se tutti concordano che uno degli elementi centrali della definizione di autolesionismo è l'assenza di una volontà – almeno cosciente – di darsi la morte. Non c'è accordo su quali esattamente siano da includersi tra le condotte dell'autolesionismo in senso stretto. Ad esempio secondo Favazza non possono essere considerate tali le condotte che solo in modo indiretto procurano dei danni. In questo caso resterebbero escluse dal concetto di autolesionismo comportamenti che afferiscono all'area dei disturbi alimentari e della tossiodipendenza²¹⁹.

In questo lavoro, come abbiamo detto, noi ci occuperemo soprattutto dell'autolesionismo detto superficiale o moderato. Ricordiamo che queste condotte possono comprendere ad esempio il mangiarsi le unghie fino a scorticarsi le dita, il rompersi le ossa, il conficcarsi aghi, e anche l'interferire con la guarigione delle ferite. Come ci ricordano Rossi Monti e d'Agostino²²⁰, queste condotte compaiono di per sé in numerose patologie, sia in alcuni disturbi di personalità come il borderline, l'istrionico e l'antisociale), sia nel disturbo post-traumatico da stress, che nei disturbi dissociativi e dell'alimentazione. Ad ogni modo, il disturbo che più spesso viene diagnosticato nei pazienti con condotte autolesive è il disturbo *borderline* di personalità²²¹.

Quando l'autolesionismo si può circoscrivere ad alcuni isolati episodi, spesso esso viene considerato un sintomo di altri disturbi mentali, ma a volte questi comportamenti – lo abbiamo visto – tendono a ripetersi e a strutturarsi

219 Favazza, 1989.

220 Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

221 Herpertz, 1995.

nel tempo, generalmente iniziando in adolescenza. I comportamenti autolesivi possono essere sospesi per alcuni periodi (ad esempio, in età adulta, in concomitanza con una gravidanza o con una relazione sentimentale soddisfacente) e spesso si alternano ad altri comportamenti impulsivi, quali disordini alimentari, cleptomania, alcoolismo, abuso di sostanze²²². Questa commistione di comportamenti di autodanneggiamento è anzi la situazione più frequente.

Spesso poi “[i] pazienti che si feriscono ripetutamente diventano dipendenti dal gesto autolesivo e si identificano con esso al punto da sviluppare la loro identità intorno al gesto autolesivo stesso. Nascono così i *cutters* o i *burners*: persone che fanno del tagliarsi o del bruciarsi un elemento stabile del loro modo di essere”²²³.

Come sottolineano ancora Rossi Monti e d’Agostino²²⁴, la dimensione antropologica e psicopatologica che accomuna questi soggetti è la disregolazione affettiva²²⁵, ovvero “una condizione di alta vulnerabilità e ipersensibilità alle emozioni, legata soprattutto alla difficoltà di modularne l’espressione e il decorso”²²⁶.

Ci sono altre situazioni psicopatologiche, in cui l’autolesionismo è coinvolto, che vorrei citare per il loro indubbio interesse. La problematica delle patomimie ad esempio è stupefacente. La patomimia, come recita l’Enciclopedia Treccani²²⁷ è l’ “imitazione intenzionale dei sintomi di una malattia organica, e a volte anche mentale, allo scopo di essere considerato malato”. Questa simulazione è in genere cosciente, anche se sappiamo bene

222 Rossi Monti, d’Agostino, 2009.

223 Rossi Monti, d’Agostino, p.46. Esistono dei gruppi che si riuniscono intorno a questi comportamenti. In rete sono diffusi forum, frequentati prevalentemente da adolescenti, che condividono il loro disagio, formando così vere e proprie comunità o sottoculture.

224 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p.46.

225 Sanislow, Grilo, Morey, 2002.

226 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, P.46.

227 <http://www.treccani.it/enciclopedia/patomimia/>

che questo termine ha infinite sfumature e portare ad autoprovocarsi dei danni fisici.

Una condizione interessante di patomimia, per quanto rara, è quella della flebotomia²²⁸. Questi pazienti, che generalmente sono vicini, per professione, all'ambito medico, prelevano sangue dalle proprie vene e lo gettano, con l'obiettivo di provocarsi un'anemia. Per giungere a questo scopo possono anche arrivare a prendere anticoagulanti.

Una situazione, anch'essa rara, ma degna di nota in questa sede, è quella dell'acrotomofilia. Si tratta di un tipo molto particolare di feticismo, in cui una persona è eccitata dal moncherino di un'altra persona che ha subito una amputazione. La forma di feticismo che fa da specchio a questo che abbiamo appena descritto è l'apotemnofilia, dove il soggetto desidera diventare lui stesso amputato (e in casi estremi cerca di diventarlo, pregando addirittura i medici di tagliargli un arto). Esiste perfino una agenzia russa²²⁹ che si potrebbe considerare una sorta di "agenzia matrimoniale" che si occupa di far incontrare gli amputati con coloro che si autodefiniscono i loro "devoti".

Come abbiamo visto dai precedenti esempi, che abbiamo preso intenzionalmente da ambiti estremamente diversi, il gesto autolesivo è un comportamento non mai esattamente concettualizzabile perché può essere semplicemente l'azione finale portata avanti dalle cause e dai bisogni più vari.

Dal momento che esiste un continuum tra fenomeni fisiologici e fenomeni patologici, le divisioni nette diventano facilmente menzognere.

Come ci insegna Lorenzo Calvi, "[i]l normale ha il patologico dentro di sé, come sua possibile variazione eidetica, e il patologico aiuta a sua volta a comprendere la tacita e inconsapevole esperienza della 'normale' quotidianità media."²³⁰ Ma allora dov'è il confine? Per quanto riguarda gli

228 Chiamata anche sindrome di Lasthénie de Ferjol, o anemia volontaria, viene descritta per la prima volta nel 1967 dal dottor Jean Bernard.

229 Il suo nome è "Frantana".

230 Calvi, 2007, p.12.

elementi estremi la diagnosi è facile, ma nel mezzo no. Dove inizia la malattia e dove finisce la salute? Probabilmente dalla sproporzione, dalla sproporzione antropologica nasce la malattia, quando le richieste (del mondo) superano le risorse interne, come ci insegnano i grandi personaggi di Pirandello o di Kafka. Il discorso sulle risorse intere è anche un grande discorso contro la categoria dell'irrimediabilità, che vedrebbe azzerate o inutili queste stesse risorse.

La definizione di sanità del Centro Anton Proksch di Vienna, diretto dal Prof. Musalek è “un alto livello di vita gioiosa e di libertà. E allora dove situiamo la malattia? Nella Stranezza? Nella perdita di libertà? O nella perdita di una vita bella e gioiosa?

Decidere questo, nell'ambito che stiamo studiando, è difficile anche perché solo negli ultimi settant'anni gli psichiatri hanno rivolto la loro attenzione alle pratiche di manipolazione corporea patologiche.

Potremmo usare un punto di riferimento semplice: quando non si può scegliere si comincia a parlare di patologia. Come ci insegna Charbonneau, è anche “il bisogno di equilibrio interno [che] produce la genesi psicologica di un disturbo”²³¹. Sul piano antropologico nevrotico ad esempio, le nevrosi costituiscono una modalità di stabilizzazione della personalità avente la propria economia interna.

Ma veniamo più dettagliatamente alle categorie psicopatologiche in cui possiamo trovare l'autolesionismo, che sono soprattutto la psicosi, il ritardo mentale, l'autismo e i disturbi di personalità, soprattutto il disturbo borderline di personalità. Nonostante il focus del lavoro sia sulla compulsione autolesionista, dedicheremo alcune pagine ad ognuna di queste situazioni patologiche dove possiamo rinvenire le autolesioni, perché ognuna di esse ci aiuta a migliorare il nostro quadro di comprensione.

231 Charbonneau, 2010

Ricordiamo di nuovo come l'autolesionismo raramente sia un comportamento patologico isolato, ma si manifesti spesso, soprattutto nel caso del cutting, insieme ad altri comportamenti patologici che possono afferire a “disturbi di personalità borderline, istrionico e masochistico (quest'ultimo eliminato nel DSM- IV), disturbo di adattamento, disturbo post-traumatico da stress, disturbi del controllo degli impulsi, schizofrenia, disturbi del comportamento alimentare (anche nel binge eating disorder o BED)”²³².

1.3.2.1 L'automutilazione nella psicosi

Episodi di automutilazione, quali l'enucleazione di un occhio, l'asportare parti del corpo, o l'automutilazione dei genitali sono rarissimi.

Favazza²³³ affronta questa tematica collegando le pulsioni sessuali con quelle aggressive e in questo senso l'autocastrazione sarebbe la soluzione di un conflitto inconscio. Anche nel caso dell'autocastrazione ci troviamo a volte di fronte, per quanto paradossale possa essere, ad un'interpretazione letterale delle referenze bibliche. Omosessualità e autocastrazione potrebbero essere avvicinate grazie all'idea del sollievo dalla colpa.

Come leggiamo in Matteo 19:12: “e vi sono eunuchi che si sono fatti tali per il regno dei cieli”. Come scrive Favazza²³⁴, “[i]n una vita religiosa normale, la lotta con i diavoli può essere vinta attraverso la preghiera e i rituali di guarigione, ma il demone della psicosi chiede una tattica più radicale”. La tattica è quella dell'asportare da sé il male, dopo averlo “individuato” in un organo o in un arto. Lo psichiatra americano prosegue scrivendo che

²³² Drappo, Casonato, 2005.

²³³ Favazza, 2011 (1987).

²³⁴ Ivi, p. 98.

“l’enucleazione dell’occhio sembra verificarsi soprattutto nelle aree di cultura cristiana”²³⁵. E sorprendentemente il motivo più comunemente riportato è, anche in questo caso, proprio l’interpretazione letterale di un passo del Vangelo di Matteo, dove troviamo l’invito a toglierci l’occhio quando questo ha causato un’“offesa”.

Se l’enucleazione dell’occhio negli schizofrenici ha il senso di individuare in quella parte del corpo qualcosa di cui liberarsi, possiamo leggere il corpo della psicosi come un corpo di rottura (non certo solo simbolica!), di una rottura che non sottostà al linguaggio.

Con la psicosi siamo nel campo della rottura, della rottura col linguaggio convenzionale e con la comunità umana e infatti solo nei casi di schizofrenia o psicosi appunto il viso viene toccato, proprio quel viso che è centro di identità e di relazione.

La “rottura” della psicosi si esprime nella depersonalizzazione, che non è più qualcosa che ha a che fare con la carne: l’estremo psicotico della derealizzazione esita nella perdita della “meità” del sé. Si perde tutto, anche l’unità del corpo, che non è più un corpo mio, ma diventa un corpo oggetto. Individuare in una parte del corpo qualcosa di cui liberarsi è molto diverso dall’atto del tagliarsi del *cutter*.

La schizofrenia rimanda ad un disturbo del sé e del contatto interpersonale e il corpo stesso “prova” strane sensazioni cenestesiche, spesso appunto non riferibili ad un qualche sé. L’ipseità, come avevamo visto, è il sé basico, minimale, primordiale (*minimal* o *basic self*) la condizione della possibilità della soggettività in quanto tale, un sentimento abituale. Quando questo sentimento manca, la fessura tra sé e il mondo diventa sempre più grande e la persona sente sfuggire l’immersione immediata, spontanea e automatica.

235 Favazza, 2011 (1987), p. 98.

Vorrei concludere queste poche righe, con alcune frasi di Mario Rossi Monti, che ben delinea la differenza fondamentale tra l'automutilazione e l'autolesionismo. "La mutilazione, in particolare nel corso di schizofrenia, si associa all'idea di liberarsi di una parte del proprio corpo sentita come persecutoria. Nell'autolesionismo borderline il corpo invece viene utilizzato per dare forma ad uno stato mentale intollerabile. Non tanto liberandosi definitivamente di una parte del proprio corpo, quanto piuttosto utilizzandola come superficie sulla quale "scrivere" il proprio dolore."²³⁶

1.3.2.2 L'autolesionismo nell'autismo e nel ritardo mentale gravi

Com'è il rapporto al corpo nell'autismo? C'è forse una indifferenza al proprio corpo? L'immagine tipica del bambino autistico è quella di un bambino che si protegge le orecchie con le mani, come a difendersi da uno stimolo sensoriale uditivo troppo forte, mentre nello stesso tempo grida. È l'immagine dell'Urlo di Munch.

Nell'autismo il vuoto²³⁷ va inteso con un ossimoro: il vuoto è dato da un eccesso di mondo. Il soggetto è talmente pieno di mondo che non ha più libertà di movimento e si deve proteggere da questa "invasione". Secondo Leonardo Meneghetti, il reperimento del profilo autistico è un atto fenomenologico intuitivo dell'osservatore, che constata lo scacco dell'incontro.

L'autolesionismo "stereotipato" della persona affetta da autismo sarebbe un modo per mantenere il sentimento della continuità dell'esistenza²³⁸: servono delle sensazioni molto forti, come picchiare la testa, mordersi le

²³⁶ Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p. 43.

²³⁷ Frances Tustin scrive: "Secondo l'appropriata espressione di Bettelheim, essi hanno inventato una "fortezza vuota". È una "pazzia" – un lugubre "scherzo" – nascondere il crepacuore di un disinganno troppo violento". Tustin, 1991, p. 116.

²³⁸ Winnicott.

labbra, schiaffeggiarsi, affinché questa persona riprenda il controllo del suo involucro corporeo.

Frances Tustin²³⁹ si riferisce a questi comportamenti come alle “forme sensoriali autistiche”, spiegando che “[s]i tratta di spirali di sensazioni tattili che fluiscono attorno alle superfici del corpo in un modo confortevole e rassicurante. Le forme sensoriali autistiche hanno, infatti, una funzione sedativa ed evitano la consapevolezza dolorosa della separatezza corporea.” Tustin cita una persona autistica²⁴⁰, che spiega: “Ero sempre un poco al di fuori della vita e così erano importanti per me le cose che si possono toccare”

Sempre secondo Tustin, la vita dei bambini autistici si basa fondamentalmente su una strutturazione di sensazioni autoprodotte, che la psicoterapeuta ha chiamato anche oggetti autistici. Le forme sensoriali autistiche, o oggetti autistici, derivano da sensazioni tattili²⁴¹.

Un'altra studiosa dell'autismo, Bogdashina²⁴², è convinta che imparare come funziona la sensorialità di ogni singolo individuo con autismo sia la via per la comprensione del suo mondo e del suo sentire. Scrive Bogdashina che spesso le persone autistiche “descrivono le proprie autostimolazioni come meccanismi difensivi rispetto a iper o iposensibilità.”²⁴³ Quando si arriva al sovraccarico sensoriale, il mondo appare incomprensibile e confuso, il soggetto si arrende e si rifugia su un piano “piacevole, sicuro ed ipnotico di iperstimolazione”²⁴⁴. E ancora: “[s]enza trattamenti i bambini imparano a compensare e usano i sistemi e i metodi che hanno a disposizione, come

239 Tustin, 1991, p. 36.

240 Edith Sitwell.

241 Tustin, 1991, p. 45.

242 Bogdashina, 2011 (2003).

243 Bogdashina, 2011 (2003), p.64.

244 Ivi, p.71.

comportamenti stereotipati, autolesionismo, episodi di aggressività, accessi di collera e distacco”²⁴⁵.

Gli agiti autolesionistici cosiddetti stereotipati si accomunano alle stereotipie non autolesionistiche, come ad esempio il dondolarsi ritmicamente, nel fare da filtro e barriera contro stimolazioni esterne percepite come eccessive o addirittura insopportabili²⁴⁶: “il soggetto emette dei comportamenti che automaticamente gli producono sensazioni, presumibilmente piacevoli, di tipo cinestesico (dondolarsi, girare su se stesso), tattile (strofinare le mani su mobili lisci, rotolare tra le dita palline di carta, ecc.), olfattivo (annusare giornali o le mani), uditivo (giocare con la carta, sentire lo scricchiolio della plastica) e gustativo (leccare oggetti)”²⁴⁷.

Come sottolinea Ianes, questi comportamenti hanno una “funzione omeostatica, e cioè di autoregolazione del flusso di stimoli in entrata nel Sistema Nervoso Centrale”²⁴⁸.

Scrive Freud che “[l]’Io è prima di ogni altra cosa un Io-corpo” e che esso “è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo”²⁴⁹. In questo senso Tustin scrive che l’autismo è una “protezione autosensuale” e che “i bambini autistici, concentrandosi su talune delle loro sensazioni corporee fino ad escludere pressoché qualsiasi altra cosa, hanno costretto il proprio “asilo” e si sono rinchiusi nella loro “camicia di forza” dominata dalle sensazioni.”²⁵⁰ E questo perché “i bambini autistici danno perlopiù la sensazione di sentirsi fluttuanti

245 Ivi, p.154.

246 Ianes, 1992, p.24.

247 Ianes, 1992, p.24.

248 Ianes, 1992, p.25.

249 Freud, 1977 (1923), p.490.

250 Tustin, 1991 (1990), p. 26.

e senza peso.”²⁵¹ Ricordiamoci che perdere la sensazione di esistere è di gran lunga peggio che morire.

Sono le sensazioni fisiche che danno vita, per Tustin, alle forme sensoriali autistiche. E sono sensazioni fisiche molto basilari che riguardano funzioni primarie del corpo, come defecare, urinare, sentire la propria saliva.²⁵² Queste sensazioni sono una sorta di tranquillante e lenitivo che deriva direttamente dal corpo²⁵³.

La protezione autistica, quel guscio chiamato anche “fortezza”, che però non è vuota, deriva proprio dalla ripetizione di questi gesti indirizzati all’autosensorialità. Paradossalmente l’autosensorialità può essere la risposta rassicurante alla ipersensorializzazione. È utile ricordare che uno dei metodi di tortura fisica più utilizzati è il bombardamento percettivo, mentre la tortura psichica è il non lasciare spazio all’altro per elaborare la percezione. Il soggetto autistico deve proteggersi da questa tortura per mantenere integro il proprio nucleo ipseico.

È possibile che anche nel ritardo mentale grave il soggetto non sappia gestire le sensazioni che gli provengono dall’esterno o dall’interno, oppure che si trovi in uno stato di penosa deprivazione di stimoli e che quindi senta il bisogno di auto-crearsene, attraverso comportamenti quali l’autolesionismo, ma anche il tagliarsi i capelli da solo o tagliarsi e rovinarsi i vestiti. In ogni caso, il senso dell’autolesionismo sia nell’autismo che nel ritardo mentale è quello di ricreare un mondo o di gestire un mondo, di “sentire” il proprio io e di ricompattarsi. Se, come scrive Tustin, “la voce

251 Tustin, 1991 (1990), p. 34. Ritengo utile trascrivere come prosegue Tustin: “è possibile che, in uno stato di acuto terrore fisico, la sensazione psichica di esistere possa essere salvaguardata dall’impressione di essere separati dal corpo. Questo preserva l’essere e preserva contro la minaccia di non essere. Tutto ciò coincide con la scoperta di Winnicott che, nei bambini molto insicuri, la psiche e il soma sono illusoriamente scissi l’una dall’altro. Tuttavia, prima di essere in grado di fare ciò essi hanno dovuto assumersi la responsabilità della propria sensazione di esistere”.

252 Tustin, 1991 (1990), p.84.

253 Ivi, p. 85.

artificiale dell'ecolalico è una contraffazione della cosa reale"²⁵⁴, questa voce, questa sensazione che fluisce dalla bocca, è indispensabile alla costruzione di un mondo. Un mondo che altrimenti è deserto e insignificante come una terra desolata.

“Scendi più giù, scendi soltanto
nel mondo della perpetua solitudine,
mondo non mondo, ma ciò che non è mondo,
buio interiore, privazione
e spoliamento di ogni proprietà,
disseccamento del mondo del senso,
evacuazione del mondo della fantasia,
inattività del mondo dello spirito...”²⁵⁵

1.3.2.3 L'autolesionismo nei disturbi di personalità

Vorrei spendere due parole in generale sul fenomeno dell'autolesionismo nelle personalità psicopatologiche non psicotiche, anche se sul *borderline* in particolare²⁵⁶ ci sarà un paragrafo dedicato più avanti.

In queste personalità, le nevrosi stabilizzano la psiche, che raggiunge quindi una propria economia interna. Come sostiene Charbonneau, la personalità patologica è piuttosto un “disordine”, un “disturbo”, che una malattia. E infatti il loro ambito di esperienza è solo molto parzialmente la malattia mentale, mentre lo è di più l'ambito delle dipendenze, del disadattamento e della violenza psicosociale. Per quanto riguarda i disturbi di personalità, Charbonneau insiste molto su un difetto di apprensione,

254 Tustin, 1991 (1990), p.116.

255 T. S. Eliot, *Quattro quartetti*

256 E sullo specifico rapporto al corpo di alcune personalità patologiche.

rappresentazione, adeguamento, investimento o compimento delle identità di ruolo²⁵⁷.

Ciò che è soprattutto da sottolineare è l'impossibilità alla vera depressione²⁵⁸ e anche all'ansia o all'angoscia. Al posto della depressione e dell'ansia, abbiamo comportamenti a rischio, autolesionismo, acting out di vario genere, vissuto di noia (che può portare poi alle dipendenze). Come ci ricorda Charbonneau, il lamento della noia è molto diverso dal lamento depressivo. Nel lamento della noia attendiamo qualcosa che non arriva e il rischio è quello di cadere nel circolo viziosa tra atonia e re-eccitamento e quindi nella predisposizione alle dipendenze. Le dipendenze, in questo specifico caso, sarebbero la necessità di riattivarsi, di stimolarsi, un "bisogno di rilancio esistenziale"²⁵⁹. In queste personalità patologiche troviamo poi l'impulsività e le cosiddette paradedpressioni, o le depressioni da frustrazione, anoressia, bulimia, possibilità di violenze.

Vorrei chiudere questa parte, dedicata ad un quadro generale del problema, con questa riflessione di Zila e Kiselica²⁶⁰: "In che misura condotte come il blood letting (ovvero lo stare a guardare il proprio sangue che sgorga da una ferita) tipiche di molti pazienti borderline, riflettono e integrano i significati di purificazione ed espiazione che da sempre simili condotte hanno avuto nella storia dell'umanità?"

257 Charbonneau, Tagliatela, 2012.

258 Di Piazza, 2010.

259 L'espressione è di Georges Charbonneau.

260 Zila, Kiselica, 2001, citato in Rossi Monti, d'Agostino, 2009

Parte 2: Il corpo: il “perno del mondo”

*Scriverò le poesie della materia,
credo che siano le più spirituali.*

Walt Whitman

Il progetto originario dell'analisi esistenziale di Binswanger, la sua fenomenologia, ha come obiettivo lo studiare ciò che è l'inconscio di Freud, ma "in maniera positiva", studiando cioè la corporeità. Capiremo meglio questa indicazione del grande psicopatologo tedesco, dopo aver esplorato il concetto di corpo.

La corporeità è la nostra sfera di appartenenza più primordiale²⁶¹: il mio corpo, come diceva Merleau-Ponty, è il perno del mondo. Esso è qualcosa sempre a portata di mano e sul quale si ha sovranità assoluta. Esiste infatti una geografia che divide il dentro dal fuori del corpo. Esso è il mio spazio libero e, come non esiste contraddizione per l'inconscio (così come Freud c'insegna), così non esiste per il corpo²⁶²: scrive Bataille²⁶³ che la carne che è in noi è un eccesso e si "oppone alla legge della decenza".

L'antropologia, ce lo ricorda Le Breton²⁶⁴, è la struttura simbolica della corporeità umana, perché "la realtà del corpo è di ordine simbolico"²⁶⁵, tanto che il sociologo francese parla di una "fisiosemantica"²⁶⁶. È anche per questo che Simmel e Mauss hanno pensato al corpo come ad un oggetto imprescindibile per un'analisi antropologica e sociologica.

Secondo Husserl, il corpo è il punto zero (il *null Punkt*) e il soggetto quindi non può fare astrazione dal corpo, in quanto centro del suo mondo²⁶⁷. E attraverso il corpo l'esperienza del sentire si situa comunque sempre prima

261 Gennart, 2011, p.13.

262 Borel, 1992.

263 Bataille, 1967.

264 Le Breton, 2006.

265 Ivi, p.63.

266 Ivi, p.65.

267 Merleau-Ponty.

dell'esperienza del pensare. Il nostro rapporto con la realtà è immediato e antepredicativo²⁶⁸. Nonostante la condizione umana sia corporea, il rapporto all'incarnazione non è mai del tutto risolto²⁶⁹, forse proprio per il fatto che il corpo non è un'astrazione (come può essere invece lo “spirito”) e rappresenta lo zoccolo duro con cui quotidianamente confrontarsi. essere corpo.

Come ricorda sempre Le Breton, e come vedremo meglio più avanti, il corpo è sia un essere di natura che di cultura ed è proprio questo che dà la possibilità al soggetto di ergersi al di là della naturalità del corpo. Il corpo, in tutta la storia dell'umanità, non è mai stato “lasciato essere”, ma su di esso si è agito continuamente²⁷⁰. Avere un corpo non “va da sé” e l'esperienza che un essere umano può fare della sua corporeità può non essere né naturale né semplice.

Per Maurice Merleau-Ponty “il proprio corpo è nel mondo come il cuore nell'organismo [...] è la trama di tutti gli oggetti”²⁷¹.

Il corpo vissuto di Merleau-Ponty è un corpo tangibile e toccato, è un corpo “riflessivo”, come nel celebre passo della mano che è toccata e toccante allo stesso tempo. Siamo di fronte all'enigma del “toccarsi”, dove vi è identità di toccato e toccante e purtuttavia possiamo chiederci qual è la parte che tocca e quale è invece la parte toccata.

Il “toccante-toccato” è apporto sensoriale per sentire il nostro corpo, è esperienza di esso come possesso di uno schema corporeo. Ogni gesto mi rende presente al mio corpo, perché io *sono* quel corpo, quel corpo che è fonte di piacere, che rassicura e conforta il mio sentimento di essere me stesso, che è una valvola di scarico di processi autocalmanti e regolatori di

268 Merleau-Ponty.

269 Le Breton, 2003.

270 Abbiamo già fatto vari esempi: piercing, tatuaggi, anoressia, autolesionismo.

271 Jover, 2010.

attenzione²⁷². È un corpo che possiamo “narcisizzare” e che ci “ri-narcisizza”²⁷³ attraverso il piacere, ma anche attraverso il dolore²⁷⁴. Il movimento, l’intersoggettività, l’essere al mondo, l’intenzionalità passano dal corpo, e l’intenzionalità motrice modifica il rapporto al mondo e all’esistenza. Le sensazioni sono necessarie al mantenimento dell’equilibrio omeostatico: le sensazioni significano.

Il corpo abita lo spazio²⁷⁵ e quando questo non riesce pienamente e l’uomo perde la libertà di aprirsi al mondo abbiamo, secondo Jonckheere²⁷⁶, i fenomeni psicosomatici: “Una melodia vitale così soffocata non risuonerà più, come d’abitudine, attraverso la sfera corporea per andare verso gli oggetti del mondo. Essa al contrario sprofonda nella corporeità”. Come ci rammenta sempre Jonckheere, la somatizzazione, per Médard Boss, “è l’esistenza continuata con altri mezzi”²⁷⁷.

Secondo Binswanger²⁷⁸, quando ci troviamo di fronte ad un paziente bisogna domandarsi prima di ogni altra cosa come questi sperimenti e viva il suo corpo. Binswanger non si riferisce a singole percezioni riferite a singoli organi, ma all’insieme dell’essere-nel-corpo. Perché non si tratta di “possedere” dall’esterno un corpo, ma di viverlo e di esserlo. Allo stesso modo al medico non basterà sapere come è fatto un corpo per entrare in sintonia con le sensazioni del suo paziente.

272 Ricordiamo il senso delle stereotipie, come sensazioni auto-procurate.

273 Freud.

274 Farsi male è in realtà molto vicino a farsi bene.

275 Jürg Zutt (Citato in Martinott, 2009, p. 58) scrive “*Das Ich ist weltlich, die Welt ist ichaftig.*» che è un’espressione difficilmente traducibile che rimanda comunque allo strettissimo intreccio io-mondo.

276 Jonckheere, 2009b, p.89.

277 Ivi, p.89.

278 Binswanger, 1989 (1922).

Il sintomo è il corpo che parla, il corpo che ha incorporato la struttura del linguaggio²⁷⁹. Calvi²⁸⁰ porta l'esempio dell'artista che vive in comunione con la materia: "Io penso in marmo", diceva Auguste Rodin.

Nel nostro studio sull'autolesionismo ci concentreremo soprattutto con quella parte del corpo che è la pelle. Secondo Bessoles²⁸¹ la pelle è il luogo privilegiato dell'espressione somatoforme del trauma. È attraverso la pelle infatti che si costruisce e si forma l'involucro psicocorporeo. Se l'io è un io-pelle, l'involucro dà contenimento e consistenza, dà la prospettiva di superficie e profondità, dà i propri confini, con la netta distinzione tra io e non io. Ecco che il sangue e le cicatrici assumono un loro preciso, profondo senso. Il sangue e la vista del sangue significheranno semplicemente vita.

2.1 *Koerper* e *Leib*: oggettivazione e soggettivazione

Nella fenomenologia abbiamo tre modalità ontologiche di esperire il corpo: *Leib*, *Koerper* e corpo-per-l'Altro. Nella lingua tedesca già abbiamo due parole per dire "corpo": *Leib* e *Koerper*. Queste due espressioni sono state distinte chiaramente per la prima volta da Husserl, nei suoi scritti di inizio '900. A questo proposito riporto alcune righe di Stanghellini nel *Dizionario storico di psicologia*²⁸²:

"Nei primi anni del Novecento, un nuovo schema concettuale si affianca all'antica dicotomia tra corpo e spirito. Si tratta della distinzione tra *Leib* e *Koerper* - tra corpo-che-sono, o corpo-vissuto, e corpo-che-ho, o corpo-oggetto. Husserl (1912-1915) usò per la prima volta nel 1907 nelle sue lezioni

279 Allo stesso modo "[l]a parola distaccata dal corpo e dalla sua storia non esiste. Non esiste la parola scritta; leggendo, la riconduciamo alla sua originaria incarnazione [...]. La parola disincarnata, se fosse possibile, non avrebbe senso". Paci, 1961. p. 23.

280 Calvi, 2007, p.87.

281 Bessoles, 2008.

282 Stanghellini in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

questa distinzione, presto ripresa dai suoi allievi M. Scheler e E. Stein (Behnke 1997). Leib viene generalmente tradotto con “corpo vissuto” e si riferisce al corpo in quanto evidenza esperienziale, o corpo-soggetto, contrapposto a *Koerper* che è il corpo-oggetto. Il Leib è vissuto in prima persona nell'immediatezza pre-riflessiva, il *Koerper* è il corpo in terza persona, oggetto esterno di riflessione e di conoscenza. Il corpo vissuto sarà preso dalla fenomenologia a fondamento della riflessione su temi filosofici fondamentali quali la coscienza di sé e l'intersoggettività.”

Vediamo quindi come la prima traduzione del concetto di *Leib*²⁸³ sia “corpo vivente e vissuto”. *Leib* e *Koerper* coesistono e convivono nella stessa persona, non c'è differenza di valore tra l'uno e l'altro. Nella sua concettualizzazione il *Leib* è il corpo sperimentato da dentro, in prospettiva di prima persona. Stiamo qui parlando naturalmente di esperienza e quindi di immediatezza e non di percezione che invece è secondaria. Affinché esista una percezione ci deve essere distinzione tra soggetto percipiente ed oggetto percepito, ma nell'immediatezza dell'esperienza io normalmente non mi distingo dal mio corpo. Quando inizio a pensarci inizio anche a distaccarmi dal *Leib* come corpo vissuto e ad avvicinarmi alla polarità del corpo oggettivato.

Anche in francese abbiamo due parole diverse che si usano in questo ambito. Merleau-Ponty, per indicare il Leib, usa il termine “*chaire*” che indica la carne, ma non quella che si mangia, la carne morta, che invece, nella lingua francese, è la *viande*: la *chaire* è la carne vivente.

È difficile parlare del *Leib*, perché lo fa scomparire: se parlo del *Leib* lo oggettualizzo e diventa un *Koerper*. Per poterne parlare devo mantenere un ricordo di com'era prima del movimento riflessivo. Il *Leib* è un corpo vivente, abbiamo detto, un corpo vissuto, animato, vitale, emozionato, sperimentato da dentro; è un corpo con una precisa intenzionalità, un corpo implicito. Si

²⁸³ Leib viene da ‚lip‘ e si riferisce ai sopravvissuti sul campo di battaglia. ‚lip‘ è sempre collegato alla vita, così come il Leib può essere solo collegato alla vita.

tratta dell'appercezione cenestesica, la prima conoscenza di sé immediata, pre-riflessiva e pre-linguistica. Il Leib è il corpo che vive, che sperimentiamo a partire da dentro e che include quindi qualcosa di più della materia del corpo: è un corpo ispirato, è un sé incarnato.

Il *koerper* invece è un corpo esplicito²⁸⁴, pornografico, un corpo oggetto e non soggetto. Il *Korper* è oggettivato quando si dà come esplicito oggetto di percezione da parte di qualcuno, oppure come oggetto di ispezione tematica, come avviene nelle scienze naturali, in fisiologia, in medicina, nell'anatomia, etc. Ci chiederemo più avanti se le pratiche di modifica del corpo (es. *piercing*) si riferiscono più al *Koerper* o al *Leib*, perché in questo senso esse vivono nel paradosso, agendo sul *Koerper* il quale però è simulacro della propria identità.

Fino a che non rifletto sul mio corpo, io sono un corpo. Quando ci penso, il corpo soggetto diventa corpo oggetto. Il corpo vissuto diventa un corpo oggettivo fisico quando diventiamo consapevoli di esso in modo disturbante, quando l'implicito diventa esplicito, come ad esempio nella malattia²⁸⁵. Io non ho normalmente coscienza del mio stomaco, finché questo non mi fa male e si palesa percettivamente a me attraverso il dolore. Come dice Fuchs, ogni qual volta il nostro movimento ci viene impedito, percepiamo il corpo come *Korper* invece che come *Leib*. *Koerper* è sia quando il mio corpo diventa un oggetto per me che quando lo diventa per gli altri. Quando il *Leib* diventa un oggetto sotto lo sguardo dell'altro entriamo nell'ambito dei disturbi del comportamento alimentare. Il *Koerper* allora diviene esplicito oggetto di percezione da parte di qualcuno: l'identità è oggettualizzata. La corporeità è sempre intrecciata con l'ipseità, in un concetto non riflessivo, non propositivo. Fuchs parla di “*embodied self*”, ma potremmo anche usare il

284 Mentre il Leib è un corpo implicito, secondo le riflessioni di Thomas Fuchs.

285 Il tema di endogeno-esogeno si sviluppa in continuità con quello di *Koerper-Leib*.

termine di “corporeality”. In ogni caso c'è sempre interazione tra *Koerper* e *Leib*.

Già Heidegger, nei seminari con Boss fa riflettere i medici su ciò che è la malattia, invitandoli a dimenticare la falsa dicotomia tra psichismo e corpo. Secondo lo stesso Jaspers il soggetto che ci sta di fronte è l'individuo nel suo intero, a volte nell'intero della sua malattia, e l'anima (l'essere nel mondo) non è uno stato finale ma un divenire; è crescita e sviluppo. Quando studiamo l'uomo nel suo mondo, non studiamo solo la mente o alcune parti del corpo ma tutto l'individuo, allo stesso modo in cui il comportamento è funzione dell'individuo nel suo complesso. Abbiamo di fronte un essere umano e non solo un corpo o solo un'anima.

Facendo un passo indietro nella storia di questo dualismo, vediamo che la storia del corpo umano inizia con la distinzione tra corpo umano e corpo animale e potremmo dire che il corpo umano è iniziato con l'invenzione dell'anima, risalente ai greci.

Il mondo greco più antico aveva una visione unitaria dell'uomo e non disponeva di un concetto di anima come entità autonoma²⁸⁶. Il dualismo classico anima-corpo, sviluppatosi nei secoli successivi, diventa ai nostri giorni un nuovo dualismo tra l'uomo e il suo corpo²⁸⁷.

Nella storia vi sono state tante concezioni di anima e di corpo, e spesso più è importante l'anima meno lo è il corpo. Ciò significa che l'anima viene vista come controparte del corpo, e viceversa. Abbiamo un pensiero scisso: il mondo dell'anima o del *logos* versus quello del corpo. Questi due mondi, certo, interagiscono, ma sono indipendenti. Basti qui ricordare le immagini del carro trainato da due cavalli o dell'anima prigioniera del corpo. Descartes ha poi distinto la *res cogitans* dalla *res extensa* e la *res cogitans* è diventata la mente. Abbiamo poi introdotto il concetto di spirito, che non è l'anima, ma è

286 Per una indagine approfondita di questo problema, cfr. Galimberti, 1997 (1987).

287 Le Breton.

qualcosa di teorico e intangibile. Questi concetti naturalmente influenzano anche il concetto di corpo perché il corpo è semplicemente quel che resta²⁸⁸.

Per larga parte della storia dell'Occidente “[v]iene affermato il primato etico dello spirito sul corpo (in particolare sui suoi impulsi). Di pari passo, viene attestato il primato ontologico, nell'uomo, di spirito e ragione su corpo e istinti: sono i primi, e non i secondi, a costituire l'essenza dell'umano.”²⁸⁹ Sono verso la fine dell'Ottocento il corpo e i suoi impulsi vengono messi in primo piano. “Nel Concetto dell'angoscia, Kierkegaard (1844) dà inizio a questo ribaltamento evidenziando che la condizione umana è in bilico tra esistenza corporea e spirituale.”²⁹⁰ Se Kierkegaard vede l'uomo dibattersi nel dilemma della scelta tra corpo e spirito, Nietzsche, dopo Schopenhauer, è il primo vero filosofo del corpo. Nasce una nuova antropologia che vede l'esistenza guidata o comunque influenzata dalle pulsioni. Di questa antropologia Freud sarà piena espressione²⁹¹.

È con il concetto di *Leib* che iniziamo ad andare oltre questa che rimane comunque una dicotomia. Se il *Koerper* può essere decorato, ornato, modificato, manipolato (come tanto succede in questa nostra epoca), il *Leib* non può esserlo. Il *Leib* non dipende dall'età mentre il *Koerper* dipende invece dall'età. Il *Koerper* può essere modificato anche con gli abiti e questo ha a che fare con il ruolo che noi di volta in volta rivestiamo nella società.

Il corpo umano oggi può essere cambiato artificialmente, ma il *Leib* non può cambiare così facilmente e questo è uno dei problemi: chi cambia il proprio corpo, chi si sottopone a interventi di chirurgia plastica spesso pensa di cambiare nel *Leib* e invece cambia solo nel *Koerper*. Il corpo, come scrive Le Breton, è ormai una costruzione personale, un oggetto manipolabile

288 Quando non ci sono addirittura tre mondi: mente e corpo e aspetti sociali.

289 Stanghellini, in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

290 Ivi.

291 Ivi.

attraverso molte pratiche (*body-building*, regimi alimentari, cosmetici, steroidi e assunzione di prodotti vari, ginnastica di ogni tipo, marchi corporei, chirurgia estetica, transessualismo, *body art*) in quello che il sociologo francese chiama “bricolage”. È sempre Le Breton che sottolinea come il corpo ormai non incarni più il destino della persona: non ci si accontenta semplicemente del corpo in cui ci si trova. Il *Koerper* deve diventare un simbolo della nostra identità e diventare sempre più simile a noi.

Continuando nel nostro esame del rapporto tra *Koerper* e *Leib*, vediamo che mentre il *Koerper* è divisibile, il *Leib* non lo è. Si possono individuare parti del *Koerper* (superficiali o profonde) ma non parti del *Leib*, perché esiste uno e un solo *Leib*.

Essere un corpo, *Leib-sein*, è quello che chiamiamo *Leiblichkeit*: è un processo, non una cosa-oggetto che si può manipolare, uno stato, una concezione olistica del nostro essere. Il *Koerper* finisce alla pelle, mentre il *Leib* va ben oltre, tanto da far parlare di “corpo espanso”²⁹², che può comprendere anche il posto in cui si vive anni o il bastone di un cieco. In questi esempi, lasciare la casa o perdere il bastone significa perdere il *Leib*.

Il corpo può essere esposto come *Koerper* o come *Leib*²⁹³, perché l'intimità non è solo corporea, e una persona può andare oltre anche senza superare il confine del proprio corpo. Ci si può insomma “mettere a nudo” anche rimanendo perfettamente vestiti.

Koerper e *Leib* oscillano anche tra dati naturali e dati che sono parte della narrazione, tra *factum* e *donatum*, dove il *donatum* è quello che la natura ci ha dato, mentre il *factum* è il costruito umano. Nel corpo sono presenti entrambi questi aspetti: c'è sempre una base naturale e c'è sempre una contaminazione culturale, anche se si può essere spostati più da un lato o più dall'altro.

292 Bernegger, 2007.

293 I francesi hanno l'espressione: avere “la chair à vif”, ovvero essere senza pelle, “scorticati” dalla sensibilità.

Abbiamo visto come ci sia ambiguità fra *Koerper* e *Leib*, due concetti che sfumano continuamente l'uno nell'altro: non esiste *Koerper* puro che non sia quello del cadavere, come non esiste *Leib* che non sia anche un po' fattuale. *Leib* e *Koerper* si situano in un *continuum* che vede da un lato la parte attiva e dall'altro quella passiva. Ciò che fa la differenza tra la passività e l'attività è probabilmente la connotazione intenzionale. Laddove c'è intenzionalità non c'è più *Koerper*. Intenzionalità è soprattutto autonomia, movimento²⁹⁴, possibilità. Identità e corpo sono fusi nel sé incarnato: questo è il “senso dei sensi”²⁹⁵.

La fatticità è il suolo basale dell'oggettualità dei corpi e rimanda direttamente alla corporeità psichica, ovvero alla presenza psichica sviluppata in un modo corporeo: al di là del *Koerper* nella sua materialità fisica, che non ha parola, dovremo occuparci di come una persona si situa²⁹⁶ nel suo corpo vissuto.

Quando l'umano ha un corpo significa che non lo è: l'essere è dal lato del soggetto, l'avere²⁹⁷ dal lato del corpo, mentre una carne che coincide con sé stessa è l'espressione primitiva di essere un sé, è la realtà del corpo e nel corpo. È il nostro corpo proprio che è realtà e che, proprio in questa fatticità, ci mostra i nostri limiti. Ricordiamo che l'io presso i bambini è prima di tutto un io somatico e la loro esplorazione della realtà che li circonda è anche una esplorazione dell'io attraverso il non-io. Ritorneremo su questi concetti quando parleremo delle condotte a rischio.

Scriva Sini: “L'intreccio costitutivamente ambiguo della corporeità medesima, sulla cui soglia il proprio e l'estraneo, l'interiorità e il mondo, l'espressione comunicativa e l'incomunicabilità patologica continuamente si

294 Merleau-Ponty.

295 Straus, 2000 (1935).

296 In francese esiste l'espressione “être bien dans sa peau”, ovvero sentirsi bene dentro la propria pelle.

297 Per fare una fenomenologia del mio Leib devo oggettualizzarlo.

confrontano e si confondono, si richiamano e si escludono, si evocano e si respingono”²⁹⁸. Col corpo incontriamo gli altri, ci esprimiamo, nasciamo e muoriamo, agiamo sul mondo e nel mondo. Il corpo è mezzo e frontiera e in questo sta la sua paradossalità. Il corpo vive nella storia, con un prima e un dopo, nello spazio, con un dentro e un fuori. Partecipa e si “incarna” nell’identità del soggetto, ma ne rappresenta anche, al tempo stesso, una alterità. Quell’alterità che ci spaventa, ad esempio quando ci ammaliamo o invecchiamo, e che fa vacillare quel precario, fragile equilibrio tra essere un corpo, avere un corpo e abitare come straniero in un corpo²⁹⁹. In questo senso il rapporto di appropriazione che abbiamo con la nostra corporeità non è mai immediato, né mai stabile e definitivamente acquisito³⁰⁰, anche perché il corpo vissuto è necessariamente in rapporto con una imprevedibile alterità, l’alterità fuori di noi e l’alterità dentro di noi.

Una filosofia dell’incarnazione esplora il corpo in quanto vivo³⁰¹, la relazione corpo mondo, che è contatto vitale con il mondo, l’essere, il vivere, il soffrire, l’essere immersi in un *Umwelt*, l’esser-ci nel mondo, il sentire e il pensare, perché, come ci ricorda Charbonneau, “l’incarnazione non riguarda solo la carne”³⁰².

298 Prefazione di Sini a Calvi, 2007, p.11.

299 Le Breton, 2003.

300 Un esempio interessante di quando l’equilibrio tra essere, avere, abitare un corpo è lo scollamento percettivo delle dismorfofobie. Come nota Martinotti (Martinotti, 2009, p. 155), il termine dismorfofobia viene usato per la prima volta da Morselli nel 1891.

301 Su questo rimando ai testi di Umberto Galimberti, in particolare all’analisi sull’anima omerica. Galimberti, 1979, p.72. Nell’Odissea il “veridico vate” solo dopo aver “bevuto il negro sangue” può riprendere a parlare. Perché i mortali “se scendon sotterra [...] nervi più non hanno che reggon l’ossa e le carni”.

302 Charbonneau, 2010, p.106.

2.2 Sono ciò che sento: sensazione, emozione, percezione

Emozione deriva dal latino “*ex movere*”: l’emozione è il fenomeno a partire dal quale non ci muoviamo. Le emozioni sono reazioni acute aspecifiche a stimoli ambientali. Esitano in una espressività preformata, sono difficili da controllare, da simulare e da dissimulare e sono condivise da tutti i vertebrati. Le emozioni sono un dispositivo radicato nel nostro corpo vissuto e “[i]l corpo vissuto è immerso in una stretta relazione dialettica con la psiche. Vive di più realtà: c’è il corpo dei bisogni con le sue esigenze elementari (bere, mangiare, ecc). Ma anche il corpo del desiderio, con i suoi fantasmi; e soprattutto c’è il corpo del simbolo. Quest’ultimo è il corpo della relazione con l’altro, della mediazione, dei significati; il corpo come viene percepito dall’esterno, radicato nel valore che gli si attribuisce”³⁰³.

Le emozioni ci prescrivono e ci spingono verso un movimento. Le emozioni mi muovono, sono il “concetto guida”: secondo Merleau-Ponty esse sono quel vertice che temporalizza e spazializza, ciò a partire da cui si costituisce il nostro mondo. Emozioni e corpo sono indissolubilmente legati: Per l’artista Gina Pane ad esempio il corpo “non è solo strumento d’azione ma contribuisce alla vita della coscienza e della memoria in un parallelismo psicofisico di processi che prendono significato e rilievo solo nella loro connessione”³⁰⁴.

Se le emozioni ci muovono, il congelamento emotivo è l’incapacità di essere mossi dalle emozioni. L’inconsistenza delle mie emozioni compromette il mio rapporto a me stesso, al corpo, agli altri. Interessante è, a questo proposito, il fenomeno della anosognosia, che consiste nella “incapacità di riconoscere la malattia su di sé”³⁰⁵. Come sottolinea Calvi, “[l]a

303 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p.70.

304 Vergine, 2000, p.22

305 Calvi, 2007, p.107.

mancanza di aggiornamento diretto sulla condizione reale dell'organismo e della persona non si può definire in altro modo che stupefacente”³⁰⁶. È incredibile soprattutto perché “al sistema somatosensitivo fanno capo sia le sensazioni esterne di tatto, temperatura, dolore, sia quelle interne di posizione delle articolazioni stato dei visceri, dolore”³⁰⁷.

La cosa ha sempre una sua irriducibilità alla parola: il vedere, il sentire, il toccare sono i tre canali del rapporto con la realtà che dividiamo con gli animali. Già Aristotele, nell'*Ethica Nichomachea*³⁰⁸, scrive: “Percepire che stiamo percependo è percepire che esistiamo”. L’informazione sensoriale forma l’io, quell’io-corpo-mondo di cui parla Straus³⁰⁹. Il corpo è un oggetto esterno, ma il modo in cui lo sperimentiamo è diverso da ogni altro oggetto esterno, come ad esempio un tavolo o una sedia.

L’autostimolazione serve al proposito di sentire il proprio corpo. Abbiamo bisogno di sentire il nostro corpo e quindi abbiamo bisogno di una stimolazione³¹⁰ per continuare ad esistere³¹¹.

Abbiamo parlato nel paragrafo 1.3.2.1 delle auto-stimolazioni delle persone autistiche. Questi comportamenti discendono direttamente da come vive il corpo la persona con autismo, un corpo che “non c’è”, nel senso che manca la costruzione del corpo. Ci si “aggrappa” alle sensazioni per “tenersi”, anche se le sensazioni sono dolorose. Meglio il dolore della insopportabile sensazione di essere “sparsi”.

306 Ivi.

307 Ivi.

308 Aristotele, *Etica Nicomachea*, 1170 a.

309 Straus, nella sua indagine sull’estesiologia ne Il senso dei sensi, si sforza di chiarire l’esperienza primaria che abbiamo della nostra esistenza corporea.

310 Vorrei solo ricordare come tutti i farmaci riducano il livello di sensazione, a parte le anfetamine.

311 Possiamo, a questo proposito, trovare interessanti gli studi sull’autolesionismo in animali in stato di cattività e quindi particolarmente deprivati sensorialmente.

Osservando individui con autismo capita spesso di vedere una scena di questo tipo: la persona sente un suono e immediatamente, come reazione, chiude gli occhi³¹². Questo è il fenomeno, paradossale, della sinestesia. I nostri sensi non sono completamente separati gli uni dagli altri, possono “mescolarsi” e quindi, in una forma leggera, questo fenomeno può essere presente in ogni individuo. Queste esperienze possono anche essere indotte, un caso significativo è quello della sinestesia percettiva in situazione di deprivazione sensoriale. Questo può stare ad indicare ulteriormente la necessità vitale che ha l'essere umano di percepire e sentire. Per citare ancora Aristotele, non vi è nulla nella nostra esistenza che non sia passato dai nostri sensi. Anche per Husserl il mondo delle sensazioni, il mondo percettivo-motorio è l'“esperienza indubitabile”.

Il sentire è il verbo fondamentale della fenomenologia. Sims apre la sua Introduzione alla psicopatologia descrittiva con una frase di Stuart Mill, che recita: “Se la parola mente significa qualcosa, essa significa ciò che ognuno sente”³¹³. È il corpo che costantemente conduce, guida e porta avanti la nostra percezione e comprensione del mondo: è grazie ad esso se ci orientiamo nel mondo.

“Il conoscere è per il sentire ciò che la parola è per il grido”³¹⁴. Percezione in tedesco è *wahr-nehmung*, quindi letteralmente “afferramento del reale”. Inoltre, percezione e comprensione appartengono allo stesso ambito semantico (*nehmen, capere, prendere*). La percezione è quindi una via di comprensione.

La fenomenologia scavalca le teorie e si concentra sull'atto percettivo. È in questo modo che ha colto quel legame apriorico tra il soggetto e l'oggetto nel

312 Questo fenomeno, nella sua forma “pura”, non è presente solo nell'autismo, dove in realtà non è frequentissimo, ma anche in altri disturbi.

313 Sims 2004 (2003), Prefazione alla prima edizione, p. XIII, cita Mill, 1811.

314 Straus, 1956, (1935), p.329.

mondo: concentrandosi sull'atto percettivo e non sull'oggetto percepito o sul soggetto preesistente alla percezione.

Quando Husserl invita a tornare “alle cose stesse”, azzerando le nostre “costruzioni” fa della percezione la pietra angolare del suo pensiero. “Solo la percezione ci dà l'oggetto in maniera diretta”; e ancora: “la percezione è l'unica intenzione che ci dà l'oggetto nella sua presenza corporea”.

L'evidenza e l'esperienza in prima persona fanno sì che il sentire abbia una struttura intenzionale emotivamente impregnata³¹⁵. Il verbo “sentire” deriva da “sensi” e lo usiamo anche quando non stiamo usando modalità sensoriali: possiamo ad esempio usare l'espressione “sentire dentro”.

La fenomenologia recupera una relazione più originaria con il mondo rispetto a quella manifestata dalla razionalità scientifica. La fenomenologia spiazza quella visione coscienzialista che va da Platone a Cartesio e che considera la coscienza il cardine, riportando il “senso dei sensi” all'incontro pre-linguistico ante-comunicativo con il mondo.

La “fenomenologia della percezione”³¹⁶ è il tentativo di cogliere qualcosa che accade prima della distinzione, che è una separazione, tra il soggetto e l'oggetto. La percezione non è *uno* dei fatti che si producono nel mondo, perché la percezione è il mondo. Le percezioni, inoltre, hanno la caratteristica essenziale di “appartenere”: la percezione è l'“appartenente a me”, ma allo stesso tempo non è separabile dall'oggetto³¹⁷.

Nel verbo “sentire” si raccoglie tutta la modalità fenomenologica di accedere al mondo, perché questa espressione rimanda anche all'immedesimazione comprensiva³¹⁸, al rivivere la sfera psichica dell'altro. Il tatto è l'organo di senso del toccare, ma anche quello che ci permette di

315 Ivi.

316 Merleau-Ponty.

317 La fenomenologia rifiuta la definizione di percezione senza oggetto.

318 Dilthey.

vivere nel mondo perché ci dà la giusta distanza: toccare ha una funzione di co-esistenza. Pensiamo al toccarsi in una relazione affettiva, che è un avvicinarsi si più piani. La carezza, dice Straus, è un illimitato approssimarsi, mentre nelle alterazioni della percezione non ci può più essere condivisibilità di quanto mi accade.

Non è con il cervello che percepiamo, ma con il corpo. Il “sentire” riunisce in sé l'operato dei sensi e questo non potrebbe essere se non ci fosse il corpo. Il percorso è questo: dai sensi al corpo al mondo. L'Io e il mondo si incontrano in un'area in cui non c'è nessuno dei due. Esiste, certamente, qualcosa che arriva dal mondo e impatta, qualcosa che è passivo e che ci fa essere passivi, ma c'è anche una sintesi dei dati che arrivano alla coscienza ed è una sintesi che avviene ad livello pre-cognitivo. Scrive Maldiney: “Non si danno mai, in nessun dominio d'esperiena, percezioni integrali. L'idea di completezza contraddice l'essenza stessa della percezione. Accade così con le cose. Da Descartes a Husserl, tutte le fenomenologie hanno constatato che la cosa si dà per profili”³¹⁹.

Esiste un sottile confine di contatto tra l'Io e il mondo e nella patologia è proprio questa intenzionalità di contatto si perde: sentire “male”. significa esistere male. I disturbi sensoriali³²⁰ impattano l'uomo nel profondo perché egli perde quelle certezze sensoriali che il bimbo acquisisce con cosiddetti gesti propriocettivi, quei gesti che egli ripete all'infinito, per acquisire una certezza di sé e del mondo. Sentirsi è conoscersi o, come dice meglio Straus, il sentire sta al conoscere come il grido sta alle parole. Forse è per questo che Aristotele già intuiva che le sensazioni ci piacciono in se stesse (a prescindere dal tipo di sensazione). Iniziamo quindi a vedere come il “corpo dell'incarnazione” sia un corpo che sente e che “è sentito”, un corpo che

319 Maldiney 2007 (1991), p.159.

320 Un disturbo sensoriale può essere all'opera nei disturbi alimentari? Mangiare è una delle sensorialità primarie, e mangiare è vivere.

tocca e che è toccato³²¹, un corpo che vede e che è visto. Questo è denso di conseguenze per comprendere il discorso più strettamente legato all'autolesionismo.

2.2.1 Il patico e i sentimenti corporei

"Ma a noi non è dato in nessun luogo posare,
dileguano, cadono, soffrendo gli uomini
alla cieca, da un'ora nell'altra,
come acqua da scoglio a scoglio gettata
per anni nell'incerto giù³²²".

Il piano emozionale è il patico. La condivisione patica è quell'ambito su cui ogni spazio antropologico e, attraverso di esso, psicologico, è centrato³²³.

Scrivono Callieri³²⁴: "La differenza fondamentale tra il tipo di significato che inerisce ai sentimenti e quello che inerisce alle percezioni e alle intuizioni sta nel fatto che i sentimenti si pongono (in senso logico) prima di ogni esperienza vissuta nella pratica quotidiana; si danno come esistenti al di là di ogni possibile giudizio di realtà; si inseriscono nella coscienza dell'io e non nella coscienza della realtà; sono, anzi, la forma primordiale della coscienza dell'io e si pongono alla radice di ogni processo di comprensione di sé: appartengono cioè a due ambiti diversi di esperienza psichica".

Solo nel patico si esiste³²⁵ o, come direbbe Calvi, nel fremito della carne. Il patico è l'evento che si è sensorializzato e, nella maggior parte dei casi, noi

321 Merleau-Ponty, 1964.

322 Hoelderlin.

323 Charbonneau, 2012.

324 Callieri, 2001, p.311.

325 Aldo Masullo.

siamo agiti dalle emozioni. Una persona “congelata” in senso emotivo³²⁶ ha perso la inter-corporeità vissuta e la dimensione patica. Secondo Maldiney la dimensione patica è la pura continuità di noi stessi, la pura passività che scaturisce dalla gioia e dalla sofferenza³²⁷.

Il patico puro di Maldiney è pura recettività e dà il tono di base, l'accordo l'affettivo e la qualità della nostra relazione al mondo, mentre invece l'atto di riconoscimento è narratologico, di riappropriazione di sé. Sulla questione del tono di base si può portare ad esempio il lavoro di Jonckheere³²⁸ laddove dice: “*Le Ideen e Sein und Zeit* hanno ispirato le nostre ricerche nel campo delle psicodermatosi e soprattutto quelle sulla psoriasi. La psoriasi ci è parsa essere legata *all'esperienza precoce, ante-storica*, della pericolosità del mondo”.

La fenomenologia, direbbe Masullo, è una fenomenopatia. Il senso del sé affonda le sue radici nell'area della sensazione e soprattutto della gratificazione³²⁹. Il piacere motiva, ma piacere non vuol dire *tout court* qualcosa di positivo. Esiste un'interfaccia dolore-piacere, esistono ad esempio autolesionisti che provano “piacere”, mentre il paranoico prova piacere nel costruire la sua architettura. Quando vi è una debolezza del carattere motivante del piacere: parliamo di anedonia. Il delirio stesso è una questione più di emozione che di pensiero³³⁰, ma i deliri non sono in realtà né un disturbo del pensiero né del corpo, bensì sono un modo di essere nel mondo. Il delirio è una forma di essere, incarnata nelle emozioni. È la stessa

326 Un *frozen patient*.

327 La nostra continuità, in questo senso, non è configurante, ma è un'esperienza dell'ordine del patico. Al contrario dell'ego trascendentale hegeliano che configura ontologicamente e che appartiene invece alla tradizione dell'azione. Il concetto di passione, per come lo intendiamo qui ora, nasce invece con Pascal.

328 Jonckheere, 2009 a, p.35. Corsivo mio.

329 Norvolk.

330 La persona non dice: “Penso di essere spiato.” ma “Sono spiato.”

cosa per i disturbi del comportamento alimentare: sono un modo particolare di essere nel mondo³³¹.

Il patico costruisce la nostra memoria corporea, nel senso non cognitivo del termine, la memoria incarnata³³². L' "epistemosomatica"³³³ contiene in sé il termine di verità, ma si tratta di verità fisiche "La loro realtà rientra nell'ambito di una costituzione non ontica, ma patica; esse hanno una verità del sentire"³³⁴. Ma, si chiede Straus, "dove risiede, in definitiva, la funzione o il 'senso' del sentire? Il suo senso, risponderà Straus è quello di metterci al mondo"³³⁵.

Le cose si danno a noi tramite la sfera patica (o affettiva), cioè attraverso emozioni, e le emozioni non possono essere disincarnate³³⁶. I sentimenti sono corporei, hanno una forma di iscrizione nel corpo³³⁷, perché il corpo è espressivo e non rappresentativo.

La fenomenologia della sensazione indaga la condizione di possibilità del darsi di una cosa come un oggetto nella sfera patica.

Abbiamo detto più sopra che le emozioni sono ciò che ci muove, ciò a partire da cui noi ci muoviamo. Secondo Husserl c'è profonda analogia tra il concetto di emozione ed il concetto di intenzionalità: le emozioni sono intenzionalità incarnata. Se diciamo che intenzionalità ed emozione sono ciò che ci orienta, che ci dirige su qualcosa del mondo, possiamo anche dire che

331 Si presentano infatti in alcuni mondi piuttosto che in altri, ad esempio tra gli ebrei ortodossi non ci sono tanti disturbi del comportamento alimentare, perché mangiare è un evento rituale, strettamente collegato col modo di essere.

332 Bessoles, 2008.

333 "*Epistémomatique*" (Marty, 1980 ; Dawson, 1993)

334 Gennart, 2011, p. 40.

335 Ivi, p.59.

336 James, 1884.

337 È interessante la situazione dello schizofrenico o dell'ossessivo grave, che di fronte all'apparire di qualcosa tendono a sterilizzarne la corporeità, per filtrare l'oggetto della loro percezione solo attraverso la cognizione.

senza emozioni non saremmo diretti verso alcuna direzione. Se non esistesse una modalità di essere al mondo priva di emozioni, questa sarebbe priva di una direzionalità nei confronti del mondo e vivrebbe secondo una modalità di scollamento rispetto al mondo.

Le emozioni, una volta date, ci danno una direzione rispetto alle cose del mondo in maniera tale che esse ci appaiano in una certa prospettiva: le emozioni selezionano il modo di apparire di una cosa.

Stanghellini³³⁸ distingue tra emozioni che hanno un chiaro oggetto intenzionale ed altre che non lo hanno. Sono due fenomeni diversi e lo psichiatra fiorentino definisce l'uno "affetto" e l'altro "umore". Entrambi sono emozioni, ma l'affetto è un'emozione con un preciso oggetto intenzionale³³⁹ e ha un grado superiore di mentalizzazione rispetto all'umore che invece non ha oggetto intenzionale evidente. La rabbia è un esempio di affetto, mentre la disforia lo è di umore. L'umore è antecedente alle cognizioni e mi fa pre-sentire cose che non sono ancora nel mio campo mentale. Il patico viene molto prima della razionalità: la posizione della coscienza è in fondo la posizione della distanza.

Scrive Stanghellini: "laddove un umore è una sensazione globale riguardo al mondo che si manifesta senza che io mi accorga di ciò che ha generato questa sensazione, l'affetto si sviluppa come risposta a qualche evento che lo ha suscitato. Un umore non ha un oggetto intenzionale, un affetto sì."³⁴⁰ E più avanti: "L'ansia, come la malinconia, dischiude la mia sensazione del Tutto, cioè di me stesso e del mondo in cui mi trovo situato. In questo senso, gli umori (ma non gli effetti) costituiscono modi potenziali per rivelare il mio proprio modo di essere nel mondo"³⁴¹.

338 Stanghellini, in Stanghellini, Rossi Monti, 2009.

339 Ogni sentimento è un sentimento di qualcosa: amare, provare rabbia o felicità sono sentimenti indirizzati verso qualcosa. Cfr. Plessner, 1970. Scheler, 1970 (1913).

340 Stanghellini, 2006, p. 41. Cfr. Smith, 1986; Scheler, 1913.

341 Ivi, p. 44.

Il pathos è l'esistenza vissuta, significativa, carica affettivamente, diretta verso qualcosa. Il dolore è dell'ambito del patico e sappiamo bene come la relazione al dolore sia specifica dei comportamenti di autolesionismo: vi è una negazione a volte assoluta del dolore, oppure del suo vissuto affettivo. Sull'altro versante di questa posizione di (apparente) distacco abbiamo invece la sovra-rappresentazione isterica e fobica dei sentimenti corporei³⁴². Perché questa enorme diversità nel vissuto affettivo del corpo? Perché i sentimenti corporei danno il "tono" al nostro essere nel mondo, sia da un punto di vista affettivo che psicomotorio. Possiamo andare incontro al mondo, con fiducia e apertura, oppure possiamo "patirlo" e subirlo in tutta la sua pesantezza. Il corpo ha un suo modo di abitare il mondo³⁴³, ha un suo tempo che non è quello del calendario o dell'orologio, ha un suo spazio che non è quello della geometria, ha un suo ritmo: è nel *Umwelt*, nel mondo-ambiente, che esso ritrova il suo senso e la sua identità.

I sentimenti sono così tanto la radice del nostro essere, che è impensabile non provarne e anche se si "perdono" rimane il penosissimo sentimento di non avere sentimenti. È tipico del paziente melanconico il paradosso del sentimento della mancanza di sentimento: egli prova e vive su di sé una penosa incapacità a sentire, si sente colpevole di incapacità a provare emozioni. Se l'emozione, lo abbiamo detto, è un dispositivo radicato nel nostro corpo vissuto che ci prescrive un movimento, quando le emozioni non mi toccano, io non sono mosso da queste: abbiamo un arresto del tempo vissuto, la persona rimane in una immobilità fissata. Si parla di congelamento emotivo, di "cadaverizzazione", oppure possiamo provare emozioni, ma essere incapaci di esprimerle, come nell'alessitimia.

Le emozioni hanno sede e vita nel corpo, emozioni ed affetti disincarnati propriamente parlando non esistono, ma io posso avere una esperienza

342 Esistono sentimenti che non sono corporei? La domanda rimane al momento aperta. Forse ci sono sentimenti più legati al corpo di altri, ma è possibile ipotizzare un sentimento non corporeo?

343 Abbiamo già detto che io non "ho" un corpo, ma "sono" un corpo.

diretta-cenestesica del corpo oppure una esperienza mediata, come è il caso ad esempio di alcune persone con schizofrenia oppure con disturbi del comportamento alimentare. Ad ogni emozione corrisponde un movimento e una coreografia della persona e del suo mondo, e senza di esse la persona perde i punti di riferimento nella realtà. Come scrive Stanghellini³⁴⁴ “[s]enza contatto emotivo il mondo perde la sua realtà”. Sempre lo psichiatra fiorentino riporta le parole di un suo paziente con diagnosi di schizofrenia: “mi sono accorto che per stare attaccato alla realtà occorrono le emozioni. Se non ci sono emozioni, si può modificare la realtà come si vuole”³⁴⁵. L’io non impatta il mondo e il mondo non impatta l’io: io e mondo si “mancano”. Il soggetto non si “sente sentire”³⁴⁶, la psiche vacilla perché mancano le basi incarnate della soggettività.

Il provare qualcosa è il primo “evento” per la persona. L’autoaffezione è l’esperienza primaria affettiva della nostra relazione al mondo. Essa è, secondo Michel Henry, “pura impressionabilità, quella autoaffezione radicalmente immanente che non è nient’altro che la nostra carne”. Il sentimento stesso è facoltà cognitiva. L’empatia è *pathos*, è quella dimensione emotiva grazie alla quale entro in relazione con l’altro a livello pre-razionale. La percezione chiarisce tutte le altre esperienze, è l’esperienza privilegiata, perché il corpo percepisce il mondo dall’interno. Il ricordo stesso si fissa con le emozioni.

Il corpo riceve “comunicazioni” dal mondo e ne invia a sua volta, in uno stretto intreccio dialogico. Le nostre emozioni vengono comunicate attraverso il corpo, attraverso le sue modificazioni fisiologiche quali il rossore sul viso oppure automatismi quali il toccarsi i capelli per rassicurarsi. È ipotizzabile che un disagio leggero incida poco sul corpo,

344 Stanghellini, 2006, p. 17.

345 Stanghellini, 2006, p. 12.

346 L’autoaffezione è una autoazione.

mentre un disagio più profondo incida più pesantemente. L'autolesionismo potrebbe essere nella sua essenza questo: un disagio che si incide *letteralmente* sul nostro corpo-mondo-essere.

2.3 Corpo e mondo: l'intenzionalità, ovvero la coscienza incarnata

Scheler³⁴⁷ scriveva: "l'uomo non è una cosa che può essere scoperta, l'uomo è qualcuno che fa, che produce, che esegue".

La coscienza dell'uomo è coscienza intenzionale, è "essere consapevoli delle cose nel mondo e congiuntamente della propria presenza nel mondo"³⁴⁸. Ciò significa che io sono cosciente del mondo e nello stesso tempo percepisco questa mia coscienza del mondo. Faccio esperienza del mondo dall'interno³⁴⁹. "Questo è possibile a partire dal carattere incarnato della coscienza: il fondamento della coscienza è la carne in quanto materia impressionabile, che riceve dal contatto con il mondo il sentimento della propria presenza al mondo"³⁵⁰. La soggettività e la base della nostra possibilità di fare esperienza si basa sui contatti elementari con il mondo e con noi stessi. "In prima approssimazione, la funzione generale del cervello è quella di essere informato su ciò che avviene nel cervello stesso, e sull'ambiente che circonda l'organismo, in modo che tra organismo e ambiente si possa raggiungere un adattamento adeguato e propizio alla sopravvivenza"³⁵¹.

347 Scheler, 1921.

348 Stanghellini, in Bertani, Gallese, Mistura, Zamperini (a cura di), 2006.

349 Quando l'uomo percepisce qualcosa genera risposte interne, che possono essere di tipo somatosensoriale, uditivo, visivo, etc. Il neurofisiologo Antonio Damasio suppone che queste stesse risposte interne all'ambiente esterno siano la base della mente.

350 Stanghellini, in Bertani, Gallese, Mistura, Zamperini (a cura di), 2006.

351 Calvi, 2007, p.141.

Prima c'è l'esperienza, il contatto col mondo e poi arriva il senso. Scrive Galimberti³⁵²: “Il corpo non esiste nella realtà come qualsiasi altro oggetto; il corpo è al mondo come quella apertura originaria in cui sono possibili sensi e significati, e chiamiamo questa apertura originaria che precede ogni distinzione fra soggetto e oggetto, tra interiorità e exteriorità, tra conscio e incoscio: presenza”.

Il senso del corpo è l'essere condizione a priori per essere al mondo³⁵³. La tesi di Merleau-Ponty è che il corpo umano condivide la stessa stoffa sensibile del mondo. “Acquistiamo la consapevolezza della nostra esistenza attraverso l'attività pratica»³⁵⁴ - scrive Binswanger - ovvero agendo sul mondo e nel mondo, attraverso il desiderio, attraverso il senso.

Per Strauss³⁵⁵ il corpo è la simbolica universale del mondo. Il mio corpo istituisce il tempo, infatti per sospendere il tempo bisognerebbe sospendere la corporeità. Ma il mio corpo è anche l'apertura del luogo dentro cui stanno tutti gli altri corpi. Il mio corpo istituisce lo spazio: è un assoluto, è spazio assoluto³⁵⁶. Come scrive Gennart in *Corporeité et presence*³⁵⁷, lo spazio si forma in rapporto al modo in cui il proprio corpo organizza la sua spazialità. L'intreccio della sensazione (sensorialità arcaica) e del movimento dà la nostra presenza: l'integrazione corporea è il riconoscersi nel movimento,

352 Galimberti, 1983, p. 6.

353 In adolescenza il corpo può essere estraneo, nel borderline parlare di un violento movimento espulsivo.

354 Binswanger 2001 (1945), p. 67.

355 Straus, 2000 (1935).

356 Noi diamo senso all'abitare il corpo attraverso una posizione spaziale, e ogni senso dell'esistere, ivi compreso quello patologico, è espressione di una posizione spaziale. L'inconscio spaziale caratterizza una certa posizione di esistenza, una situazione esistenziale; sovradeterminiamo in permanenza una direzione di senso. Direzione di senso e inconscio spaziale sono esplorati, oltre che da Szondi, anche da Bachelard, che converte spazio e tempo nelle nozioni di possibilità e impossibilità: l'alto è il davanti e il possibile; il basso è il dietro e l'impossibile. Sulle direzioni di senso e l'inconscio spaziale cfr. Chamond (sous la direction de), 2004. Basti qui accennare che la spazialità vissuta vede ad esempio l'alto come la perdita nelle altezze, il vissuto di superiorità, di rivelazione, di sublime, tanto da staccarsi dal consorzio umano. Secondo questa lettura espressioni patologiche di questa sproporzione verso l' "alto" sono ad esempio la mania e alcuni deliri. La malinconia viene letta come un essere "dietro di sé", la mania invece come essere "davanti a sé".

357 Gennart, 2011.

movimento attraverso il quale il nostro corpo ci mostra i nostri limiti³⁵⁸. La corporeità è “corporealtà”. Il muoversi è il modo per costituire se stessi come forme di vita spazio-temporali: è anch'esso luogo di nascita dell'identità. Il primato va quindi alla percezione e al movimento.

Siamo in un paesaggio, direbbe Merleau-Ponty, non in una geografia. Sempre Merleau-Ponty scrive che l'unica differenza tra l'uomo sano e l'allucinato è la struttura dello spazio: quando la struttura dello spazio cambia, cambiano anche le percezioni. La psicosi è essenzialmente una dislocazione degli accordi fondamentali con il mondo. La capacità di stabilire un rapporto di “fiducia” col mondo cade nell'estraneazione. Manca l'evidenza, lo sappiamo da Blankenburg³⁵⁹, ma che cos'è l'evidenza se non il lasciare essere le cose? Stiamo parlando della possibilità che le cose possano semplicemente andare le une con le altre. Dobbiamo presupporre dei legami. Senza tutto questo la Anne Rau di Blankenburg si suicida.

Legami di senso, intenzionalità, contatti col mondo partecipano tutti alla genesi della realtà e tutto ciò anteriormente al linguaggio. È la sensorialità, in sintesi, la base di accesso al mondo. Quando le capacità corporee sono alterate, tutta la relazione corpo-ambiente ne risente. “L'organismo cosituito dalla associazione corpo-cervello interagisce con l'ambiente come un tutt'uno: l'interazione non è del solo corpo né del solo cervello.”³⁶⁰

Il corpo vissuto è un occupante spazio, e non la struttura anatomica, ed è soprattutto un corpo intenzionale, un corpo diretto verso qualcosa o qualcuno. Come scrive Gennart³⁶¹, “Appena apriamo gli occhi, tendiamo un orecchio, abbozziamo un movimento della mano o del piede, noi oltrepassiamo i limiti del nostro corpo e della nostra vita psichica [...]”

358 Il nostro corpo è anche un corpo per la morte.

359 Blankenburg, 1998 (1971).

360 Calvi, 2007, p.139.

361 Gennart, 2011, p.30.

Realizziamo un atto di trascendenza originale e permanente”. Il possibile, scriveva Hoelderlin, è “l'essere-non-ancora-lì”.

Quando mi porgo verso un oggetto e lo prendo sta già operando un sistema di conoscenza. La coscienza, la conoscenza e la corporeità sono strettamente interdipendenti. Il corpo, lo abbiamo visto, assicura la coscienza del suo soggetto, ma è anche un *medium* tra l'Io e il mondo. “Il corpo è nello spazio, ma ne è anche all'origine”³⁶².

Se noi consideriamo che la coscienza è sempre coscienza incarnata³⁶³, già da sempre presso le cose e “inseparabile dall'oggetto dell'attenzione cosciente”³⁶⁴ capiamo anche l'affermazione di Sartre³⁶⁵ che dice che un'azione è *in via di principio* intenzionale. È in virtù di questo che Sims³⁶⁶, nella sua *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*, può dire che “[i]l punto di partenza logico per lo studio dei sintomi dal punto di vista soggettivo è ciò che permette alla soggettività di esistere: la coscienza”. È grazie alla coscienza se “[l]'uomo è essenzialmente, secondo l'immagine dell'arché di Anassimandro, apertura, ferita, progetto”³⁶⁷.

Possiamo aprirci al mondo solo se abbiamo questo sentimento immediato di sé, che non scaturisce da una modalità di cognizione, ma è un'esperienza di appartenenza primordiale di me a me stesso. “Questo è il vero agire che stabilisce la realtà – una sorta di impulso, un atto vitale che mi fa sentire uno di loro”³⁶⁸. Se “manchiamo” di questa esperienza originaria e fondante

362 Merleau-Ponty.

363 A causa del concetto di intenzionalità, questo andare verso della coscienza, Husserl è stato tacciato di idealismo, perché l'intenzionalità è stata immaginata come disincarnata. L'intenzionalità di Husserl è incarnata. La stessa Edith Stein, che ha trascritto alcune sue lezioni, ha trovato poi il fulcro di questa incarnazione nell'empatia.

364 Sims, 2004 (2003), p. 51.

365 Sartre, 1943.

366 Sims, 2004 (2003), p.47.

367 Jonckheere, 2009 a, p.10.

proviamo la derealizzazione: “rimane un mondo che manca del proprio momento di realtà”³⁶⁹.

Scrive Stanghellini: “[n]on poche delle “patologie emergenti” del nostro tempo rappresentano una variante, cioè una metamorfosi culturalmente mediata, della fondamentale mutazione del campo di coscienza. Alludo in primis ai disturbi del comportamento alimentare (o per meglio dire ai disturbi dell’immagine corporea), ai disturbi del controllo degli impulsi in genere, alle tossicofilie, a certe configurazioni dette borderline. Tutte queste “patologie emergenti”, a mio avviso, almeno in certe loro declinazioni, rimandano al medesimo organizzatore di senso che in questi studi è indicato come perdita della coscienza sensoriale di sé. [...] Molte di queste patologie, al di sotto della crosta comportamentale, manifestano anomalie simili alla vulnerabilità schizofrenica; i comportamenti abnormi da cui discende la loro caratterizzazione nosografica altro non sono, a mio avviso, che mascheramenti reattivi [...] rispetto allo stesso disturbo generatore.”³⁷⁰

Vediamo quindi ancora una volta come la coscienza sensoriale di sé sia elemento imprescindibile, un elemento che al centro degli agiti autolesionistici.

2.4 L’identità e l’autoaffezione

La domanda a chi tenteremo di rispondere qui è: come siamo capaci di prendere coscienza di qualcosa che è nel nostro corpo?

Scriveva Cartesio che io non tanto sono adeso al mio corpo come il navigante al suo naviglio, ma ad esso profondamente, densamente, inseparabilmente congiunto e quasi mescolato fino a che con esso io

368 Stanghellini, 2008, p.87.

369 Ivi.

370 Ivi, nota 19.

componga qualche cosa di unico. L'uomo è quindi prima di tutto “fuso col suo corpo”.

La coscienza senza corpo non esiste, lo abbiamo visto, perché coscienza e corporeità sono indissolubilmente unite. “La coscienza di sé [...] appartiene all'esperienza esistenziale, al sentire di vivere. Non si tratta di un atto costruttivo, ma di un'esperienza immediata, che scaturisca, naturalmente, dall'esperienza corporea e dal funzionamento dei sensi”³⁷¹.

Anche Le Breton³⁷² scrive: “Il corpo infatti è [...] il primo luogo in cui si manifesta lo stupore di essere se stessi. La condizione umana è corporea, ma il rapporto all'incarnazione non è mai completamente risolto”.

Nonostante gli “spaventevoli limiti del corpo umano” di cui parla Kafka, il corpo è comunque la sola cosa veramente mia, ma è anche quella dimensione da cui non potrò mai fuggire. Il provare qualcosa è il primo evento per la persona, la prima esperienza, affettivamente connotata, di relazione a noi stessi e al mondo³⁷³. Quello che Heidegger chiama il “già-da-sempre-mio” è ciò che mi è proprio, la “meità”: *da*ché sono, mi appartengo³⁷⁴.

L'ipseità è la pura continuazione di noi stessi. Se il sentirsi vivi è una prima messa in forma della vita, l'autoaffezione è la forma originaria e sensibile della riflessione.

Ciononostante, come scrive von Weitzsäcker³⁷⁵, il soggetto non è un possesso sicuro, ma per possederlo c'è bisogno di riconquistarlo senza sosta; o ancora Kimura Bin³⁷⁶: “la ragione del poter essere sé stessi si situa sempre

371 Prefazione di Correale a di Petta (a cura di), 2009, p.21.

372 Le Breton, 2005, (2003). p. 15.

373 Cfr. Henry.

374 La carne non è comunque il solo modo dell'appropriazione di sé.

375 von Weitzsäcker, 1940.

376 Kimura,1992.

in avanti rispetto al Sé”. Anche il corpo si sdoppia³⁷⁷ continuamente, già quando diciamo: “Questa è la mia mano” siamo divisi tra due contemporanee percezioni, una interna e l’altra esterna³⁷⁸.

Il fatto di appartenersi rimanda alla relazione al nostro corpo nel modo generale della appropriazione. In che modo il corpo è mio³⁷⁹? Sicuramente in un modo del tutto diverso rispetto a come può essere mio del denaro. Abbiamo già accennato al fatto che abbiamo una relazione complessa con il corpo, ad esempio il corpo che invecchia o che si ammala ci diventa estraneo. Molto più stupefacenti sono però quelle situazioni, molto rare, invero, in cui una persona prova un forte desiderio di amputazione. Vi è una “non coincidenza tra la loro anatomia e il loro senso del “vero” sé (identità). Né la psicoterapia, né i farmaci diminuiscono il loro desiderio”³⁸⁰.

Stiamo qui parlando di una struttura pre-psicologica³⁸¹. L’appartenenza a sé, ovvero l’ipseità, lavora continuamente per ricostruirsi. È una sorta di nebulosa il cui equivalente è il tentativo di esplicitare il senso. Il mantenimento di sé corrisponde al mantenimento dell’esperienza ed è perché c’è unità di esperienza che c’è la possibilità di azione. L’evidenza naturale impedisce la derealizzazione (o depersonalizzazione o de-ipseizzazione).

Scrive Stanghellini in *Psicopatologia del senso comune*³⁸²: “La prima funzione attribuita da Aristotele alla *koiné athesis* concerne la base corporea

377 Merleau- Ponty.

378 Naturalmente a volte ci sono “difetti” nella autoaffezione. Pensiamo al paranoide che proietta sull’altro l’alterità e l’impurità.

379 Come fa notare Charbonneau, ci sono delle parti del corpo che non conosciamo (perché ad esempio non arriviamo a vedere neppure con uno specchio) e per questo motivo non abbiamo con esse un rapporto di appropriazione. Allo stesso tempo, prosegue Charbonneau, possiamo riconoscere e fare nostre, integrandole nella “meità” delle cose che sono extra-corporee.

380 Favazza, 2011 (1987), p.127.

381 Quando, per esempio, parliamo delle nevrosi o dei ruoli, siamo già usciti dall’ipseità.

382 Stanghellini, 2006, p. 151.

dell'intersoggettività, l'altra funzione è correlata alla coscienza di sé preriflessiva". E Zahavi e Parnas³⁸³ sottolineano: "Essere coscienti di sé non è cogliere un sé puro distante dall'esperienza, ma essere informato dell'esperienza nella sua modalità in prima persona, cioè, dall'interno". Il cogito non è disincarnato: stiamo parlando essenzialmente di un atto patico. "La mia esistenza come soggettività è tutt'uno con la mia esistenza come corpo"³⁸⁴.

Lo stesso Freud³⁸⁵ faceva notare come l'Io fosse prima di ogni altra cosa un Io-corpo³⁸⁶ e come derivasse dalle sensazioni corporee, soprattutto da quelle provenienti dalla superficie del corpo. E scriveva che l'Io "può dunque venire considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo".

Abbiamo detto che c'è bisogno di un'ipseità perché qualcosa sia in rapporto a sé stessi e che l'ipseità tenta sempre e continuamente di ricomporsi. Quando c'è un disturbo dell'ipseità, la coscienza di sé tacita e preriflessiva³⁸⁷ non riesce più a rendere il vissuto appartenente a sé e anche lo stato del sé incarnato si modifica in una contemporanea disconnessione dal sé corporeo. Non ci apparteniamo più, siamo indifferenti a noi stessi, il corpo non è più luogo di esperienza.

Se "l'anatomia è il destino"³⁸⁸, prendendo a prestito una frase di Freud, il corpo richiede una continua "soggettivazione" e questa a sua volta, per compiersi, richiede un corpo, che vive del sentimento di vivere.

383 Zahavi, Parnas, 1998, citato da Stanghellini, 2006, p.151.

384 Merleau-Ponty.

385 Freud, 1919. Su questo cfr. anche Didier Anzieu, che nell'Io-pelle sostiene che queste sensazioni corporee rappresentano la superficie dell'apparato psichico.

386 Pensiamo all'Io nei bambini, che è prima di tutto l'Io somatico.

387 Ricordiamo come Paul Ricoeur considerasse identità: pre-riflessiva, riflessiva, narrativa (essere se stesso-ipse) e essere lo stesso (idem).

388 Freud, 1924, p.31.

“Sono corpo e nient’altro, e l’anima è solo una parola per indicare qualcosa del corpo”, scrive Nietzsche³⁸⁹. L’appartenenza alla realtà è un atto vitale, fondante ed essenzialmente corporeo. Quando questa esperienza manca abbiamo la necessità, fuori controllo, di tornare al corpo, forse per “re-incarnarci”.

Nell’ottica fenomenologica il vissuto del corpo è, per i motivi che abbiamo esposto, fondamentale. Nella malinconia ad esempio abbiamo un appesantimento del corpo: banalmente, la persona non riesce più ad alzarsi dal letto. Il corpo diventa ostacolo nella relazione con l’altro e non più struttura silenziosa e trasparente. Un altro esempio è quello dei disturbi del comportamento alimentare, di cui parleremo più diffusamente nel prosieguo del lavoro. Basti per il momento accennare ai lavori di Stanghellini e Ricca che, nel tentativo di rintracciare un disturbo basico generatore di questi disturbi, ipotizzano un collegamento tra disordine alimentare, disordine dell’*“embodiment”* e disordine dell’identità. La loro ipotesi è che le persone con DCA facciano esperienza del proprio corpo come di un oggetto che viene guardato da un’altra persona e che questo succeda perché esse hanno una insufficiente esperienza cenestica del proprio corpo. In questo senso è come se ci fossero tre corpi perché l’esperienza del corpo può essere fatta in prima persona (esperienza implicita), in terza (esperienza esplicita), o in seconda (esperienza di nuovo esplicita). La fenomenologia della corporeità che caratterizza queste persone è quella del corpo vissuto per l’altro. Siamo lontani dal Leib e lontani da un corpo implicito. Esso perde il suo nocciolo di intenzionalità, perde vita, per diventare esplicito oggetto di percezione da parte di qualcuno. L’identità è oggettualizzata, così come può essere un tentativo di oggettualizzazione dell’identità il proliferare di piercing e tatuaggi. Il corpo è eletto a simulacro della propria identità³⁹⁰, esposto allo

389 Nietzsche, 1885, p.33.

390 Espressione di Le Breton.

sguardo dell'altro. Il proprio essere è reificato ed esteriorizzato³⁹¹, perché non c'è una coscienza immediata di sé stessi. Non sono nient'altro che ciò che si vede di me o meglio ciò che io penso che l'altro veda. Una delle caratteristiche della nostra cultura è l'idea della modificabilità del corpo ed è per questo che si possono sviluppare molto disturbi legati proprio al corpo, perché esso non è (più) un semplice dato.

Le istanze del soggetto incarnato sono instance motrici, intenzionali³⁹² e affettive, che danno luogo ad un ritmo proprio e a uno spazio della presenza che è tutto da inventare. Il senso del sé fondato sul corpo³⁹³ deriva dalla certezza sensoriale: il contorno del corpo è la frontiera dell'io³⁹⁴, allo stesso modo in cui “la corporeità è uno dei luoghi dell'ipseità”³⁹⁵.

Anche il neuropsichiatra post-cartesiano, Antonio Damasio, concorda sul “fondamento corporeo della soggettività”³⁹⁶. Dopo essersi chiesto come nascono i sentimenti, Damasio risponde che i sentimenti, che il corpo produce, precedono le sensazioni e conquista la dimensione cognitiva anche per il sentimento. Gli “orientamenti verso” sono i sentimenti: la *embodied cognition* ha una caratteristica dinamica, perché il concetto di azione, nel corpo, è originario.

Il problema della trasformazione profonda della coscienza di Phineas Gage, riguarda lo sviluppo della coscienza nella costruzione identitaria del sé. La teoria della mente riprende quella della coscienza estesa: la genesi della coscienza è nel corpo anche per Damasio. Il sinolo corpo-mente è ciò che mobilita la coscienza nel suo evolversi. Il corpo è il proto sé, il nucleo

391 Su questo punto cfr. *L'essere e il nulla* di Sartre, in particolare le pagine sullo sguardo.

392 È il caso di ricordare che intenzionalità non è sinonimo di conoscenza.

393 Parnas.

394 Merleau-Ponty.

395 Charbonneau, 2010, p.77.

396 Ivi, p.15.

originario, è il portato ereditario più la dimensione biologico-evolutiva dell'essere al mondo. Come scriveva Nietzsche³⁹⁷, “C'è più ragione nel tuo corpo che nella tua migliore sapienza”.

Perché la coscienza si strutturi, devo distinguermi dal mondo e avere un corpo limitato³⁹⁸, con dei confini precisi (che l'autolesionista va spesso verificando).

Se la fenomenologia è una analisi dell'ipseità e del corpo, essa indaga i sentimenti corporei nelle varie patologie. Abbiamo visto che questi sentimenti, in quanto tonalità affettiva e psicomotoria del nostro accordo al mondo, garantiscono la funzione di “appartenenza all'io” dei nostri atti psichici. Questa funzione persiste nella melanconia, ma è incrinata ad esempio nella schizofrenia. È per questo che lo schizofrenico ha un vissuto di “iper-prossimità” del mondo.

Se col termine esperienza indichiamo l'apertura alla novità, allora è evidente l'indisponibilità del malinconico all'esperienza: per lui l'esperienza è solo perdita, non acquisizione di qualcosa³⁹⁹. Il malinconico vive il tempo in modo diverso: la radice della sua indisponibilità all'esperienza sta nel fatto che il *kairos*, il tempo opportuno, non si ripresenterà mai più. Abbiamo una prevalenza del passato⁴⁰⁰, dell'irrimediabile e il futuro è sbarrato. In questo modo le possibilità di redenzione della colpa sono disattivate⁴⁰¹.

Anche in quella modalità di esistenza che chiamiamo autismo c'è un vuoto di esperienza: abbiamo la perdita del radicamento dell'esistenza nella ovvietà

397 Nietzsche, 1976 (1885), I, 4.

398 Lavelle, 1927, pp.156-157.

399 Stanghellini, Ballerini, 1988.

400 Maldiney, (Maldiney, 2007 (1991), p.39), scrive: “Il motto *Wesen ist Gewesen* è falso, rispetto al presente della presenza. O è, per eccellenza, un motto malinconico”.

401 Gozzetti, 1996. È interessante a questo proposito ricordare che la melanconia è un disturbo etico, mentre la schizofrenia un disturbo ontologico.

del senso comune. L'esperienza è naturale “solo nella misura in cui è coerente alle cose”, cioè nella misura in cui “lasciamo essere gli enti (tutti gli enti) come sono di per sé stessi”⁴⁰². Bisogna distinguere, dice Tatossian, tra un “Io autistico”, l'autismo della alienazione schizofrenica, e un “Io semplicemente ritirato dal mondo”, ovvero la profonda vita distaccata di un melanconico. Il concetto di “autismo melanconico” vede una interruzione della comunicazione, una terribile solitudine⁴⁰³. Se il vissuto della mia identità è disturbato, lo è anche il vissuto delle “altre identità”: la dimensione coesistentiva è un parametro coinvolto in ogni disturbo mentale.

Un altro fenomeno che rileva di un alterato “sentimento di essere sé” è il fenomeno della dismorfofobia. L'accettazione e lo spontaneo riconoscimento di sé vengono meno e di norma destano più preoccupazione le parti più esposte alla vista degli altri. Angoscia e vergogna⁴⁰⁴ sono a volte accompagnate anche da un giudizio morale. Io esisto come corpo-per-l'Altro⁴⁰⁵. Scrive Stanghellini⁴⁰⁶: “Sartre fa notare che l'espressione ‘sentirsi arrossire’ in bocca ad una persona ‘imbarazzata per il proprio corpo’ suona assolutamente impropria. Infatti, l'arrossire non è percepito in presa diretta sul proprio corpo, cioè dall'interno, bensì attraverso lo sguardo altrui “quale è non per lui, ma per altri’. Il ricorso alla chirurgia estetica è frequente e rimanda alla ambigua dialettica esposta in precedenza tra definizione di sé attraverso l'identificazione con il proprio corpo esternalizzato (corpo-per-l'Altro) e tentativo di modificare il proprio corpo (*Koerper*) grazie alle bio- tecnologie”.

402 Binswanger, 1957.

403 Kranz, 1969, 1972; Borgna, 1990.

404 Nella vergogna non si perde “qualcosa”, come nella colpa, ma si perde l'immagine di Sé. Pietropolli Charmet, Piotti, 2009, p. 86.

405 Morris, 2003.

406 Stanghellini in AA.VV, 2006, voce: “Dismorfofobia”.

Tutte le patologie menzionate ci hanno dato modo di guardare da punti di vista diversi il sentimento di essere sé stessi, di essere incarnati e di essere autonomi in rapporto agli altri. Perché sono esattamente questi i cardini dell'identità: un polo che sta al di sopra del flusso delle esperienze, un senso di unità interna e di separazione dal mondo esterno, la sensazione di essere coinvolto nelle proprie esperienze⁴⁰⁷. Come scriveva Stein⁴⁰⁸: “Che cosa può restare ancora se tutto è cancellato, il mondo intero e il soggetto che lo vive? Ma ciò che non posso mettere tra parentesi, ciò che non è soggetto a nessun dubbio, è il mio vissuto della cosa, anche se io ho messo fra parentesi e in dubbio l'esistenza della cosa stessa; così l'intero “fenomeno del mondo” resta dopo aver tolto la posizione del mondo”. Anche ipotizzando di togliere l'intero “fenomeno del mondo”, rimane il vissuto, la base fondante essenziale per comprendere il fenomeno dell'autolesionismo patologico.

Il vissuto di sé, lo abbiamo visto, può essere un compito arduo. Nell'età moderna poi, come scrive Stanghellini, “l'identità è un compito”⁴⁰⁹. Se non ho percezione di me, allora cerco di trovarmi. E cerco di trovarmi dando forma al corpo, che significa dare forma al sé.

2.4.1 La pelle: “lato colore, lato dolore”

Il “luogo” del corpo che più ci interessa in questo studio è la pelle, perché essa è la “sostanza della ferita”⁴¹⁰: è la pelle che l'autolesionista si ferisce. “[l]a ferita è dove qualcosa di colpito o nascosto si spacca, si rompe, e rivela una memoria, un luogo di dolore, di sofferenza e morte, ma può anche includere un gioioso senso di nuova libertà... Le nostre ferite, cicatrici e marchi

407 Stanghellini, 2005.

408 Stein, 1917.

409 Stanghellini, 2005.

410 Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

possono essere il punto focale di un posto che ci pone nel più venerabile e vulnerabile contatto con il mondo, con la divinità, con gli altri, e con noi stessi. Come tale, il corpo può invocare un'intera cosmologia; è cosmico nella sua natura simbolica”⁴¹¹.

Le pelle è un organo con caratteristiche molto particolari. Come scrive Favazza⁴¹², questo sottile strato di tessuto è un organo fisiologicamente semplice, ma se lo guardiamo dal punto di vista psicologico e sociale è invece particolarmente complesso.

La pelle contiene il corpo, come l'“io pelle” contiene la psiche⁴¹³. “Tutto ciò che è racchiuso dalla mia pelle sono io; tutto il resto non sono io. La pelle è un limite tra il mondo esterno e il mondo interno, l'ambiente e il sé personale”⁴¹⁴. Ma non è una separazione netta, la pelle è una membrana osmotica, che tiene traccia di ogni contatto col mondo. Ogni cicatrice narra una storia e l'insieme di tutte le imperfezioni disegna qualcosa di unico per ogni persona. La pelle è allo stesso tempo frontiera, limite⁴¹⁵ tra due mondi e possibilità di oltrepassamento di quel limite, protezione, guscio, vestito ed eventualmente abbellimento⁴¹⁶. Essa mette in comunicazione la profondità con la superficie e la superficie con la profondità. “La pelle non è solo un involucro ma è anche qualcosa che dà forma al corpo e alla persona come

411 Slattery, 1993, p.16.

412 Favazza, 1987.

413 Cfr. il concetto di pelle psichica (Bick, 1968). Per quanto riguarda l'“Io-pelle” rimando a Anzieu, 1987.

414 Favazza, 2011 (1987), p.129.

415 La pelle è il limite estremo del corpo e molti episodi autolesionistici riguardano personalità che soffrono di assenza di limiti: le personalità borderline, ovvero le personalità “sulla linea di confine”, quelle che vivono nell'incertezza e nell'estrema vulnerabilità, a cui manca la coesione (e il contenimento) del sé. Sono esposti agli altri, attaccabili, non si sentono completamente reali. Sul modo di essere borderline avremo però un paragrafo più avanti.

416 Come scrive Paul Valéry: “Ciò che c'è di più profondo è la pelle”.

soggetto di esperienza. È superfice nella quale inscrivere il senso. Luogo dove la coscienza di sé può rivelarsi. Materia d'identità.⁴¹⁷»

Con la pelle comunichiamo antecedentemente ad ogni parola. Pensiamo al contatto del neonato con la figura che lo accudisce, pensiamo alle scarificazioni e ai tatuaggi, con i quali possiamo comunicare ciò in cui crediamo, pensiamo allo sbiancamento del volto quando proviamo una forte paura⁴¹⁸. Anche l'autolesionismo ci comunica qualcosa: il tentativo di gestire un forte stato di malessere. La pelle è, in sintesi, l'organo della nostra adeguazione al campo sociale. Come scrive Paul Valéry⁴¹⁹, “[l]a pelle umana separa il mondo in due spazi. Lato colore, lato dolore”.

Se la pelle è la condizione dell'esistere come individui, poiché essa ci delimita, acquistano un senso nuovo le cicatrici, la cura delle ferite e l'interferire con la guarigione di queste ultime. Come scrive Favazza⁴²⁰: “La letteratura sull'autolesionismo non ha praticamente prestato alcuna attenzione alle cicatrici. A parte la loro importanza fisiologica, esse possono avere un significato speciale”. E aggiunge: “Quando vediamo persone con delle cicatrici, di solito non possiamo fare a meno di chiederci come se le sono procurate”. La cicatrice è la testimone di uno scontro tra “il dentro” e “il fuori”, di una battaglia tra l'io e il non-io. Il corpo vive attraverso la ferita, perché su di essa si ricostruisce. Il tessuto cicatriziale tiene insieme la carne: esso testimonia del potere di auto-guarigione del corpo⁴²¹. Si comincia quindi già a delineare quale potrebbe essere il senso di interferire con la guarigione delle ferite. Aprire e chiudere una ferita come se fosse una zip di un vestito ci

417 Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.66.

418 Possiamo anche riferirci ad alcune espressioni in varie lingue. Pensiamo al francese « être mal dans sa peau, faire peau neuve.

419 *Mauvaises pensées et autres*.

420 Favazza, 2011 (1987), p.275.

421 Le Breton.

permette di riproporre lo spettacolo della battaglia e di assistere alla successiva vittoria, ci permette di vedere la nostra carne che si ricuce e che torna unita, insieme, a proteggere e contenere l'io. È questo probabilmente il motivo per cui quando alcune persone vedono le cicatrici richiuse, avvertono un aumento della tensione interna e quindi nuovamente l'urgenza di ferirsi, magari riaprendo quelle stesse cicatrici⁴²². Venire feriti e sopravvivere è un'esperienza potente; la ferita è una prova inconfutabile del fatto che sono immerso nel mondo.

Quella specie molto particolare di cicatrice che è il tatuaggio è stato per un certo periodo un rito di esclusione dei carcerati e delle prostitute: la pelle è un marchio di libertà. L'uomo libero non ha alcun segno. Non è un caso se “[n]ella tradizione Cristiana, il corpo femminile perfetto e senza segni era l'ideale. Maria concepì e fece nascere Gesù ma mantenne il suo status di vergine immacolata (senza macchie) con un imene intatto. Era anche la sposa vergine di Gesù e simbolizzava la Chiesa gloriosa che era sposata a Gesù, ‘senza macchia, né ruga, ma santa e immacolata’ (Efesini, 5:27) Una eccezione era stata fatta per i martiri e i santi che zelantemente mortificavano i loro corpi”⁴²³. La divinità quindi non ha bisogno di questa lotta per l'esistenza. Il divino della tradizione cristiana ha un corpo senza ombre, senza macchie, senza ferite “di guerra”. Un corpo puro versus un corpo impuro. Fa ad ogni modo notare lo stesso Favazza: “Le chiese possono puntare ad essere senza macchia, ma il loro modello è il Servitore Sofferente e sanguinante”⁴²⁴.

E anche il sangue è centrale per la tematica dell'autolesionismo. È la vista del sangue, molto spesso, che calma la persona e conduce l'atto verso la sua conclusione. Il sangue è vita: c'è alla nostra nascita e (a volte) alla nostra morte. Perdere sangue è perdere vita, oppure, nel caso del ciclo mestruale

⁴²² Notano Rossi Monti e d'Agostino (Rossi Monti, d'Agostino, 2009) che il confine con la psicosi si può rivelare nella passione morbosa per le ferite.

⁴²³ Favazza, 2011 (1987), p.276.

⁴²⁴ Ibidem.

femminile, rappresenta la chiusura di un ciclo, il “lasciar andare”. Come scrive Di Petta: “anche l'eroina sceglie il sangue. [...] il sangue è vita”⁴²⁵.

Scrive Rossi Monti: “Il sangue è una sostanza corporea straordinariamente carica di valenze simboliche. Essenza della sostanza vitale, sinonimo di vita e morte insieme. Nei rituali religiosi viene da sempre usato per simboleggiare sofferenza, salvezza, pietà e illuminazione (sacrifici di sangue, crocifissione, martirio, stigmate che riproducono le ferite di Gesù fino al vino bevuto dal sacerdote come emblema del sangue di Cristo). Sanguinare è spesso stato considerato un modo (simbolico) per dire altro.”⁴²⁶

2.5 Intersoggettività e (è) intercorporeità⁴²⁷:

“imperscrutabilmente coinvolte, viviamo in correnti di reciprocità universale”

“[P]ersino nel momento del trapasso [...] con una parte di noi stessi abbiamo ancora, sino all'ultima scintilla di consapevolezza, a che fare con l'altro. [...] Ce la caviamo senza Dio. Non ce la facciamo senza l'altro”⁴²⁸.

La prima determinazione del corpo è che appare agli altri. “Io sono corpo in quanto apparente”⁴²⁹. L'intersoggettività è matrice originaria: l'appresentazione è il significato che immediatamente attribuisco all'altro in maniera pre-riflessiva. In questo paragrafo vorrei quindi indagare come le persone e i corpi si incontrano e come si costruisce la figura cognitiva dell'alterità. La specificità della struttura relazionale di comprensione

425 Di Petta, 2006, p. 54.

426 Rossi Monti, D'Agostino, 2009. p. 80.

427 È Merleau-Ponty (Merleau-Ponty, 1945) che sostiene che l'intersoggettività è intercorporeità.

428 Amery, 1990 (1976), p.89.

429 Callieri, 2003.

dell'altro è l'averne di fronte *qualcuno*, che è profondamente diverso dall'averne di fronte *qualcosa*. Intersoggettività è vivere nel proprio corpo l'altro⁴³⁰.

Così inizia la definizione del termine “intersoggettività” nel Dizionario di psicologia⁴³¹: “Il fenomeno dell'intersoggettività si fonda sulla percezione diretta della vita emotiva altrui.” E ciò succede attraverso identificazione, la quale a sua volta passa attraverso il corpo vissuto e non attraverso i pensieri o le parole di monadi isolate. Noi riconosciamo gli altri come nostri simili, e ne comprendiamo il comportamento, perché siamo una comunità naturale di esseri incarnati.

Scrivendo Borgna: “Questo è il corpo che ha un suo linguaggio: una sua forma di comunicazione con il mondo e con gli altri [...] e questo è il corpo che ha in sé la infinitudine dei significati che cambiano e si rinnovano ogni giorno, di ora in ora, di situazione in situazione, di emozione in emozione, in un carosello temerario e talora difficilmente decifrabile”⁴³².

Il corpo del soggetto non è iniziato dal soggetto stesso, ma dagli altri, soprattutto dai “primi altri” ovvero le prime figure che si prendono cura del bambino. Secondo Lacan, la formula del riconoscimento è: “Tu sei come me”. È così che si insatura il soggetto. “È la posizione del futuro soggetto “nel-corpo” dentro i gesti e le frasi dell'altro, che permette al soggetto di assicurarsi che egli ha un corpo che significa il suo organismo. Altrimenti, ridotto al suo organismo, il soggetto è un resto informe”⁴³³. Solo allora il corpo è corpo vissuto, corpo vivo, corpo in prima persona. Solo allora si può dire, con Merleau-Ponty, che “il corpo che vivo in prima persona è soggettività che non è mai pienamente oggettivabile e

430 Stanghellini, 2006.

431 Stanghellini in in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

432 Borgna, 2004, p.101.

433 Cotti, 2004, p.14.

visualizzabile”⁴³⁴. Ma posso vivere questa esperienza solo se l’altro mi ha fatto essere soggetto nel mio corpo, un corpo che è sempre essenzialmente “sociale”. Come scrive infatti Stanghellini⁴³⁵, “[i]l senso di identità e di realtà che fonda il nostro modo abituale di stare al mondo [...] affonda le radici in qualcosa di più primariamente sociale. La psicopatologia classica si è tuttavia arrestata al di qua del confine che separa lo studio della singola esperienza disincarnata dal suo sfondo sociale”.

Sartre stesso ci rammenta che il corpo è anche corpo vissuto per l’altro: “Ciò che colgo immediatamente quando sento scricchiolare i rami dietro di me, non è che c’è qualcuno, ma che sono vulnerabile, che ho un corpo che può essere ferito, che occupo uno spazio e che non posso, in nessun modo, fuggire dallo spazio dove sono senza difesa, in breve che sono visto”⁴³⁶. Sartre sta dicendo qui che sono ciò che si vede di me, che lo sguardo dell’altro mi incolla alla fatticità irriducibile del mio corpo, che non ho più un corpo vivo che “esprime”. Il rapporto con l’alterità è rischioso. Se l’esperienza originaria tramite cui si costituisce il rapporto con l’altro è data dallo sguardo, col suo sguardo l’altro mi conosce meglio di me stesso, in quanto io non posso oggettivarmi. Ne risulta che “io sono quel me che un altro conosce”: in questo modo mi sento trasformato in oggetto inerme e nudo davanti all’altro. Il corpo nudo è senza difese dallo sguardo dell’altro, e perciò si veste, dissimulando la propria oggettività. Direbbe Sartre che “reclama il diritto di vedere senza essere visto cioè d’essere puro soggetto.» Il pudore ci fa umani.

Ecco perché la prima determinazione della corporeità- intercorporeità è la vulnerabilità. Nell’autolesionismo si gioca con la propria vulnerabilità, si va al fondo della propria vulnerabilità per trovare l’al di là dell’azione, l’ultimo e il primordiale luogo di esperienza. Così come nella carezza si prova e si

434 Merleau Ponty, 1965 (1945), p.19.

435 Stanghellini, 2008, p. XVII.

436 Sartre, 1943, p.305.

approva l'esposizione alla vulnerabilità. Se la carezza è un dire: "non ti aggredisco", l'intercorporeità è scambio di vulnerabilità. In un'intervista⁴³⁷ a Bruno Callieri leggiamo: "Carezzare significa sempre anche essere carezzato e carezzarsi. [...è] nella carezza che si costituisce l'ordito originario della nostra vita timica e della nostra vita patica", poiché "originariamente la vita è pathos". E ancora: "La carezza stabilisce un legame permanente con l'altro. C'è un'integrazione con l'altro tramite il carezzare." Il toccare è costitutivo dell'altro⁴³⁸: pensiamo, banalmente, al significato che ha il termine "intoccabile" per alcune culture. L'intoccabile è qualcuno che neppure esiste, che non è essere umano, che non ha alcuna dignità e proprio per questo non va toccato. Il contatto, scrive Gennart, "non è altro che questa primaria messa in movimento dell'affettività"⁴³⁹. Il contatto sfiora il contorno del mio corpo, ma la frontiera della pelle non viene mai oltrepassata nelle normali relazioni spaziali.

L'alterità esige il sacro e il rispetto. Secondo Lévinas il viso dell'altro chiede di essere accolto. "Mettere il rispetto al suo posto" significa che l'essenza del sacro è il rispetto, è il rifiuto di andare più lontano davanti al mistero ontologico. L'altra persona che appare nell'istante della dimensione estetica⁴⁴⁰ viene poi riassorbita narrativamente, ma la separazione ontologica non si può superare. Prova ne è l'esistenza di sentimenti e atteggiamenti quali il pudore, la vergogna⁴⁴¹, il beffarsi di qualcosa o qualcuno.

Anche Ricoeur ci ricorda che l'altro non si riduce alla alterità di un altrui. L'altro fa parte della mia identità, ne è una componente, anche se non

437 Bernegger, 2007.

438 La fenomenologia del contatto vede una intercorporeità diversa nel mondo dell'infanzia. Nel bambino piccolo non c'è ancora la possibilità di una "narrazione", eppure gli non parla, ma comunica.

439 Gennart, 2011, p.36. Rimando a questo testo per un approfondimento, in prospettiva strausiana, dell'"essere toccato".

440 Stiamo parlando dell'ambito estetico-fisiognomico.

l'unica⁴⁴². L'alterità è parte della funzione costitutiva della identità, perché fin dall'inizio la coscienza intenzionale costituisce l'Altro come diverso da uno dei tanti oggetti e lo riconosce in quanto soggetto che come me pensa e mi riconosce. La costituzione dell'altro come persona e la co-costituzione della propria ipseità vanno di pari passo⁴⁴³ e portano a possibili correzioni del nostro insight e della nostra percezione su di noi: “in questo modo empatia e percezione interna lavorano una accanto all'altra per dare me stessa a me”⁴⁴⁴.

Costituzione dell'Io e costituzione dell'altro sono come due facce della stessa medaglia, due cardini dell'evidenza naturale dell'intersoggettività: la loro crisi è l'epifania dell'autismo. È solo in questa co-costituzione che la persona riesce ad essere un “corpo vivente sensibile che possiede un Io, un Io che recepisce, sente, vuole...”⁴⁴⁵.

441 Cfr. Ballerini, Rossi Monti, 1997; Rossi Monti, 1998; Rossi Monti, Princigalli, 2009. La vergogna è l'emozione che alcuni di noi provano quando lo sguardo dell'altro ci inchioda ad una parte di noi decontestualizzata dal resto. Nella fenomenologia della vergogna il tempo si arresta, poiché la vergogna si dà nell'istantaneità. A chi si vergogna il proprio Sé appare frantumato in un unico pezzo, che assume proporzioni gigantesche che è quel pezzo di cui si vergogna (la *pars pro toto*). L'altro si dà come uno sguardo che ti inchioda ad un particolare, non come un soggetto, ma come “gli altri”. Anche lo spazio si modifica: esso si dà come spazio concentrico, dove io sono al centro, ma a sua volta al centro del centro c'è il particolare a cui sono inchiodato che io e tutti gli altri guardiamo. La vergogna oggettualizza perché, tramite quel pezzo di me decontestualizzato, mi rende un oggetto. Per parafrasare Green con i suoi narcisismo di vita e di morte (Green, 1992 (1983)), esistono una vergogna vitale ed una vergogna mortifera. La vergogna mortifera è quella che non riesce a ri-contestualizzare quel particolare (nelle parole dell'ermeneutica: non riesce a narrare, ad attribuire un significato al particolare): quel pezzo di me non si trasforma in un motore per una trasformazione. Soltanto a patto che io riesca a ri-contestualizzare, a storicizzare la mia vergogna, essa diventa una vergogna vitale. La vergogna è però anche l'emozione che ci rende umani; a differenza della colpa che ci inchioda, la vergogna è ciò che muove la nostra biografia. È anche vero però che anche la colpa inchioda, attraverso lo sguardo del malvagio che vuol farci vergognare (Nietzsche), mentre la colpa può essere elaborabile attraverso il perdono, oppure la pena. Elaborare e storicizzare la vergogna significa farla esitare in colpa o pudore. Il pudore è l'intimo (che non è sinonimo di privato). Come sostiene Stanghellini, il rapporto fra vergogna e pudore è il rapporto fra un affetto ed un umore: il pudore è un umore che si installa come tratto di carattere. Una persona pudica è una persona il cui pudore protegge dalla vergogna (Straus, 1933). Sempre Stanghellini prosegue sostenendo che il fatto che la vergogna sia un affetto è talmente evidente che anche il suo oggetto intenzionale è “prepotentemente” evidente. L'antropologa Benedict divideva il mondo in civiltà della colpa (il mondo giudaico-cristiano) e civiltà della vergogna (il mondo giapponese. (Benedict, 1968 (1946)). Come nota Rossi Monti, ci sono pazienti più esposti alla vergogna, tra cui le personalità sensitive, o meglio il gruppo allargato dei *borderline*, che sono pazienti molto esposti allo sguardo del terapeuta. Da segnalare anche, sempre a proposito della vergogna, che Kohut (Kohut, 1971, ci ha insegnato che siamo passati dall'uomo della colpa, legata al ruolo, (Tellenbach. Su Tellenbach e i ruoli cfr. Tagliatela, 2014) all'uomo della vergogna. L'uomo della colpa è nevrotico (e la questione è legata al ruolo), mentre l'uomo della vergogna è tragico (e la questione è legata all'identità).

442 Ricoeur, 1990.

443 Stein, 1917.

444 Ivi.

445 Ivi.

È impossibile essere davvero sé stessi se un Tu non si è mai aperto a noi e se noi non ci apriamo continuamente ad un Tu: è questa la “*conditio sine qua non* di ogni possibilità di autentica esistenza”⁴⁴⁶. Ed è questo il senso della paradossale frase di Kimura Bin⁴⁴⁷: “se non ci fosse l'intreccio delle relazioni interpersonali non ci sarebbero schizofrenici”.

L'intercorporeità è intercomunità, è la diffidenza intersociale che va ricomponendosi. A livello timico, esiste un umore di risonanza, che è lo stesso che conduce anche all'intimità. L'intimità può essere intimità a sé (che conduce alla ri-individualizzazione) oppure intimità con gli altri, intimità di condivisione della soggettività. Ma l'intimità può essere anche uno spazio fusionale (“confusionale”) non assegnato⁴⁴⁸.

L'intercorporeità va a toccare la questione dell'intimità. L'intimità è una delle forme fondamentali della presenza, ma la modernità si può anche interpretare come una lotta contro ogni forma di interiorità: il corpo è “in scena”, i sentimenti sono “in scena”, vi è una continua “esteriorizzazione” dell'intimo e del privato.

Perché questa estremizzazione? Sicuramente ciò ha a che fare con la necessità basilare della condivisione. Più la società⁴⁴⁹ ci rende “individui” soli e sconnessi dagli altri e dal mondo e più cerchiamo un riconoscimento del nostro essere umani tra altri umani. Essere solo, il proprio solo testimone, può rendere folle. L'ultimo uomo non rimane uomo a lungo.

446 Cargnello, 1993.

447 Kimura, 1992.

448 L'intimità nasce quando nasce l'individualismo. Intimità, da un punto di vista antropologico, significa che si può esistere fuori dalla propria classe sociale. Ecco perché l'idea di intimità è post-moderna: essa è legata a un certo ordine della società. Esiste una certa rivalità tra l'intimità e la “socialità”, quando la prima significa il ritirarsi dalla scena sociale. La “secessione dalla società” è moderna, la comunitarizzazione è una rivoluzione conservatrice. Il campo sociale, in questa ottica, non dà conforto, non produce affettività. L'intimità può diventare anche un distacco dalla vita. È questo aspetto si può per alcuni versi avvicinare al punto di vista della filosofa Arendt, profondamente anti-intimista, che sostiene che essere impegnato politicamente è un'esistenziale.

449 È necessario non fare l'errore di ricondurre tutto alla società, perché così facendo non si vede il problema individuale.

L'altro è la continua trascendenza dell'umano esistere⁴⁵⁰, ma un altro aspetto fondamentale dell'intersoggettività necessaria è che non c'è alterità senza distanza. Intercorporeità è capacità di gestire la distanza con gli altri: la vera prossimità sta nel saper valutare la distanza non valicabile. Siamo nella dimensione sacra del rispetto. La relazione è il bene più fragile e più prezioso della nostra umanità. “La prossimità non è semplice coesistenza, ma inquietudine”⁴⁵¹.

L' “aidà” di Kimura Bin, la “Zwischenheit” di Buber sono una intracorporeità, un condividere la stessa carne. “[l]a comprensione degli altri [...] non è un'inferenza di stati mentali, ma un'esperienza pre-cognitiva, intuitiva, una percezione diretta della vita emotiva altrui”⁴⁵². E questa percezione diretta può accadere perché mi identifico con il corpo dell'altro, ho dell'altro una conoscenza “carnale”. Come sostiene Merleau-Ponty, la carne, in quanto sfondo di esperienza condiviso e principio di soggettività, è la base del fenomeno dell'intersoggettività. “Penetro” nel vissuto dell'altro perché l'altro è un essere umano come me, è l'analogo. L'intuizione, la sintonizzazione e il sentire nel corpo fanno risuonare il mio corpo con l'altro corpo. Io sento dentro di me le emozioni dell'altro. È questo il senso di un legame ed è solo così che l'io può, immedesimandosi, onorare la pretesa del *tu* di essere riconosciuto come un *io*.

Questa è la ragione principale per cui la fenomenologia ha tradizionalmente visto la follia come problema del rapporto intersoggettivo e sociale ed è anche la ragione per la quale l'autolesionismo è così sconvolgente: perché attaccando la mia carne, attacco la carne che tutti, in quanto umani, condividiamo. Viene meno così il progetto di un “corpo

450 Ballerini.

451 Lévinas, 1982, p.231.

452 Stanghellini, 2006, p.19.

sociale”. È lo stesso motivo per cui “la morte dell’altro penetra in me come una lesione del nostro essere comune”⁴⁵³.

Sullo sfondo di questo discorso intravediamo la problematica generale dell’identità. Vi sono numerosi studi sull’importanza del contatto sensoriale e su come la sua privazione possa determinare confusione mentale e addirittura allucinazioni. Come ci insegna Lévinas, noi dipendiamo dall’altro per ciò che ci è più proprio. La comunità è un atto di autorivelazione reciproca⁴⁵⁴. Jung stesso diceva che l’anima dell’uomo vive solo di “relazioni umane” e che “[s]enza il consapevole riconoscimento e l’accettazione di ciò che ci lega al prossimo non si dà sintesi della personalità.”⁴⁵⁵

Il corpo, quel luogo dove “si regna e si impera”⁴⁵⁶ è il primo luogo della comunicazione, poiché le parole non sono sufficienti: un’esperienza che l’altro non ha sentito dentro di sé non è comprensibile.

Sentire dentro di sé l’altro, nonostante sia un dato antropologico, non è qualcosa che accade sempre spontaneamente. “Siamo in un mondo costituito in modo comune, ma non abitato in modo comune. L’abitare il mondo è il tema centrale [...dell’antropologia filosofica]. Questo abitare esige una certa reciprocità e l’accettazione di un mondo comune in condivisione”⁴⁵⁷. Condividere un mondo, significa condividere un senso di mondo⁴⁵⁸. “Il mondo dell’esperienza appartiene al mondo fondamentale io-esso. Il mondo fondamentale io-tu instaura il mondo della relazione. La relazione è

453 Ricoeur, 1965 (1955).

454 Il problema dell’intracorporeità costringe a rinunciare alla fenomenologia come eidetica.

455 Jung, 1946.

456 Leoni, 2010, p.201.

457 Charbonneau, 2010, p.161.

458 Tomasello, (Tomasello 2009 (2008)) nel suo testo sulle origini della comunicazione umana, studia l’intenzionalità negli ominidi. Il sistema dei neuroni specchio ha portato all’attenzione l’automatica simulazione incarnata (*embodied simulation*), ma i neuroni specchio non si limiterebbero a codificare quale tipo di azione viene eseguita, ma anche perché. Questa sarebbe forse la base biologica della necessità umana di produrre senso.

reciprocità... imperscrutabilmente coinvolti, viviamo in correnti di reciprocità universale”⁴⁵⁹.

Quando questa “reciprocità universale” non accade, abbiamo i fenomeni derivanti dall’indifferenza alla dimensione sociale al corpo: si “abbandona” il proprio corpo, sporco, senza cure. All’estremo opposto abbiamo invece la dipendenza alienante dallo sguardo dell’altro.

Nella psicosi l’intercorporeità è subita come un vissuto di “troppo vicino” (soprattutto nell’esperienza paranoica). Ecco allora che guarire è ri-distanziare- decompattare, ri-opacizzare la relazione intersoggettiva, ricomporre degli spazi di indeterminazione e non-significazione⁴⁶⁰. Se lo schizofrenico chiama in causa gli altri, questo non è il caso del malinconico. In lui la dimensione di intersoggettività è morta, così come il suo corpo. Scrive Maldiney⁴⁶¹: “Separato dal mondo, separato dall’altro, il melanconico è separato da sé. Per questo non cessa di chiamarsi nel vuoto. Per questo è nel vuoto che la sua parola cade di continuo. Mentre lo schizofrenico chiama in causa sempre gli altri, dei persecutori ad esempio, il melanconico ripete soltanto “io..., io...” Ma non raggiunge nessuno. Nessuno gli risponde”.

Anche nell’autolesionismo lo sguardo dell’altro è in causa ma non come lo è nelle nevrosi. È significativo che “[gli] atti di autolesionismo più severi [siano] stati osservati presso quei soggetti a proposito dei quali abbiamo potuto mettere in dubbio che si situassero di primo acchito in una dinamica intersoggettiva, come ad esempio gli autistici gravi”.

459 Buber, 1991 (1979) Citato in Tustin, 1991 (1990), p. 131.

460 Charbonneau. Cfr. anche la struttura pulsionale e la dimensione di contatto in Szondi, le pulsioni di avvicinamento e di separazione - ocnofilia e filobatia – di Balint.

461 Maldiney, 2007 (1991), p.17.

Parte 3: Il dolore

“Arcano è tutto, fuor che il nostro dolor.”

Giacomo Leopardi

Scrive Nietzsche⁴⁶²: “Lotta, sofferenza e tedio si avvicinano all’uomo per rammentargli ciò che in fondo è la sua essenza – qualcosa di imperfetto che non può mai essere compiuto. E quando infine la morte porta il desiato oblio, essa opprime insieme il presente e l’esistenza, imprimendo in tal modo il sigillo su quella conoscenza – che l’esistenza è solo un interrotto essere stato, una cosa che vive del negare e del consumare se stessa, del contraddire se stessa”.

Una definizione tecnica è invece quella dell’IASP (*International Association for the Study of Pain*), che recita: “Il dolore è un’esperienza spiacevole che implica la consapevolezza cosciente di sensazioni nocive, di sentimenti negativi e avversi associati a un danno tissutale in atto o potenziale”.⁴⁶³

Il dolore è naturale, “normale”, è il marchio a fuoco della nostra umanità perché ci fa toccare con mano la nostra precarietà e la nostra finitezza. Come scrive Le Breton⁴⁶⁴, se abolissimo la sofferenza, aboliremmo la condizione umana: il sogno dell’eliminazione del dolore grazie alle “magnifiche sorti e progressive” della medicina è in realtà un immaginario di morte⁴⁶⁵. Che ne sarebbe della nostra umanità? Il dolore anticipa la morte. Come scrive Michel Foucault, “noi non moriamo perché ci ammaliamo, ma ci ammaliamo perché fondamentalmente dobbiamo morire”. E anche la morte è la cifra della nostra umanità, se, come sostiene Heidegger, siamo “esseri per la morte”. Nessuno di noi può fuggire né alla morte, né al dolore: entrambi sono il nostro destino di esseri “di un giorno”. Il dolore è la morte nella vita. Come

462 Nietzsche, 1972 (1874), p.263.

463 IASP, 1994, citato in Sims, 2003, p. 375.

464 Le Breton, 2006.

465 Ivi, p.170.

scrive Montaigne⁴⁶⁶: il dolore “è un’esperienza propizia a educare l’uomo ad accettare la sua condizione precaria”.

Precarietà e non senso, non senso e tragicità del dolore è ciò che esprime anche Nietzsche con queste parole: “Il non-senso del dolore, e non il dolore stesso, è la maledizione che ha finora pesato sull'umanità”⁴⁶⁷. La tragicità del dolore sta nel non avere alcun potere su di esso. Il malato è quella persona che non ha strumenti per gestire il proprio dolore. La sofferenza è un morso continuo nel corpo, è insensatezza, frattura, disordine, disarticolazione. Come diceva Franco Volpi, la sofferenza mette in crisi ogni filosofia dell'essere preoccupata unicamente del fondamento.

La radice di *algos* dolore è la stessa che troviamo nella parola “*nostalgia*”: il dolore lega. L’analgesia, il non dolore, è libertà, è in questo senso un piacere negativo.

Il dolore è anche la molla che ci porta a cercare aiuto medico o comunque una qualche forma di sollievo. Il dolore è una percezione individuale a cui diamo un significato: l’interpretazione del dolore come avente un “senso difensivo” è in questo senso insufficiente⁴⁶⁸. Come scrive Le Breton⁴⁶⁹, il dolore come sintomo non ha grande rilevanza né nella diagnosi medica, né nella prognosi. Esso non rivela *tout court* una malattia, anzi spesso è fuorviante; molte malattie gravi non causano, almeno all’inizio, dolore⁴⁷⁰. Ciononostante in alcune situazioni di cronicità esso pare essere *tutta* la malattia.

466 Montaigne, 1969, pp.229-230.

467 Nietzsche, 1887, citato Jonckheere, 2009, p.18.

468 Le Breton, 2006.

469 Ivi.

470 Un esempio contrario può essere l’ipersensibilità. In questo caso il dolore ha perso il suo carattere difensivo?

Le Breton, in *Anthropologie de la douleur*⁴⁷¹, traccia alcune linee essenziali per la comprensione di una “storia del dolore”. Nell’*Etica a Nicomaco*⁴⁷² il dolore viene visto come un tipo particolare di emozione: è una misura di quanto l’uomo sia toccato nella sua intimità. Sims, nella sua psicopatologia del dolore⁴⁷³ scrive: “Dal tempo di Aristotele, il dolore non è stato classificato come una percezione, ma come uno stato umorale ed è stato escluso quindi dai cinque sensi”. E ancora⁴⁷⁴: “dopo Aristotele il dolore è uno stato mentale, anche quando è presente una causa ovvia come un ematoma sotto un’unghia”.

Descartes concepirà il dolore come un semplice prodotto del corpo-macchina. Gli *Studi sull’isteria*⁴⁷⁵ segneranno per molti aspetti una svolta e, nel caso del dolore, espliciteranno come l’uomo non sia solo una serie di fibre nervose.

Nei suoi studi antropo-sociologici sul dolore di Le Breton⁴⁷⁶ chiarisce in modo chiaro, ma andando per alcuni versi contro il senso comune, che cosa il dolore *non è*. Egli spiega come il dolore *non sia* un sovraccarico che oltrepassa i limiti del funzionamento dei nostri organi. Il dolore *non dà* informazioni utili alla nostra condotta nel mondo. Come sottolinea Le Breton, il dolore è in questo senso una manifestazione ambigua. Se priviamo l’uomo della capacità di sentire dolore, lo rendiamo vulnerabilissimo, tanto da creare una vera e propria infermità.

Il dolore, prosegue l’antropologo e sociologo francese, *non è* una qualità insita negli oggetti. D’altro canto *nessun organo* è specializzato nella

471 Le Breton, 2006.

472 Aristotele, *Etica a Nicomaco*, Libro II.

473 Sims, 2003, p.375.

474 Ivi, p. 376.

475 Freud, Breuer, 1895. Cfr. Le Breton, 2006.

476 Le Breton, 2006; 2010.

percezione del dolore. Il dolore, scrive Sarano, “*non è una funzione, ma una lesione subita da una funzione*”⁴⁷⁷. Le Breton prosegue dicendo che il dolore *non è un fatto puramente sensoriale*: tra la ragione del nostro dolore e il dolore percepito si frappongono dei filtri che possono diminuire o aumentare la sua intensità. Inoltre, nota Le Breton, altre percezioni sensoriali entrano in risonanza con la sensazione dolorosa e la modulano. Queste sensazioni possono essere il contatto fisico con un’altra persona, per esempio attraverso un massaggio, il calore, il freddo, etc. Alcune condizioni aumentano il vissuto del dolore, ad esempio la fatica o la paura; altre condizioni calmano il dolore, come ad esempio la meditazione o il distrarsi. Scrive Sims⁴⁷⁸ che alcoolici e oppiacei sono analgesici per la loro azione sulla percezione del dolore. “L'eccitamento o l'aggressività, come per esempio nei giocatori di baseball o nei soldati, possono rendere il soggetto dimentico di ferite gravi”.

Il dolore *non è solo una faccenda del sistema nervoso*. Come precisa ancora Le Breton⁴⁷⁹, esso è una sensazione reale, un’emozione, una percezione, un’attività di decifrazione di sé. “Il significato del dolore è qualcosa di più del dolore stesso, e spesso è il motivo per il quale le sensazioni vengono interpretate come sofferenza”⁴⁸⁰. Il dolore è sempre un’esperienza mediata dalla coscienza ed è sempre soggettivo⁴⁸¹. Questo potrebbe spiegare perché gli agiti autolesionistici più gravi si notano in persone che hanno un minore contatto con la realtà e con sé stessi: “Un appiattimento e una distorsione della percezione del dolore vengono descritti nei casi di grave ritardo mentale, e possono anche risultare in atti gravemente autolesivi. Il paziente

477 Sarano, 1965, p.74, citato in Le Breton, 2006, p.13. Corsivo mio.

478 Sims, 2003, p. 380.

479 Le Breton, 2010.

480 Sims, 2003, p. 376.

481 Bond, 1976.

può battere spesso violentemente la testa tanto da favorire la formazione di ematomi cronici, mordersi o farsi del male in altri modi ripetutamente con conseguenti danni permanenti. E tuttavia sembra che non provi dolore e neppure fastidio.”⁴⁸² La relazione al dolore è specifica degli agiti autolesionistici, anche di quelli con esiti meno gravi di quelli descritti: abbiamo comunque una negazione talvolta assoluta del dolore o del vissuto affettivo che vi è collegato.

Ne possiamo concludere questo: possiamo forse “parlare di una soglia del dolore quando abbiamo eliminato l’ansia, la paura, la sorpresa, lo smantellamento durevole dell’identità dell’uomo sofferente? Il dolore concreto non sollecita solo la superficie cutanea, essa è un’esperienza intera dell’essere, può togliere il respiro, aumentare i battiti cardiaci, stravolgere l’espressività, etc.”⁴⁸³

Il dolore fa sorgere un sentimento di ingiustizia: perché a me? È il grido del Giobbe biblico, che finisce in una sensazione di impotenza e prostrazione e che può esitare nel lasciarsi completamente andare. Il dolore è spesso vissuto come punizione, esso è pena. Come fa notare Le Breton⁴⁸⁴ “Le origini della parola *pain* (in inglese), o *pein* (in tedesco) in greco e latino sono *poine* (sofferenza) e *poena* (punizione). Dalla pena sofferta alla pena in cui incorriamo a causa della colpa, la radice etimologica è la stessa. In sanscrito la radice *pu* rinvia a purificazione. L’amministrazione accurata del dolore è un modo tradizionale di punire e di purificare l’uomo della colpa commessa. L’origine morale del termine ‘avere male’ (*malum*) è ugualmente trasparente”.

Il soffrire è patire, è passività e impotenza, privazione di libertà e di autonomia. La sofferenza non è mai assimilabile a un vissuto come un altro. Abbiamo detto che il soggetto non può astrarsi dal corpo; allo stesso modo

482 Sims, 2003, p. 380.

483 Le Breton, 2006, p.158. Le Breton sta qui parlando del dolore sperimentale. Cfr. anche i *Pain clinics* negli Stati Uniti (Bonica).

484 Le Breton, 2006, p.104.

non può astrarsi dal suo dolore. Il dolore ci coglie spesso alla sprovvista e altrettanto spesso non possiamo neppure identificarlo o comprenderlo. Come ci rammenta Henry⁴⁸⁵: “Nessuno ha mai visto il suo dolore o la sua sofferenza. La sofferenza è invisibile, come la vita”.

Dal momento che, come abbiamo detto, il dolore è un aspetto poco specifico delle malattie, solo recentemente i medici si sono interessati alla percezione del dolore da parte dei loro pazienti. Degna di nota la frase pronunciata durante una seduta dell'Accademia delle scienze del 1847 dedicata all'eterizzazione: “Che un malato soffra o meno ha forse un qualche interesse per l'Accademia delle scienze?”⁴⁸⁶ Questa riflessione si può riproporre oggi, per l'interesse portato alla moderna medicina della terminalità. Non siamo più di fronte ad una medicina che guarisce, né ad una medicina dell'urgenza, ma si tratta qui della medicina che vive il suo scacco più drammatico: quando non c'è più spazio per lavorare ad una guarigione⁴⁸⁷.

In senso fenomenologico il dolore è prima di tutto percezione, perché è un fatto di esistenza, ovvero va ben oltre il dato fisiologico dell'alterazione somatica. È il senso del mio mondo che è in causa: la relazione spontanea e aproblematica col mio mondo crolla, così come crolla il mondo stesso. Come spiega Le Breton, ogni pena fisica comporta una ricaduta nella relazione col mondo. Il dolore in una parte del mio corpo non è solo in quella parte isolata, ma è in tutto il corpo, in tutta la vita, in tutto il mio mondo. In preda al dolore, sono inchiodato al qui ed ora, privo di trascendenza e di futuro. Sono privato del futuro perché il dolore spesso viene vissuto come se non dovesse mai finire, mentre il piacere, al contrario, viene vissuto come transitorio e fugace.

485 Henry in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p. 29.

486 Cit. in Granger in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.162.

487 La terminalità è anche psichiatrica: la diagnosi di psicosi porta il malato fuori dalla medicina quanto la diagnosi di malattia terminale. E riemerge allora il modello medico riduttivo con il conseguente appiattimento dei bisogni spirituali.

Nel dolore l'uomo è spezzato, frantumato, ridotto a questo presente che non passa mai, prigioniero in una carne che non riconosce e che gli si rivolta contro. Se non esiste più il futuro, anche il presente è annientato, fuorché per questo dolore che grida⁴⁸⁸. Non c'è più interesse verso il mondo, si perde l'appetito, il sonno, si diventa indifferenti alla vita.

3.1 Dolore e sofferenza: il vissuto emotivo

La sofferenza morale è la componente affettiva del dolore. Non sempre il dolore fisico è anche dolore morale: esistono dei dolori che sono privi di componente affettiva o di implicazioni esistenziali, quando ad esempio li dominiamo, o quando sono leggeri e passeggeri, oppure quando portano con sé un grande significato personale, come è nel caso del dolore della partoriente, e in un modo evidentemente diverso nel caso del tatuaggio, oppure quando sono associati a piacere. Questi dolori non ci destabilizzano, non ci mettono in scacco, non intaccano la nostra vitalità, anzi a volte la aumentano.

A diverso titolo comunque, ogni dolore si rapporta al mondo dell'individuo e ne induce un cambiamento. Come scrive Le Breton⁴⁸⁹ solo la lobotomia e l'ipnosi possono eliminare la componente affettiva del dolore. Nella lobotomia la persona prova il "fantasma sensoriale" del dolore, ma non ne vive "lo strappo", perché quello che viviamo è un dolore soltanto "rappresentato", ma non veramente vissuto: è un dolore sconnesso. Anche nell'ipnosi il dolore nel senso del flusso sensoriale - si sconnette dalla risonanza soggettiva.

Il dolore è strettamente dipendente da una simbolica, da cui dipende poi la risonanza soggettiva. È ad esempio importante distinguere tra violenza e

488 Il "silenzio degli organi" è la definizione del concetto di salute del chirurgo René Leriche.

489 Le Breton, 2006.

sofferenza: ci sono sofferenze che non sono violenze e sofferenze che non portano a traumatismi. Questo lo vedremo meglio più avanti, quando parleremo di dolore e cultura e soprattutto quando parleremo del trauma.

La lingua francese distingue tradizionalmente il dolore (*la douleur*), che ha a che fare con la carne, dalla sofferenza (*la souffrance*), che ha a che fare con la psiche⁴⁹⁰. La sofferenza è l'intima risonanza di un dolore, è come l'uomo gestisce, accoglie, rifiuta, lotta contro un dolore. Il dolore ci impegna sempre in un lavoro di senso⁴⁹¹, proprio perché il dolore non tocca solo un corpo, ma tutto l'individuo⁴⁹².

Se il dolore è un concetto che può essere circoscritto alla sfera medica⁴⁹³, la sofferenza è invece qualcosa che abbraccia tutto l'essere-nel-mondo, su tutti i piani di esistenza. Scrive Le Breton⁴⁹⁴: “Il dolore implica la sofferenza. Non esiste pena fisica che non comporti una ripercussione nella relazione dell'uomo al mondo. Il dolore non è del corpo, ma del soggetto. Esso non è limitato ad un organo o ad una funzione, ma è anche morale. Il mal di denti non è nel dente, è nella vita, altera tutte le attività dell'uomo, anche quelle che più ama”.

Fondamentalmente quindi il dolore è più sul versante fenomenologico, mentre la sofferenza è più sul versante esistenziale. Il dolore può essere o meno vissuto da un punto di vista esistenziale⁴⁹⁵. È il suo senso di mondo, o

490 Le Breton, 2006, p.224. “Una informazione dolorosa (*sensory pain*) implica una percezione personale (*suffering pain*)”. Le Breton, 2006, p.14. La fisiologia implica una simbologia.

491 Ivi, p.224: “La sofferenza [...] è ciò che l'uomo fa del suo dolore». E ancora: “Essa non è mai un semplice prolungamento di una alterazione organica, ma è un'attività di senso per l'uomo che ne soffre”.

492 Ivi, p.224 : “Il dolore non schiaccia il corpo, schiaccia l'individuo”

493 Le Breton, 2010, p.21: “Se il dolore è un concetto medico, la sofferenza è il concetto del soggetto che la sente”.

494 Le Breton, 2002, p.93.

495 Ad esempio un banale incidente domestico, che causi poco danno fisico e poco dolore, non è generalmente vissuto da un punto di vista esistenziale.

della perdita di mondo, che conta: si situa qui la sua esistenza. Un discorso simile potremo farlo per gli agiti autolesionistici, dove il dolore non sempre è sentito, anzi cessa di svolgere qualsiasi ruolo di protezione, ma l'interesse passa alla vista del danno fisico, che fa spesso da "segnale"⁴⁹⁶.

Il dolore porta con sé molta più sofferenza se è imposto, mentre la misura soggettiva della sofferenza è di molto attenuata quando il dolore è sperimentato consapevolmente. Se la persona padroneggia la situazione la sofferenza può essere solo uno strumento di sperimentazione, come avviene negli sport estremi e nella *body art*, oppure diventare addirittura uno strumento di lotta simbolica contro un altro dolore più grande⁴⁹⁷. Il dolore diviene quindi oltrepassamento di sé per esplorare i limiti della condizione umana⁴⁹⁸. Gli artisti della *body art* sono soliti dire che il dolore non è importante, questo perché dalla loro esperienza è completamente assente l'aspetto del *subire* il dolore. Il dolore perde il carattere di insensatezza, di passività, in una parola di tragedia.

Il dolore attiva significati affettivi e coscienza morale, e paradossalmente lo fa proprio perché inchioda l'uomo alla faticità irriducibile del suo corpo, lo viola, "spezzando l'evidenza della relazione al mondo"⁴⁹⁹. Come ricorda Le Breton⁵⁰⁰, il dolore (*Schmerz*) per Freud "è una reazione alla perdita di una evidenza di esistere attraverso una spaccatura interiore: un lutto, una separazione o una rottura dell'unità corporea". La componente emotiva del

496 Di allerta, di fine di un momento, di fine di un'epoca, etc.

497 Come una grave malattia. È il caso dell'artista di *body art* Bob Flanagan, che ha sempre dichiarato che la sua ricerca del dolore sulla scena era una lotta simbolica contro la sua malattia, la fibrosi cistica.

498 Le Breton, 2003.

499 Ivi.

500 Le Breton, 2010, p.23.

dolore è fondamentale poiché un dolore che si prolunga nel tempo o che aumenta di intensità può facilmente ingenerare stati ansioso-depressivi⁵⁰¹.

Come osserva Granger⁵⁰², oggi giorno la lotta contro il dolore non è la lotta contro la sofferenza e “questo riduzionismo farmacologico fa correre un doppio rischio, quello di vedere unicamente la sensazione dolorosa e di occultare la sua dimensione affettiva e cognitiva, e quello di lasciar intendere che ogni sofferenza sia evitabile o curabile”.

Esiste anche, naturalmente, la sofferenza senza dolore. Sono quelle sofferenze che fanno parte del percorso di ogni vita: gli abbandoni, i fallimenti, le perdite. Queste sofferenze “toccano” profondamente la nostra esistenza e si traducono in sensi di colpa, malessere diffuso, rimpianto, insoddisfazione: sono sensi di mondo che crollano.

Anche se queste sofferenze non sono a rigore dei dolori fisici, spesso si danno in forma di dolore quasi somatico. A parte la banale constatazione che il dolore morale ha mediazioni neurofisiologiche diverse, la differenza fondamentale sta nella esistenza del vissuto: il dolore morale può essere controllato, ci si può “distrarre”, mentre il dolore fisico non dà tregua alcuna ed è impossibile interromperlo. Il dolore puramente medico diviene esistenziale solo una volta che acquista un significato legato al tempo futuro⁵⁰³ oppure una volta che si intreccia saldamente con la nostra identità.

501 Granger in Granger, Charbonneau (a cura di), 2009, p.12.

502 Ivi, p.15.

503 Pensiamo all'esempio del cancro.

3.2 Dolore e identità personale

Se il dolore è “il risultato di un conflitto tra un agente eccitante e l’individuo intero”⁵⁰⁴, l’impatto col dolore modifica inesorabilmente la persona nel suo nucleo più essenziale: l’ipseità. In termini etologici il dolore rientra in quello schema “stimolo in entrata- stimolo in uscita che struttura il nostro rapporto col mondo, ma soprattutto che rende possibile la sopravvivenza e l’adattamento, partecipando al processo di individuazione”⁵⁰⁵.

Scriva Charbonneau⁵⁰⁶ che è il dolore ci colpisce troppo profondamente perché il nostro essere possa prenderne le distanze. “In ciò, esso [il dolore] mette in interrogazione la meità del sé che da in modo che non possiamo non appartenere a noi stessi”. Spiega ancora Charbonneau⁵⁰⁷: “Lo stato doloroso costituisce un’esperienza dove la struttura dell’ipseità, che costituisce il polo ontologico della nostra persona, non arriva a unirsi nella sua realtà per ritrovare se stessa in una nuova accettazione di sé, che integri la possibilità di avere male senza essere radicalmente diversa. Più ancora essa [l’ipseità] si cerca nel dolore e rifiuta di trovarvisi, ciò che dà luogo a questa tensione conflittuale intrasoggettiva”. Ecco perché il dolore depersonalizza e disintegra l’Io, non fa più riconoscere noi stessi a noi stessi⁵⁰⁸. Sotto i colpi del dolore, il sentimento di identità si erode: vi è una entità estranea che attacca l’uomo da dentro. Il dolore sopraffà l’individuo e lo schiaccia con violenza, privandolo di ogni prospettiva e frantumando il suo vissuto di unità con se stesso. Vengono alla mente qui gli usi politici del dolore, soprattutto

504 Lériche, 1949, p.401.

505 Drappo, Casonato, 2005.

506 Charbonneau, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.19.

507 Ivi, p.20.

508 Le Breton 2006, che così sintetizza: “Non sono più padrone in casa mia”.

nel caso della tortura e delle guerre: i regimi possono usare il dolore deliberatamente inflitto per smantellare il senso di identità delle persone⁵⁰⁹.

Ogni dolore induce metamorfosi, ma non tutti i dolori implicano “questo legame di chiusura, questa condanna del mio a se stesso”⁵¹⁰. Abbiamo già fatto qualche esempio parlando del parto o delle modificazioni volontarie al corpo o della body art: in questi casi alcune azioni vengono portate a termine nonostante il dolore, o addirittura alla faccia del dolore, sfidandolo e vincendolo e accrescendo così il proprio senso di identità.

Il dolore comunque induce un cambiamento: la persona si controlla di meno, può piangere o gridare in pubblico, superando il naturale pudore, oppure può ritirarsi in solitudine, sentimento che generalmente viene proprio acuitizzato dal dolore. Il mondo esterno perde di interesse perché la persona si concentra su di sé e acutizza i propri sensi per poter recepire ogni più piccolo cambiamento corporeo. Prima, finché era in buona salute, non prestava particolare attenzione al suo corpo. Ma ora tutto in lui è dolore, tutto grida, ma allo stesso tempo egli non riconosce questo dolore come pienamente appartenente a sé.

La persona fugge gli altri, ma allo stesso tempo spesso ne è dipendente per le sue esigenze fisiche. Anche in virtù di questo il senso del pudore e della vergogna si modificano, fino, nei casi più estremi, all’abdicazione a sé stessi di fronte ai “limiti spaventosi del corpo umano”⁵¹¹. Nei momenti di dolore l’individuo ha la penosa sensazione che il corpo gli sia estraneo, egli non si sente più naturalmente un tutt’uno col proprio corpo. Il dolore è “una sorta di possessione”⁵¹² che diventa un invisibile quasi personificato interlocutore. Il dolore è così “non-io” che può diventare una “pura

509 Scarry, 1985.

510 Charbonneau, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.20.

511 L’espressione è di Kafka.

512 Le Breton, 2010, p. 42.

esperienza di negazione”⁵¹³. Il nostro rapporto al nostro corpo, nella malattia, diventa un rapporto all’alterità⁵¹⁴. La dimensione originaria della corporeità è il non poter fuggire a se stessi, così come il fondo della sofferenza è l’impossibilità di interromperla.

Scrive Fuchs⁵¹⁵ che con il dolore “Sento me stesso dolorosamente incatenato al mio corpo, mentre allo stesso tempo sono ancora questo corpo. C’è una auto-contraddizione in ogni dolore e sofferenza, la quale contraddizione è il germe dell’auto-coscienza. ‘Nel dolore, un essere vuole dividere se stesso in un io e un esso, e allo stesso tempo vuole preservare la propria integrità’, come si è espresso Viktor von Weitzsäcker.” La separazione contraddittoria tra noi stessi e il nostro corpo non permane, ma più la vita ci riassorbe e più torniamo a passare sotto silenzio il corpo e più lo dimentichiamo e più “perdiamo noi stessi”. “Nessuna separazione, nessun dolore”, scrive Fuchs⁵¹⁶.

Come fa notare lo psichiatra, dall’altro lato però “un dolore acuto può, per così dire, re-incarnare la coscienza dissociata e riunirla al suo corpo.” È questa la principale ragione per l’autolesionismo cosiddetto moderato. Il dolore, spiega Fuchs “è un potente agente anti-dissociativo che stabilisce un presente immediato e blocca l’atroce sensazione di un corpo muto e depersonalizzato.”⁵¹⁷

Noi capiamo per quel che siamo e così è anche quando siamo nel dolore. Il dolore è sempre una narrazione soggettiva che implica una riappropriazione

⁵¹³ Scarry, 1985 citato in Le Breton, 2010, p.43.

⁵¹⁴ Ricordiamo a questo proposito Freud e Lacan: un fuori che è all’interno, un’estraneo che mi è molto vicino, oppure una estraneità interna (la “extimità”).

⁵¹⁵ Fuchs, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.72.

⁵¹⁶ Ivi, p.73.

⁵¹⁷ Fuchs, in Granger, Charbonneau (a cura di), 2009, p.73.

della sofferenza e di sé, una riorganizzazione delle proprie credenze e a volte anche della propria vita.

Per alcune persone il sentimento di identità, per poter essere mantenuto stabile, sembra necessitare del dolore: “l’individuo è ovunque il dolore lo tocchi, se il dolore non c’è egli rischia di avere il sentimento di non essere più nulla”⁵¹⁸.

Se da un lato l’insopportabilità del dolore sta nell’incollarci ad un presente senza futuro, la sofferenza “re-instaura una temporalità e una istorialità davanti alla quale la nostra ipseità incontra sé stessa”⁵¹⁹. Sentire dolore diventa un equivalente del ritornare all’esistenza. La sofferenza può essere l’ultimo disperato tentativo per provare qualcosa che faccia esistere⁵²⁰. Il dolore, in questo caso, rinforza il sentimento della corporeità e diventa così il punto di partenza per la ricerca dell’ipseità.

Fakir Musafar, il padre del movimento dei Modern Primitifs dice : “Per me non c’è dolore reale, ma solo una cosa, la sensazione. È formidabile provarla, perché senti di essere veramente vivo”⁵²¹.

Lo stesso Musalek, in un articolo⁵²² su depressione e ripersonalizzazione osserva che se da un lato a depressione comporta una profonda depersonalizzazione, perché produce “una crisi profonda e radicale della consistenza, vitalità ed attività dell’Io”, un dolore localizzato riesce invece spesso a produrre “una ripersonalizzazione, una ricompattazione dell’Io, un aumento del sentimento di vitalità dell’Io e di coesistenza dell’Io”.

518 Le Breton, 2010, p.16.

519 Charbonneau, G. *Pour une pathétique. Phénoménologie, herméneutique et psychopathologie de la souffrance*, Seminario, Paris VII, 19.01.2012.

520 Si pensi alla “martirologia”.

521 Musafar, citato in Favazza, 1987.

522 Musalek, 2009.

Modificare il corpo e viverne la sofferenza conduce ad essere testimoni del proprio dolore vissuto, unico, personale, non simulabile o dissimulabile. Il dolore diventa garanzia di identità perché si fonda sulla principale fatticità del corpo, l'espressione più primitiva di me stesso. Anche nell'ambito più specifico dell'autolesionismo, vedremo che a volte il dolore non ci appartiene completamente e purtuttavia viene usato per uscire da uno stato di depersonalizzazione. Questo dolore non è "nostro", ma finisce per ricondurci a noi stessi e questa possibilità è fondamentale alla base dell'agito autolesionista. "Il dolore proietta l'individuo fuori da se stesso, [rivelandogli... risorse] di cui ignorava l'esistenza"⁵²³.

3.3 Dolore e mondo, dolore e senso

C'è un nuovo atteggiamento verso il dolore che è tutto moderno e che è da mettere in evidenza: l'algofofia. Scrive Le Breton⁵²⁴: "Al giorno d'oggi la modernità trasforma la relazione di ciascun attore alla sua salute in questione puramente medica, il dolore ha perso per molti ogni significato morale o cultura; esso incarna lo spaventoso, l'innominabile. [...] I sondaggi rivelano che la paura di soffrire suscita uno spavento nettamente superiore al fatto stesso di morire. Il dolore è oggi un non-senso assoluto, una pura tortura. Esso traduce l'irruzione di qualcosa che è peggio della morte in una società che non integra più né la sofferenza, né la morte come dati della condizione umana". Come scrive Baudrillard: "Non è normale essere morti al giorno d'oggi, e questa è una novità". Nella nostra società dolore e morte sono relegati in luoghi deputati e trattati da specialisti. Le questioni della salute e della malattia sono sottratte all'uomo comune e sono affidate all'apparato medico-tecnico. Questo impedisce di mettere in campo le proprie risorse

⁵²³ Le Breton, 2006, p.226.

⁵²⁴ Ivi, p.165.

morali o gli antichi sistemi di senso. In *Confessions d'un chirurgien*, Selzer⁵²⁵ racconta uno strano episodio della sua carriera, emblema di come la desolidarizzazione del dolore dalla trama culturale possa lasciare l'uomo senza risorse e senza punti di riferimento: “Un giorno, entrando in una camera, sorprese una donna recentemente operata, con un rasoio in mano, l'addome già lacerato e la mano immersa all'interno a frugare gli organi. Dopo essere stata di nuovo curata ed essere fuori pericolo, ella interroga il chirurgo: ‘Doveva fare molto male, vero? Voglio dire: se si fosse trattato del mio corpo, avrei avuto male. Ma non sento nulla!’ E all'improvviso so, comprendo ciò che ella andava a cercare al fondo di se stessa: il suo dolore”.

Esiste una sociologia della sofferenza che ha visto la nascita, nella seconda parte del XX secolo, dell'anestesia e dei farmaci antalgici, che hanno rivoluzionato il nostro approccio al dolore e alla malattia⁵²⁶. Perché, ricordiamolo, la malattia come entità legata alla società e ad alcuni vissuti, è la creazione di una diagnosi. Senza diagnosi, la malattia sarebbe vissuta in modo completamente diverso.

Nella malattia il soggetto è ridotto al corpo che è e questo corpo parla attraverso il sintomo. Il sintomo è in qualche modo l'incorporazione della struttura del linguaggio da parte del corpo. È molto interessante la questione dell'“arto fantasma”: un arto che comunica dolore, che è segno di dolore, ma che non esiste più. Solo il dolore rimane: la sofferenza è la sola cosa che abbiamo ancora.

Il dolore, scrive Le Breton, è somatizzazione e semantizzazione⁵²⁷. Il dolore è corpo, ma anche significato, perché confronta una affezione del corpo con

525 Selzer, 1987, p.151, citato in Le Breton, 2006. p.169.

526 Il monito di Nietzsche è: “Si alla vita e quindi si alla morte”. Si al piacere e quindi si anche al dolore. Nietzsche, ne *La gaia scienza* (Nietzsche, 1993 (1882), Libro I, paragrafo XII), descrive come piacere e dolore sono annodati insieme con un laccio; chi vuole avere il più possibile dell'uno, deve avere anche il più possibile dell'altro. E si rivolge alla scienza (medica): “Se dunque volete deprimere e attenuare l'umana capacità di soffrire, allora dovete anche deprimere e attenuare l'umana capacità di gioire”.

527 Le Breton, 2006, p.223.

un mondo di valori e di sensi. Naturalmente il senso non sta presso le cose, ma il senso si “fa”, si produce nella relazione tra noi e le cose, tra noi e gli altri. Diversi orientamenti affettivi, cognitivi, culturali danno un senso, un vissuto, un’espressione diversi alla sofferenza. La sofferenza dipende dai contesti sociali, culturali, personali e anche contestuali. Esiste ad esempio una ben dimostrata influenza della madre, attraverso il suo atteggiamento, sulla sofferenza del bimbo. Anche l’estetica dei luoghi di cura influenza la percezione del dolore e addirittura direttamente il consumo di analgesici. La risposta al dolore è anche frutto dell’educazione, del credo religioso. Esso è insomma, per l’essere umano, continua attività di senso.

Nella morale stoica ad esempio il dolore è semplicemente naturale e non ha, di per sé, alcun significato. L’uomo ne soffre solo se il suo giudizio verso di esso è negativo, perché è l’opinione che l’uomo si fa degli eventi che è fondamentale. Ecco perché gli stoici raccomandano fermezza e tranquillità di fronte alle circostanze, perché l’intensità del dolore è prima di tutto una questione legata al suo senso.

Il senso del dolore è ciò che fa la sua sopportabilità o meno. Un dolore di cui non intravediamo la causa, ad esempio, ci farà soffrire di più, perché resterà nel non senso e non sarà compreso da chi lo prova. Un dolore senza senso semplicemente non può essere vissuto. Scrive Nietzsche⁵²⁸ : “Ciò che, a dire il vero, ci fa ribellare al dolore, non è il dolore in sé, ma il non-senso del dolore. Per cacciare il dolore dal mondo, siamo stati obbligati a inventare degli dei... Con l’aiuto di tali invenzioni, la vita è giunta, con gran fatica a giustificare il suo proprio male”. È infatti proprio il dolore che solleva l’annosa questione del significato del male. È la domanda di Giobbe. Il dolore, nella morale cattolica, è legato all’idea di punizione, oppure all’idea di glorificazione: chi soffre è più vicino a Dio, oppure è da quest’ultimo punito. Come sosteneva Foucault, la malattia non si è ancora del tutto

528 Nietzsche, 1992a, cit. in Le Breton, 2006, p.39.

liberata dalla metafisica del male, e non succederà presto. Secondo la Bibbia il dolore apre ad una nuova dimensione e “chi non l’ha provato conosce poche cose”.

Il senso che diamo al dolore che stiamo provando è ciò che fa il vissuto emotivo del dolore. Il dolore dei riti di iniziazione ad esempio dà origine ad una persona nuova, resa più forte perché ha superato una prova importante e finalmente ammessa in una comunità senza la quale quella stessa persona non potrebbe esistere: quel dolore è una promessa. Il dolore, in questo caso, apre al mondo perché è una nuova rinascita. Una nuova rinascita è anche il sollievo⁵²⁹ che si prova quando un dolore finisce e ci ricorda quindi il “prezzo dell’esistenza e della felicità di disporre di sé senza ostacoli”⁵³⁰. Il dolore, una volta terminato, può quindi farci aggrappare all’esistenza, in una ritrovata voglia di viverla. Il *memento mori* ci riconduce, brutalmente, a considerare ciò che è davvero essenziale e ci riconduce nei limiti intrascendibili della nostra realtà corporea.

Se nel dolore il soggetto sperimenta l’estraneità al proprio corpo, nello stesso tempo, e proprio perché è comunque e ancora il suo corpo, si ripiega su di esso. Le posizioni antalgiche sono posizioni di contrazione, di ripiegamento su se stessi: non siamo più aperti al mondo⁵³¹. Il dolore del resto, quando viene evidentemente dall’esterno, perché ad esempio tocco qualcosa di bollente e mi scotto, è anche una sorta di reminder di pericolosità: un avvertimento a non inoltrarsi nel mondo.

Il dolore spezza gli argini della persona che lo prova e la mette in uno stato di continua tensione e attesa di qualcosa di ancora peggiore: “Il dolore stesso comporta una specie di parossismo, come se qualcosa di più straziante

529 Ricordo la dialettica di piacere e dolore nel Fedone di Platone, quando Socrate parla del sollievo che gli viene quando toglie una catena che gli blocca la gamba.

530 Le Breton, 2006.

531 In un articolo su “La Presse” Marcel Proust ricorda Alphonse Daudet “Mi ricordavo bene di come un male [...] mi aveva distaccato dagli altri, reso indifferente a tutto ciò che non interessava il mio corpo sofferente, verso cui il mio spirito rimaneva ostinatamente fissato”. Proust, 1897, cit. in Le Breton, 2006, p.144.

ancora della sofferenza stesse per prodursi, come se [...] ci fosse ancora terreno libero per un evento, come se ci si dovesse ancora inquietare per qualcosa”. Scrive Charbonneau⁵³²: “Riducendo il dolore a una semplice percezione, la si impoverisce fino a renderla solo una informazione elementare come un’altra. Il dolore, in effetti, non è soltanto percepito o sentito. Il dolore è un’esperienza che si apre senza produrre nulla: esso ha una funzione di allerta che le sensazioni ordinarie non hanno. In quanto allerta esso sembra più una attesa senza oggetti, più una brusca trasformazione della temporalità, che una sensazione”.

In questa ansia, il dolore chiude la persona al mondo perché esso riempie tutto il mondo di chi lo prova e chiude l’orizzonte. Tolstoï⁵³³ fa dire a Ivan Illitch “Ma, spesso, il dolore al fianco, senza curarsi del processo in corso [Ivan Illitch è magistrato], cominciava la sua opera, sordo, ostinato. Ivan Illitch si sforzava di distrarre il suo pensiero, ma esso continuava la sua opera e stava davanti a lui e lo guardava. Ivan Illitch si sentiva paralizzato, i suoi occhi si spegnevano ed egli si chiedeva di nuovo: ‘Forse che c’è solo questo di vero?’”.

Quando il dolore non ha senso e non è compreso, esso può segnarci a vita, essendo l’impensabile che distrugge la fiducia ontologica in un mondo⁵³⁴. Può condurre alla pazzia o al suicidio. Il sentimento tragico del dolore deriva dal non avere alcun controllo su di esso⁵³⁵. Ciò che vale per le sensazioni in generale, vale a maggior ragione per il dolore: se non riusciamo a comprendere le nostre sensazioni, rischiamo di venire distrutti da esse.

⁵³² Charbonneau, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.18.

⁵³³ Tolstoï, 1958.

⁵³⁴ Le Breton, 2010.

⁵³⁵ Le Breton, 2010, p.25.

Secondo Charbonneau⁵³⁶, è la distanza tra il vivere e l'esistere che permette una meta-rappresentazione e che in questo modo ci dà la possibilità di soffrire, ma anche di gioire e di emozionarci. Questa distanza fa sì che il soffrire assuma il senso di un allontanamento dalla vita, perché, prosegue Charbonneau, il senso della distanza tra il vivente e l'esistente “riappare radicalmente nelle situazioni di crisi e nelle situazioni limite nel senso di K. Jaspers.” L'esistenzialità invece, “unica e tragicamente insostituibile [...], è estranea alla dinamica del vivente”.

Il dolore è mancanza, è perdita, è rottura degli accordi fondamentali col mondo: “là dove si dice cosa è possibile o impossibile del Vivere umano”⁵³⁷. Il gioire invece ci ricorda l'armonia di questo accordo. Secondo Charbonneau nel dolore “il mondo si dà come un gigantesco altro che subitaneamente ha presa su di me, mi spossa di me stesso, mi allontana da ciò che mi è proprio nello stesso momento in cui mi rigetta in me stesso. Ciò si dà materialmente in modo inverso alla gioia, che è dilatazione, abbandono, espansione, condivisione, etc.⁵³⁸”. In questo modo la sofferenza disorganizza il nostro rapporto al mondo. La sofferenza, continua Charbonneau, “può essere il luogo di tutte le disproporzioni antropologiche”. Il sé può essere così destabilizzato nella sofferenza “da non riuscire più a svolgere il suo compito di messa in forma e in proporzione del mondo”.

Se da un lato il dolore può condurre allo smarrimento di sé, dall'altro può dare alla vita profondità e serietà, può essere mezzo di conoscenza⁵³⁹, può

⁵³⁶ Charbonneau, *La psychiatrie phénoménologique et existentielle*. Texte du séminaire, Paris VII, 25.10.2012.

⁵³⁷ Charbonneau, *Pour une pathétique. Phénoménologie, herméneutique et psychopathologie de la souffrance*, Texte de cours, Paris VII, 19.01.2012

⁵³⁸ Charbonneau, *Pour une pathétique. Phénoménologie, herméneutique et psychopathologie de la souffrance*, Texte de cours, Paris VII, 19.01.2012.

⁵³⁹ Un verso di Mnemosyne di Hölderlin suona così: “Siamo un segno che non indica nulla,/ siamo senza dolore, e abbiamo quasi/ perso il linguaggio in terra straniera”. E Heidegger commenta: “Senza dolore, ovvero senza la forma fondamentale di sapere dello spirito”. Cfr. Houillon, in Granger, Charbonneau (dir), 2003.

proteggere da altre sofferenze ancora più terribili⁵⁴⁰. “All’insaputa del paziente, [il dolore] dà un senso alla sua vita, è paradossalmente necessario affinché l’esistenza non venga meno”. In questo senso il dolore sarebbe “una sorta di sacrificio incosciente che arriva a proteggere l’individuo da una minaccia terrificante di distruzione di sé”⁵⁴¹. Sono quelle persone che pare abbiano bisogno del loro dolore, che vi sono attaccate, dipendenti, quasi compiaciute: il loro senso dell’io si basa sul vissuto del dolore, che pare dare paradossalmente - una sorta di dignità alla loro esistenza. “Il dolore”, scrive Le Breton, “inerisce alla vita come contrappunto che dà la misura al proprio fervore di esistere. Il vivere ha valore solo se è virtualmente precario, sotto minaccia”⁵⁴². Il dolore, in quanto “principio radicale di metamorfosi” è “una metafisica”, perché dà accesso ad una identità nuova, che è passata attraverso delle prove e ha modificato il suo rapporto con mondo. Il dolore, conclude Le Breton, è un “sacro selvaggio”⁵⁴³. Fondamentale è però che, dopo la sofferenza, ci sia il sollievo. Se il dolore è cronico, la storia di vita va riscritta in tutt’altro modo. Spesso esso si accompagna alla depressione e al pessimismo che non lascia scampo. Siamo ai limiti della condizione umana: nel dolore totale, che non lascia spazio per nient’altro, la persona è legata al mondo solo dal suo stesso dolore.

540 Le Breton, 2010. p.27.

541 Le Breton, 2010, p.28.

542 Le Breton, 2006, p. 218. Lo stesso Le Breton cita Lavelle,1949, p.106: “Sono i dolori che ha provato che hanno esercitato su di lui l’effetto più grande; essi lo hanno marchiato, hanno dato alla sua vita la sua serietà e la sua profondità”.

543 Le Breton, 2006, p. 218.

3.4 L'incomunicabile e l'etica: il dolore e gli altri

“Nessun linguaggio può pretendere di comprendere questo dolore del mondo”⁵⁴⁴. Il dolore è fondamentalmente incomunicabile, crea una distanza invalicabile, ma allo stesso tempo esso è il destino comune. Come cerchiamo di rappresentarsi ciò che vive l'altro? È impossibile sentire davvero il dolore dell'altro, allo stesso modo in cui è impossibile essere nel suo corpo. La pelle è una barriera che separa dolore da dolore, corpo da corpo. L'uomo è impotente a “dire con precisione questa intimità torturante. Le parole mancano di un peso di carne”⁵⁴⁵.

Allo stesso tempo però un dolore condiviso conduce ad un sentire comune: esso è uno straordinario collante sociale, molto più potente del piacere o della gioia. Come sostiene Natoli⁵⁴⁶, con la produzione collettiva di grandi immagini del dolore, questo diventa comunicabile ed è possibile elaborarlo. È il caso ad esempio del cristianesimo e della martirologia.

Il dolore, scrive Charbonneau⁵⁴⁷, “lascia ciascuno solo, senza altra espressione che il suo lamento. Il dolore ci ritira bruscamente dalla comunità viente. Chi soffre si allontana dal mondo comune”.

Il lamento, traduce una emozione, ma è anche un messaggio molto particolare indirizzato all'altro, perché “taglia la comunicazione, trasformando l'altro in semplice ricevitore e ricettacolo”⁵⁴⁸. Il dolore smonta e infine distrugge il linguaggio, il quale si riduce, nelle situazioni più estreme, a suoni inarticolati. L'angoscia al limite può essere comunicata meglio, anche perché si possono trovare vie di sfogo nell'agire, essa può anche diventare

⁵⁴⁴ Maldonato, in Callieri, 2001.

⁵⁴⁵ Le Breton, 2010, p. 47.

⁵⁴⁶ Natoli, 1986.

⁵⁴⁷ Charbonneau, in Granger, Charbonneau (a cura di), 2009, p.18.

⁵⁴⁸ Granger, in Granger, Charbonneau (a cura di), 2009, p.13.

contagiosa. Solo il dolore è così personale da non poter essere comunicato, creando una distanza invalicabile. Si noti che spesso per esprimere il proprio dolore si usano metafore che prendono a prestito il lessico della tortura.

La sofferenza inoltre chiama a sé il pudore, a volte anche la vergogna. Non si espone la propria sofferenza a sconosciuti, ma essa risulta spesso intollerabile anche alle persone più care. Il dolore autorizza più facilmente il rifiuto sociale, soprattutto in una società, come la nostra, che non integra più in sé né la morte, né il dolore. Scrive Ricoeur⁵⁴⁹: “Soffrire è sempre soffrire troppo. A quel punto il paradosso del rapporto all’altro è meso a nudo. Da un lato sono io che soffro e non l’altro, i nostri posti sono insostituibili; dall’altro lato, malgrado tutto, a dispetto della separazione, la sofferenza [...] è appello all’altro, richiesta impossibile da esaudire”.

L’uomo sofferente è anche più in-sofferente, ha i nervi scoperti e qualsiasi piccola cosa può precipitare la sua situazione psicologica già precaria. Anche questo rende difficile il compito di chi gli sta accanto. Alcune malattie, inoltre, fanno nascere nell’individuo il sentimento di essere fisicamente indegno, quando non repellente.

Il dolore vissuto non si vede, se non c’è una alterazione corporea, esso non oltrepassa i limiti del mio involucro corporeo. Una ferita invece è visibile chiaramente. Gli autolesionisti infatti si feriscono, non si fanno “soltanto” male: deve esserci una lesione che appare. Ci sarebbero altri modi di farsi male che non comportano segni visibili, ma la “scelta” (che non è affatto una scelta) cade sulla ferita e sul sangue.

Il dolore può mettere in scacco l’incontro con l’altro, ma il legame sociale rimane un elemento determinante per il vissuto del dolore. Per questo la gestione sociale del dolore rimane fondamentale. Proprio perché il dolore è un’esperienza universalmente condivisa, esso è sempre una domanda, ancorché muta, verso l’altro: esso chiama sempre l’altro in causa.

549 Ricoeur, 1994.

Accedendo al dolore altrui, possiamo provare empatia, attraverso analogia interna⁵⁵⁰ o possiamo anche incappare in un voyeurismo di esistenza. Possiamo fare diventare la sofferenza racconto, anche se non è possibile ricordare fino in fondo una sofferenza vissuta. Ad ogni modo lo sguardo dell'altro sul mio dolore, la presenza dell'altro può essere determinante. Pensiamo all'efficacia dei placebo, ad esempio, ad una madre che consola un bambino, pensiamo anche alle varie tradizioni popolari in termini di guarigione, che spesso vedono la presenza del "tocco terapeutico", un contatto fisico che sarebbe fonte di guarigione.

“La forza del legame intenzionale intersoggettivo [...] non può accettare di essere definitivamente rotto”⁵⁵¹. Questo porta il discorso sulla tematica di dolore ed etica. Come sostiene Charbonneau, ogni spazio interumano è centrato sulla condivisione patica⁵⁵². In ogni sofferenza singola si ripropone la sofferenza che tutti hanno vissuto o prima o poi vivranno. Anche in questo senso la sofferenza chiama sempre in causa lo spazio intersoggettivo. Se non ci si può avvicinare al dolore fisico dell'altro, forse ci si può avvicinare alla sua sofferenza morale, perché inevitabilmente la sofferenza dell'altro ci chiama. Possiamo provare pena, empatia, disgusto, colpa (se ne siamo causa), ma molto difficilmente possiamo restare indifferenti; allo stesso modo possiamo diminuire o aumentare quella sofferenza, dare un senso o toglierlo. Perché non c'è più grande sofferenza di quella che viene negata, nascosta, non ascoltata.

Il dolore solleva molteplici questioni etiche, come quelle sull'uso degli analgesici o dell'eutanasia. Si può scegliere un trattamento medico piuttosto che un altro perché c'è una morale implicita che lo sostiene⁵⁵³. Così pure la dignità del dolore non è uno stato, ma una relazione sociale. Essa dipende

550 Tesi husserliana e scheleriana.

551 Garelli in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.43.

552 Charbonneau, G. *Pour une pathétique. Phénoménologie, herméneutique et psychopathologie de la souffrance*, Texte de cours, Paris VII, 19.01.2012.

strettamente dalla reazione degli altri al mio dolore. Il rischio di sentirsi “un peso” per gli altri è sempre grande. La presa in carico del dolore non può non considerare il carico di sofferenza emotiva.

3.5 Il dolore e i dolori: dalla cultura al dolore “necessario”

Il dolore si declina in una infinità di dolori, dall'ipocondria, al fachimismo, all'autolesionismo, al dolore di un piercing, al dolore durante una performance di body art, durante un parto, durante la tortura. La relazione al dolore e al corpo sofferente è diversa, come diversi sono i dolori e le culture che li accolgono.

La sofferenza è una narrazione soggettiva, perché “la cultura interiorizzata fa corpo all'individuo”⁵⁵⁴. L'atteggiamento di fronte al dolore non è mai standardizzato, mille variabili sono in gioco: la società, la cultura, le relazioni, l'educazione, la religione. Il dolore è intimo, ma è anche legato alla situazione, a come e dove e quando sono nel mondo. È per questo che per comprendere il dolore non possiamo cercare solo nell'anatomia o nella psicologia, ma in tutta la storia della persona. Eschilo diceva che il dolore è un errore della mente, che il sapere vero (e quindi l'ampliamento della coscienza) vince sul dolore. La nostra coscienza è impregnata di cultura e la cultura ha il fondamentale ruolo di relativizzare ogni esperienza, quindi anche quella del dolore.

Un primo, importante esempio, è il rapporto tra dolore e religione. Scrive Bowker in relazione all'induismo: “Fondamentalmente la sofferenza è parte dell'universo dell'essere. Può essere estremamente benefica, in particolare se è la premessa di un miglioramento, o se è il coltello che separa gli uomini dal loro attaccamento a oggetti senza valore... Ciò spiega perché l'ascetismo, una

⁵⁵³ Le Breton, 2006, p.34.

⁵⁵⁴ Le Breton, 2006, p.117.

privazione accettata volontariamente, è così importante nell'Induismo. È una parte del processo della messa in prospettiva della sofferenza... La sofferenza è il processo dell'essere divorato e, come tale, è la relazione tra i due principi conflittuali dell'universo, la spinta alla vita e la spinta alla morte”⁵⁵⁵.

Come si può notare l'atteggiamento verso il dolore è molto lontano da quello che tiene invece il cristianesimo, dove l'accento è messo sul valore di redenzione e penitenza del dolore. La distruttività del dolore viene commutata in una forma di purificazione e di educazione⁵⁵⁶. Il paradosso del dolore nel cristianesimo è che, nel redistanziamento da esso, si impedisce che divenga sofferenza morale⁵⁵⁷. “Come conseguenza della sua rappresentazione del mondo, il cristianesimo ha inventato una simbolica antalgica che per molto tempo ha permesso ai credenti di resistere ai loro mali, in un'epoca in cui i mezzi farmacologici per lottare contro il dolore non esistevano⁵⁵⁸». Non è un caso quindi che i paesi cattolici utilizzino in proporzione molti meno analgesici rispetto a quelli protestanti, che sono invece all'avanguardia nella lotta contro il dolore. L'apologia del dolore che porta avanti il cristianesimo, soprattutto nella sua versione cattolica, è una forma di dolorismo che è praticamente sconosciuta nel mondo islamico⁵⁵⁹ ed ebraico. Per il cristianesimo il dolore è inevitabile e necessario, poiché è la colpa per il peccato originale, ma non è certo un valore in sé. Come osserva Le Breton⁵⁶⁰ la sofferenza è una sorta di alchimia che “transmuta l'anima” e la avvicina a Dio. Questo però rende la sofferenza desiderabile e addirittura

555 Bowker, 1970. p. 207, citato in Favazza, 2011 (1987).

556 Le Breton, 2010, p.36.

557 Le Breton, 2010, p.37.

558 Le Breton, 2010, p.37.

559 Anche l'autolesionismo va di pari passo e pare sia sconosciuto nel mondo islamico, ma non ci sono ancora sufficienti studi a riguardo.

560 Le Breton, 2006, p. 92.

fonte di gioia. Papa Benedetto XIV scrisse che: “Con l’eccezione dei martiri, la Chiesa venera e conferisce la santità solo a coloro che sono stati zelanti nella mortificazione della carne e dei sensi”⁵⁶¹.

C’è un risvolto interessante e leggermente perverso in questa teoria della sofferenza che avvicina a Dio. Come fa notare Le Breton⁵⁶², l’asceta, il mistico, la persona “stigmatizzata”, “accumula un credito per l’eternità. Così spraffatto, Dio deve antropologicamente (se non teologicamente) approfondire la sua benevolenza sulla persona verso cui è obbligato”.

Le Goff⁵⁶³ affronta il tema del dolorismo cristiano che si diffonde nel Medioevo con i fenomeni delle stigmate e della autoflagellazione. “Le stigmate”, scrive Le Goff, “sono i segni delle ferite inferte a Cristo durante la Passione”. Esse “costituiscono un aspetto del crescente movimento di identificazione fisiologica con il Cristo sofferente che, a partire dal XIII secolo, tende a divenire un sigillo di santità»⁵⁶⁴. Ad ogni modo, come sottolinea lo storico, “[l]a flagellazione, riferita anch’essa alla passione di Cristo, incontrò quasi sempre durante il Medioevo l’ostilità della Chiesa. [...] La flagellazione non entrò a far parte delle pratiche ascetiche monastiche dell’Occidente, e il suo parziale insuccesso dimostra che l’esempio di Cristo sofferente non doveva spingersi sino ad una martirizzazione estremizzata del corpo”⁵⁶⁵.

Il dolore come è inteso dal cristianesimo, può rientrare tra gli “usi sociali” del dolore. Il cristiano, mentre soffre, partecipa al sacrificio di Cristo e in questo modo gli rende onore, quasi “sdebitandosi”. Le sofferenze di Cristo sono infatti testimonianza viva del suo amore per gli uomini. Esiste poi la

561 Citato in Favazza, 2011 (1987), p. 37.

562 Le Breton, 2006, p.183.

563 Le Goff, 2007 (2003).

564 Le Goff, 2007 (2003), p.42.

565 Le Goff, 2007 (2003), p.43.

tortura, di cui parleremo meglio tra un po', perché il corpo della tortura, il rapporto al corpo nella giustizia⁵⁶⁶ può essere vicino all'immaginario autolesionista. Il dolore inflitto può essere educativo: esso è un principio di potere e di intimidazione. Come osserva Le Breton⁵⁶⁷ la libertà di provocare dolore è l'archetipo del potere su una società o su una persona. La correzione attraverso il dolore, in uso in passato in alcuni sistemi educativi, passava attraverso il castigo corporeo. Tutti questi usi del dolore, nota Le Breton, si alimentano della disparità di forza tra gli individui e fanno emergere la "banalità del male" nella condizione umana⁵⁶⁸. "L'arte di fare soffrire l'altro per costringerlo, umiliarlo o distruggerlo, è inesauribile nelle sue realizzazioni".

È curioso come tecniche abitualmente impiegate nella tortura diventino, nell'agito dell'autolesionista, delle tecniche per curarsi. In questo caso non ci si procura il dolore per il dolore stesso, ma perché esso si opponga ad un'altra sofferenza, ben più atroce. Paradossalmente questo dolore ricompono la persona.

Ma non è così nella tortura propriamente detta. Qui invece il dolore inflitto "ha di mira lo spezzare il sentimento di identità⁵⁶⁹", fino ad annullare completamente la resistenza e la possibilità stessa di poter lottare. La tortura è una sorta di inondazione psicosensoriale, senza possibilità di pause o di filtri. Essa cancella la vittima distruggendone la personalità. Il torturatore ha il potere assoluto sul corpo, sull'intimità, sulla dignità, su tutto il mondo della vittima, che diventa un mondo interamente impastato di orrore e terrore. Il corpo viene alienato, privato di libertà, umiliato, svilito, macinato,

566 Cfr. Foucault, 1993 (1975).

567 Le Breton, 2006.

568 Le Breton, 2006, p. 18.

569 Le Breton, 2006, p.197.

stigmatizzato fino a perdere completamente la sua umanità. Nel corpo, è l'uomo che deve essere spezzato, in ogni modo utile.

Il dolore nello sport è invece un dolore profondamente diverso, è un dolore a cui si dà il proprio consenso e che si controlla attivamente, è un dolore a cui ci si “allena”. Molti atleti dicono che per ben riuscire nel loro sport “bisogna saper soffrire”. Ma qual è il punto fondamentale del dolore sportivo? Come scrive Le Breton, l'atleta è assolutamente e direttamente padrone della pena che si infligge e della durata della stessa: gli può in ogni momento sospendere uno sforzo che giudica troppo intenso.⁵⁷⁰ Il dolore è sotto il diretto controllo dell'atleta, gli fornisce un limite e allo stesso tempo una spinta al suo superamento. Simbolizza il contatto fisico col mondo⁵⁷¹. Come osserva Le Breton, questo tipo di dolore mette alla prova la forza di carattere, in una sorta di lotta intima contro la sofferenza. La persona si scontra col mondo e con le sue risorse personali. Le Breton riporta le parole di un pugile: “Se non puoi colpire, vieni colpito, un modo di sapersi ancora in vita”⁵⁷².

Il dolore iniziatico è quello dei riti di passaggio, che hanno la funzione essenziale di creare e mantenere la comunità. Siamo qui parlando dei riti delle società tradizionali, ma nei gruppi di pari degli adolescenti ritroviamo almeno in parte anche questa funzione, quando si parla di tatuaggi o piercing. Il rito doloroso fa da collante sociale: un dolore condiviso lega molto più di quanto non lo farebbe qualsiasi altro evento piacevole⁵⁷³. La prova dolorosa forgia il carattere e testa la forza di volontà e la maturità.

⁵⁷⁰ Le Breton, 2006, p.205.

⁵⁷¹ Le Breton, 2006, p.206.

⁵⁷² Le Breton, 2006, p.207.

⁵⁷³ Le Breton, 2006, p. 211.

Riporta Favazza⁵⁷⁴ che in quelle cerimonie dove sono presenti fenomeni di autoferimento spesso gli iniziati entrano in uno stato alterato di coscienza, una sorta di *trance* e quando ne escono sostengono di non aver sentito alcun dolore e di non essere coscienti delle loro ferite. Potenza della comunità? Fakir Musafar scrive: “Non senti il dolore, il corpo lo sente, e tu lo osservi registrando o provando la sensazione. Allora non si tratta più di dolore. Se puoi imparare a separare la tua coscienza e la tua attenzione dal tuo corpo, allora puoi fargli qualsiasi cosa e non sentire la sofferenza”⁵⁷⁵.

Il dolore trasfigura la persona, la modifica anche fisicamente, e questa modificazione ha un forte valore simbolico. Nasce un uomo nuovo, consapevole di aver superato una prova importante. Il dolore è “l’inchiostro della legge comune scritta sul corpo dell’iniziato”⁵⁷⁶. Esso è “una incisione del sacro [...] che pone un marchio sulla pelle, sotto forma di memoria indelebile di cambiamento. Esso apre un mondo al di là della percezione che provoca”⁵⁷⁷.

Esistono molti altri dolori. Altri esempi significativi sono il dolore nella body art. Qui esso è semplicemente indifferente e non ci si ferma di fronte ad esso. Esiste il dolore estremamente ambiguo del parto; esiste il dolore nel masochismo, altro dolore ambiguo perché profondamente intrecciato col piacere e l’eccitazione sessuale. È da sottolineare però che, al di là delle sue fantasie, il masochista⁵⁷⁸ non ha una soglia del dolore più alta o una alterata percezione dello stesso⁵⁷⁹: anche qui è il vissuto emotivo che fa la differenza.

574 Favazza, 2011 (1987), p. 79.

575 Le Breton, 2002, p.94.

576 Le Breton, 2006, p.209.

577 Le Breton, 2006, p.216.

578 Trovo importante non confondere l’autolesionismo con il masochismo, per quanto alcuni comportamenti sessuali estremi, come quelli legati allo strangolamento, all’asfissia e alla stimolazione elettrica, possano essere estremamente auto-lesivi fino ad essere letali.

579 Le Breton, 2006, p.52.

Esistono poi dei dolori che verrebbe quasi da definire “necessari”. Al di là del dolore cronico, che diventa parte integrante della vita di una persona, abbiamo, peraltro su un piano completamente diverso, l’ipocondria. Il dolore ipocondriaco assicura una pre-occupazione per sé e quindi una provvisoria identità e ricompattazione attorno ad un problema. Ci si preoccupa per le componenti del corpo, forse alla ricerca inconsapevole di una unità perduta. Nell’ipocondria si concentrano tutte le proprie preoccupazioni in una specifica area: la ipotetica malattia fisica è un modo per limitare ad un solo punto una emorragia che è invece diffusa in tutta la vita.

Il dolore che dà senso, il dolore per esistere persiste anche presso individui non religiosi, che subiscono l’impronta morale del dolore come pena da superare. Soffro, dunque sono⁵⁸⁰, è l’identità che ne ricavano. È come se il dolore fornisse una autorizzazione ad esistere.

Esistono persone che si fanno spesso involontariamente male, che si auto-causano incidenti a ripetizione, in modo non cosciente e deliberato. “Al limite infliggere a sé stessi un involucro reale di sofferenza è un tentativo di restituire la funzione di pelle contenente non esercitata dalla madre o dall’*entourage*”⁵⁸¹. Non necessariamente si tratta di dolore fisico da incidenti causali, ma si tratta di malattie, oppure di fallimenti di vita, di abbandoni, che incoscientemente cercano per autorizzarsi ad esistere.

Esiste poi tutto un filone che possiamo riassumere con termini quali patetismo, estetica della morte, estetica del corpo sofferente⁵⁸². Siamo nell’ambito dell’estetica della distruzione, dell’isteria triste⁵⁸³ o cupa, della

580 Le Breton, 2006, p.185.

581 Le Breton, 2006, p.185. Sono i cosiddetti *pain prone patients*.

582 Rimando al testo di Ugolini (Ugolini, 2009). Si tratta di un testo sull'iconografia della distruzione corporea e dei profondi motivi di questa rappresentazione del corpo ferito, lesionato "auto-distrutto".

583 Charbonneau, 2007.

valorizzazione della sofferenza dell'esistenza⁵⁸⁴. Il pessimismo dell'esistenza porta a costruirsi una identità sofferente. L'estetica è legata alla patetica attraverso la moda dei vampiri che è in voga oggi presso gli adolescenti, moda che, è da notare, rimanda direttamente al consumo e allo scambio di sangue. L'estetica della morte è abbastanza diffusa tra gli adolescenti: la tanatologia è spesso legata ad ambienti gotici, così come è tra gli adolescenti che troviamo spesso quell'isteria triste e cupa⁵⁸⁵ che porta ad amare le cose che soffono, ai comportamenti ordalici, agli stati limite. Ma cosa si cerca con questi atteggiamenti?

Vi è una seduzione essenziale della barbarie, particolarmente nell'adolescenza: l'adolescente è quel barbaro che uccide il bambino dei suoi genitori. E lo uccide ad esempio attraverso droghe o tatuaggi. La distruttività è in fondo vita ed eros, un eros che porta alla morte, morte che in questo senso diviene vita per eccellenza.

Da citare in questo contesto il libro *Polina 1880* di Pierre Jean Jouve⁵⁸⁶. Il romanzo, ambientato a Torino, narra di una personalità passionale fino all'eccesso, fino a cercare di soffrire, al limite col misticismo. Vi si mescolano sensualità e morte, amore carnale e mistico. La protagonista, personalità potentemente passionale e torturata, è affascinata da immagini religiose di corpi martoriati e sanguinanti, avrà una relazione adultera e poi una esperienza mistica, ma darà scandalo anche in convento. La passione amorosa sarà così travolgente da rifiutare il matrimonio e infine uccidere l'oggetto del suo desiderio, per poi tentare di uccidersi. Dopo essere stata in prigione, finirà la sua esistenza conducendo una vita povera e serena.

La dimensione mistica dell'amore si intreccia in questo testo con la volontà di soffrire e di offrire questa sofferenza a qualcuno. È significativo

584 Cfr. Cioran.

585 Mi richiamo sempre alle riflessioni di Charbonneau. (Charbonneau, 2007).

586 Jouve, 1959 (1925).

infatti che il tema dell'amore carnale si leghi a quello dell'amore mistico, il tema del soffrire al far soffrire.

Scrive Nietzsche in *Genealogia della morale*: “la sofferenza, la malattia, la bruttezza, il danno volontario, la mutilazione, le mortificazioni, il sacrificio di sé sono cercati allo stesso modo di un godimento”⁵⁸⁷. Ci si compiace della derelizione. L'odio del mondo e di sé si esprime in una sorta di lamento depressivo. Il desiderio qui non è di modificare il corpo, ma semplicemente quello di soffrire: vogliamo avere male.

Questa isteria di sofferenza, o isteria cupa, può nascondere una depressione latente oppure dell'impulsività, oppure una estetica ordalica del tutto per il tutto, comune agli stati borderline. Scrive Charbonneau, parlando della situazione esistenziale delle persone isteriche: “Isteria cupa significa che il mondo è sempre nero, non è portatore di alcun avvenire, e che, coscienza infelice, non fa che esprimere questa condizione d'essere. Possiamo chiamarlo lo stile barocco nero.”⁵⁸⁸ Prosegue Charbonneau: “La cupezza può avere il viso del pessimismo mondano, del disincanto o del discorso eccessivo che deplora la decadenza generalizzata.” Nella moda gotica adolescenziale è centrale l'immagine di morte e in questo espressionismo “nero” la sofferenza si ubriaca di sé stessa. Il gotico fantastico può giungere al cinismo, all'iperrealismo pseudodepressivo. Ma, è utile ricordarlo, l'estetica della miseria si ferma dove comincia la vera miseria.

Il dolore del tatuaggio è un dolore “non importante”, un dolore rispetto al quale si passa oltre, godendosi anche il piacere del fatto che la mente riesca a padroneggiare il proprio corpo. Le Breton⁵⁸⁹ riporta i racconti sul dolore del piercing: “Il momento della penetrazione nella carne è paragonato anche a una droga naturale al 100 %, dà l'impressione di librarsi in aria, anche se si

⁵⁸⁷ Cit. in Jonkeere, 2009, p.24. Nietzsche sta parlando qui della vita ascetica.

⁵⁸⁸ Charbonneau, 2007, p.68.

⁵⁸⁹ Le Breton, 2002, p.101.

ridiscende velocemente”. E ancora: “È una sensazione di apertura del corpo e di comunicazione con l’ambiente. È abbastanza terribile da vedere perché è comunque un’incisione abbastanza profonda e si vede il corpo che si apre”.

Il dolore dell’autolesionismo è invece quel dolore che affronteremo nel prossimo capitolo, il vero cuore pulsante (e sanguinante) di tutto questo lavoro. Vedremo che da un certo punto di vista non sarà un dolore così diverso dagli altri di cui abbiamo parlato, dall’altro per la sua funzione è piuttosto paradossale. Il dolore in questo caso serve come strategia di adattamento, è un dolore omeopatico, è un dolore che dà una scossa tale da riportarci al mondo e ad una qualche forma di equilibrio. Come afferma Le Breton, l’attacco al proprio corpo sembra l’ultimo tentativo disperato di mantenersi al mondo, di fare presa sull’esistenza.

Parte 4: Semiologia dell'autolesionismo

“Ciò che vi è di più profondo, è le pelle”

Paul Valery

4.1 La teoria del segno: il marchio

“Caino fu il primo, e il suo marchio significava che l’infamia e la degradazione sarebbero rimaste per sempre impresse sul corpo: permanenti, visibili a chiunque, impossibili da dimenticare”⁵⁹⁰.

In un recente articolo su *Le Monde*⁵⁹¹, intitolato significativamente “Tatuare, oro sulla punta degli aghi” leggiamo che “[i]n Francia questa pratica è passata, in alcuni anni, dalla controcultura alla cultura di massa. Un francese su 10 sarebbe tatuato”. Il giornalista intervista un tatuatore professionista che racconta che, in trenta anni di carriera, la domanda ha sempre oltrepassato l’offerta e che un buon tatuatore guadagna più di un medico. Il tatuaggio, commenta il giornalista, ha subito un lento e potente movimento di democratizzazione: in trent’anni la Francia è passata dall’averne 40 tatuatori all’averne 3000/4000.

Qual è il significato del marchio? Cosa vuole fare chi danneggia il confine psicocorporeo dell’Io? Come pensare un passaggio all’atto che è un “passaggio al corpo”? Perché si usa la modificazione corporea per esprimersi e riappropriarsi del proprio corpo? Il marchio è innanzitutto l’interfaccia tra lo psichico e il sociale.

Come scrivono Rossi Monti e d’Agostino⁵⁹², “quando il corpo è usato come ‘testo’ si rende necessario un lavoro di interpretazione”. Ogni marchio va nella direzione di percepire il corpo come proprio e ha un senso esistenziale specifico. Il branding ad esempio, che abbiamo già descritto nel dettaglio, ha origine dalla pratica del marchiare gli schiavi, indicandone

⁵⁹⁰ Pietropolli Charmet, Marcazzan, 2000, p.28.

⁵⁹¹ “Le monde”, dimanche 9, lundi 10 mars 2014.

⁵⁹² Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p. 61.

incontrovertibilmente la condizione di uomini non-liberi e indicando anche chi era il loro padrone. La pratica è poi passata a identificare eretici e criminali ed è tuttora usata per identificare la proprietà di animali. Come nota Rossi Monti⁵⁹³, metodi come il brading o il cutting “[p]resso alcune culture tribali [venivano usati] a fini terapeutici: per sopportare ad esempio il dolore provocato dalla perdita di una persona amata, spostandolo sul versante fisico”. In questo modo non si mette solo alla prova la propria resistenza al dolore, che da psichico viene concretato in fisico, non si agisce solo esteticamente sul corpo, ma si cerca di creare un legame con la spiritualità. “Le forze del desiderio e del cambiamento agiscono sulla superficie del corpo, ne sfiorano i confini lasciando una traccia di gocce rosse e ferite nere”⁵⁹⁴.

Pietropolli Charmet e Marcazzan mettono invece in evidenza la differenza tra il significato dei rituali iniziatici delle popolazioni primitive e i segni di devozione della tradizione cristiana: “Tale corpo diveniva [...] il luogo di scambio tra i mondi umano, divino e naturale e in esso si concentravano valenze estetiche, magiche e sociali. Nella tradizione biblico-cristiana, al contrario, i segni della devozione che passavano attraverso il corpo erano esclusivamente collegati a pratiche di penitenza e mortificazione”⁵⁹⁵.

Più sopra abbiamo detto che il branding ha avuto il senso di marchiare schiavi e criminali. Il tatuaggio è tornato alla ribalta dopo essere stato visto presso i “selvaggi” nelle spedizioni oltreoceano e si è infiltrato pian piano nella sottocultura di una società. Per il criminologo Lombroso anche gli individui tatuati erano dei selvaggi, poco civilizzati e come tali inclini alla delinquenza: il tatuaggio è dunque comune sia ai criminali che ai selvaggi e

593 Monti, d’Agostino, 2009, p. 56.

594 Marenko, 2002, p. 123.

595 Pietropolli Charmet, Marcazzan, 2000, p.30.

deriva da una poca intelligenza e da una insensibilità al dolore che, sempre secondo Lombroso, si troverebbe anche presso alcuni malati mentali⁵⁹⁶.

Come fa notare Le Breton⁵⁹⁷ “[n]ell’immaginario dell’epoca, riferito alla barbarie, esso [tatuaggio] non poteva essere fatto per una scelta deliberata”. Un tempo le persone che si tatuavano erano marinai, soldati, detenuti, prostitute, ovvero persone ai margini e che si identificavano spesso con questa marginalità, fino ad esibirla su di sé. “Il tatuaggio è un modo di usare il corpo invece della parola per dire al mondo il proprio rifiuto e affermare la propria differenza. [... Esso] denota una volontà di staccarsi dal resto della società. Si proclamano attraverso il corpo dei principi che orientano l’esistenza. La pelle prende la parola”⁵⁹⁸.

E prendendo la parola, sia pure con la nostra pelle, diventiamo attivi invece che passivi, non subiamo le circostanze, ma in qualche modo le “scegliamo”.

I tatuaggi dei detenuti non erano certo fatti con i moderni dermografi o con attenzione alle norme igieniche e questo causava molto più dolore. Dolore che viene valorizzato come prova di virilità. “Il tatuaggio è qui un potente segno di affiliazione, l’imminenza dei combattimenti avvicina gli uomini nel sentimento di uno stesso destino e di una stessa solidarietà”⁵⁹⁹, al di là delle nazionalità.

Le Breton analizza la diversità di senso tra i tatuaggi dell’epoca di cui abbiamo appena parlato e i tatuaggi dei nostri giorni. Oggi il tatuaggio può essere una presa di distanza, può cercare di rimpiazzare dei limiti di senso che non ci sono più “attraverso un limite su di sé”, che permetta di

596 Lombroso, 1895, p.310.

597 Le Breton, 2002, p.57.

598 Le Breton, 2002, p. 57.

599 Le Breton, 2002, p.39.

riconoscersi finalmente⁶⁰⁰. Esso è “protesi identitaria, superficie protettiva contro l’incertezza del mondo [...] dimostrazione di uno stile di presenza”⁶⁰¹.

I marchi corporei delle società tradizionali, scrive ancora Le Breton, ripetono “forme ancestrali inscritte in una filiazione”, mentre i tatuaggi contemporanei “hanno come obiettivo l’individualizzazione e l’estetizzazione”, rimettendoci di nuovo al mondo⁶⁰². Il marchio tradizionale rende tutti uguali all’interno di una comunità con obiettivi comuni, mentre nella nostra società, dove trovare “radici” è sempre più difficile, il marchio ci differenzia dagli altri e dall’ambiente, diventando simbolo della nostra, desiderata o subita, unicità.

Il tatuaggio perde completamente il suo senso di ribellione sociale, come era negli anni 70 e 80, e si distacca anche pian piano dall’essere un proclama di unicità. Le modificazioni corporee dei giorni nostri diventano quasi fenomeno culturale, piuttosto che moda, e cambiano l’ambiente sociale, incarnando nuove forme di seduzione⁶⁰³.

Scrive Antonin Artaud⁶⁰⁴ : “Dalla pelle si farà entrare la metafisica negli spiriti». Il tatuaggio può essere certo un modo per controllare o cancellare una sofferenza personale, ma anche essere visto come protezione, come amuleto da portare addosso. Il tatuaggio parla. Come osserva Borel, nella stessa epoca di Lombroso, Lacassagne obietta che la causa del tatuaggio può non essere la “primitività”, ma, a volte, “il bisogno per le persone analfabete di esprimere certe idee”⁶⁰⁵.

600 Le Breton, 2002, p.9.

601 Le Breton, 2002, p.10.

602 Le Breton, 2002, p.11.

603 Le Breton, 2002, p.15. Cfr. Clifford, 1996.

604 Artaud, *Le théâtre et son double*, cit. in Borel, 1992, p.137.

605 Borel, 1992. Cfr. Lacassagne, 1881.

4.1.1 Estetizzazione

Tra l'autolesionismo e alcuni altri marchi corporei estetici, i limiti sono molto sfumati. Alcune tipologie di modificazioni estetiche al corpo (per quantità oppure qualità) possono tranquillamente essere considerate come forme arcaiche mal elaborate di autolesionismo.

Ci sono segni corporei che non hanno come obiettivo di essere mostrati, altri che tengono traccia di qualche cosa, altri che hanno valenza estetica sia nel senso più ampio del termine, sia nel suo senso più ristretto. Il tatuaggio può essere concepito per erotizzare il corpo, ma in questo caso il paradosso è che il tatuaggio, come il piercing, abolisce la nudità, ne abolisce alla radice la stessa possibilità. Il piercing poi, in quanto metallo, rende un'immagine di devitalizzazione e di morte. Il corpo diventa scena e in un qualche modo si abolisce e si desessualizza, magari proprio nello stesso momento in cui dichiara la libertà sessuale.

Siamo nel pieno della violenza espressiva estetica della nostra epoca, la quale mostra una certa condizione che tutti viviamo in rapporto al corpo. La tribalità sociale post-moderna vede la sessualità come tentativo di accentrare lo sguardo dell'altro sul proprio corpo e il tatuaggio o piercing è un mezzo a questo scopo, oltre che un mezzo per ri-narcisizzare il corpo.

Come fa notare Borel⁶⁰⁶ “[i] tatuaggio contemporaneo si riferisce ad una storia individuale, o a quella di un gruppo ristretto; esso è velleità di comunicazione, ricerca di identità. È un lamento narcisistico su una vita particolare e, in ciò, marginalizza. Le iscrizioni delle civiltà senza scrittura, invece, rendono possibile l'equilibrio tra identità e appartenenza a una collettività. Non soltanto esse facilitano l'integrazione dell'individuo nella comunità, ma costituiscono un rituale indispensabile di accesso alla dimensione sociale. Il tatuaggio del marginale rinvia al corpo proprio, il

⁶⁰⁶ Borel, 1992, p.173.

tatuaggio del primitivo rinvia al corpo sociale”. Il proprio corpo viene quindi estetizzato come unico e si cerca di attrarre lo sguardo su di sé in quanto diversi dagli altri. L’estetica diventa una sorta di etica sociale.

Dai vestiti permanenti in Giappone, ai tatuaggi incompiuti al simbolo del dragone o della svastika⁶⁰⁷, la pelle diventa un totem. L’estetizzazione di sé rimanda all’incontro con l’altro con un corpo “segnato”, ma anche all’estetizzazione della relazione a sé. Scrive Pessoa: “Mi sono talmente esteriorizzato all’interno di me stesso, che non esisto più se non esteriormente”⁶⁰⁸.

La prima ragione per cui facciamo un tatuaggio è la convinzione che sia bello. L’apprezzamento estetico è fondamentale e la nostra pelle diventa così fondamentalmente esposta ai giudizi degli altri⁶⁰⁹. La dipendenza dal giudizio dell’altro può diventare dipendenza da tatuaggio. “La volontà di decorazione corporea una volta iniziata non si ferma facilmente, e l’individuo si trova trascinato in una ricerca di affermazione personale ed estetica”⁶¹⁰. E ancora: “[l]e modificazioni corporee diventano una forma di dipendenza. Alcuni evocano addirittura un vocabolario proprio della tossicomania per definirsi ‘tossicodipendenti’, dipendenti dai tatuaggi e dai piercing”⁶¹¹.

Le Breton⁶¹² parla di una “estetica della presenza” e della “tentazione di fare del proprio corpo un museo o una sala di esposizione a uso intimo”. Quando imprimo un segno indelebile sul mio corpo, mi trovo di fronte ad una situazione di sdoppiamento dello sguardo: guardo me stesso come se fossi un altro. Io sono colui che guarda e anche colui che è guardato. Con un

⁶⁰⁷ Come nota Borel (Borel, 1992, p.173) “Il dragone è probabilmente l’immagine di potere più diffusa a livello geografico”. Anche la svastika è un simbolo millenario.

⁶⁰⁸ Pessoa, *Il libro dell’inquietudine*, 2002, p.215.

⁶⁰⁹ Le Breton, 2002.

⁶¹⁰ Le Breton, 2002, p.135.

⁶¹¹ Le Breton, 2001, p.136.

⁶¹² Le Breton, 2002, p.103.

piercing posso esistere un istante agli occhi di chi mi guarda, anche solo magari di uno sguardo scettico. Chi ha un piercing è spesso felice di essere notato per questa sua particolarità⁶¹³.

Avere un tatuaggio o un piercing modifica le abitudini quotidiane e modifica di conseguenza, anche sotto questo aspetto, la relazione al corpo. Pensiamo alle pratiche di disinfezione dei primi giorni, alla attenzione alle bende che coprono il tatuaggio, alla necessità di non esporre al sole la parte. Nel caso del piercing invece bisogna fare attenzione a non impigliarsi, anche solo quando si fa una doccia. Si sovrainveste il luogo del corpo dove si è proceduto ad una modifica, che poi generalmente viene integrata nell'immagine di sé. Con le modificazioni corporee, inoltre, si possono fare esperienze tattili e sensoriali diverse, nascono nuovi modi di toccare la carne, nuove vie di accesso al corpo vissuto.

4.1.2 Per sempre

Il tatuaggio è per sempre, esattamente come vorremmo fosse stabile il nostro nucleo più profondo. La cicatrice, il tatuaggio, il *branding*, diventano l'irrimediabile, ciò che non possiamo mai più eliminare. Se esiste una filosofia del tatuaggio, essa dà l'idea di qualcosa di radicale e definitivo, orientato nella direzione di fermare il *tourbillon* e fissare qualcosa nel tempo: è la ricerca di un segno per sempre.

Scrivono Strong: “Ad eccezione dei piercing, i marchi sono indelebili. Non possono essere rimossi senza ricorrere a interventi invasivi e dolorosi. Sono un impegno per la vita, un segno che qualcuno è stato cambiato per sempre. In un mondo che è sempre più fugace — dove metà dei matrimoni finiscono in divorzio, il lavoro non è più per la vita, e poche persone nascono e muoiono all'interno della stessa comunità — un tatuaggio o una cicatrice

⁶¹³ Le Breton, 2002, p.139.

possono avere un effetto stabilizzante. Offrono la rara esperienza della permanenza, anche se quella permanenza è illusoria.⁶¹⁴

Il tatuaggio ha qualcosa di tragico nell'essere una traccia definitiva: sappiamo che sarà per sempre così. Il *piercing* invece non è per sempre, si può togliere, e in genere infatti le persone non lo tengono a lungo, al contrario del tatuaggio che lega e segna il corpo in modo indelebile.

Il tatuaggio, così come la cicatrice, è l'indelebile e in questo è radicalità assoluta. La differenza fondamentale che possiamo tracciare tra le modificazioni corporee sta proprio nella loro reversibilità. Come abbiamo visto, il *piercing* è reversibile, come anche la rasatura delle sopracciglia è qualcosa di reversibile.

Come sono in aumento le persone che si tatuano, così sono in aumento anche quelle che si de-tatuano, attualmente con procedure molto complesse, lente, costose e non sempre dal risultato impeccabile. Come osserva Le Breton, “[i]l problema di ritrovare una pelle vergine sembra tanto vecchio quanto il tatuaggio stesso”⁶¹⁵.

4.1.3 Un “segno di identità”

“Il tatuaggio traduce le passioni, le ossessioni mescolate di vita e di morte, di violenza e di sacro; esso appare come un linguaggio simbolico dal lessico difficile da stabilirsi. Il proprio delle passioni non è esattamente quello di fuggire a ogni nostra classificazione razionale?”⁶¹⁶.

La traccia corporea ci fa appropriare del nostro corpo. Scritta col dolore, è quasi una futura assunzione di responsabilità di fronte a delle circostanze

614 Strong, 2000 (1998), p. 149.

615 Le Breton, 2002, p.145.

616 Borel, 1992, p.168.

generalmente significative. È vero che esistono tatuaggi o piercing fatti solo “per moda”, ma in quel caso è il gesto stesso, l’atto del sottoporsi a questa modifica del corpo che fa la “gravità” della circostanza e dà una prova di sé (a se stessi o agli altri). Il tatuaggio modifica e amplia l’immagine del corpo, dandogli una presenza quasi “accresciuta”.⁶¹⁷ L’individuo si identifica con i suoi tatuaggi. Scrive Borel⁶¹⁸ che un esploratore del secolo scorso aveva fatto un ritratto ad un indigeno. Il ritratto era fedele, ma i tatuaggi erano stati omessi. L’indigeno non si riconobbe affatto in quella raffigurazione, peraltro realistica, ma si riconobbe solo una volta che i tatuaggi furono aggiunti al disegno. “L’immagine dello specchio passa attraverso gli intrichi della cultura»⁶¹⁹.

Un segno di identità che passa attraverso gli occhi dell’altro, compensa la sua mancanza, può farsi sostituto e memoria. Alcuni tatuaggi dei marinai o dei carcerati raffiguravano donne: un modo per render il proprio corpo un feticcio. Come nota Borel⁶²⁰ il tatuaggio si propaga inizialmente proprio nelle società “monosessuali” (militari, prostitute, prigionieri).

Attraverso la modificazione corporea il corpo si veste e può diventare in potenza molti altri corpi: “una folla di identità possibili da rivestire provvisoriamente o durevolmente”⁶²¹. Si cambia corpo per cambiare vita e allora il tatuaggio diventa una sorta di “firma di sé attraverso la quale l’individuo si afferma in una identità scelta”⁶²². L’individuo si fa “artigiano di sé”, “inventore di forme che lo mettono al mondo. Egli si iscrive allora in

617 Borel, 1992, p.171.

618 Borel, 1992, p.153.

619 Borel, 1992, p. 153.

620 Borel, 1992, p.163.

621 Le Breton, 2002, p.215.

622 Le Breton, 2002, p.216.

una struttura antropologica che fa giustamente del corpo la condizione umana”⁶²³.

Nel corpo si cerca l'identità. Le Breton riporta casi di persone tatuate che hanno incubi sul fatto di svegliarsi senza più tatuaggi, oppure di persone con piercing che hanno l'incubo di trovarsi in un mondo dove invece tutti hanno il piercing⁶²⁴. In questo modo la loro identità si disperderebbe, la loro particolarità verrebbe annullata.

Il marchio corporeo fa letteralmente cambiare pelle⁶²⁵, e in questo cambiamento dà stabilità. Un esempio molto forte è quello del tatuaggio in carcere, luogo in cui la persona è privata anche della gestione del suo corpo. Con un tatuaggio ci riappropriamo del nostro corpo e lo investiamo narcisisticamente. Possiamo anche tatuarci persone o cose che vorremmo tenere con noi. Il marchio diventa un marchio di libertà, simbolo di potere su se stessi e sul proprio corpo. Senza contare che l'eseguire un tatuaggio può movimentare giornate altrimenti tutte uguali e rompere la noia della *routine*, impegnati in un'opera di “cura di sé”. Come nota Le Breton, in prigione il tatuaggio è molto più doloroso e questo non fa che accentuare il fatto di “sentire fortemente il suo corpo in una attività di cui [la persona] ha deciso le condizioni”⁶²⁶. Sottolinea ancora Le Breton, che questo atto testimonia coraggio e mascolinità di fronte ad un gruppo sociale per cui queste caratteristiche sono importanti. “L'atto lo libera dalle tensioni psicologiche accumulate e apre ad una sorta di respirazione corporea che rinforza anche la stima di sé e permette di continuare a battersi”⁶²⁷.

623 Le Breton, 1990.

624 Le Breton, 2002, p.168

625 Le Breton, 2002, p.162.

626 Le Breton, 2002, p.54.

627 Le Breton, 2002, p. 54.

Diversa è la situazione dell'adolescente dove “[m]archiare il proprio corpo è prima di tutto darsi l’illusione di poterlo controllare, quando la sua metamorfosi sfugge all’adolescente, lo preoccupa e lo supera”⁶²⁸. Il corpo dell'adolescente si modifica ed egli ha perciò bisogno di farlo suo, di addomesticarlo, di controllarlo. “Ne cerca i contorni e i limiti, alla ricerca di un'immagine di sé che gli sfugge sempre.”⁶²⁹ I vestiti, la pettinatura, il trucco sono sicuramente un modo per appropriarsi del proprio corpo, ma piercings e tatuaggi hanno un effetto molto più forte. Nello stesso momento l'adolescente valorizza il suo corpo, lo estetizza, lo individua e si conforma ad un gruppo di pari⁶³⁰, dove il tatuaggio diventa una sorta di moderno “rito di iniziazione”⁶³¹. Se il tatuaggio diventa “moda”, l'adolescente imita semplicemente i coetanei per essere come loro. Sono le condotte “me too”⁶³².

Un tatuaggio permanente indentifica una persona agli occhi di tutti, e ne abbiamo tristissimi esempi nella storia. Il tatuaggio ha funzione di costruzione di identità. Possiamo immaginare anche figurativamente la scarificazione come un rinnovare la pelle, *faire peau neuve*, si dice nella lingua francese, ovvero fare una pelle nuova. La cicatrice che rimane è appunto una nuova pelle che è ricresciuta.

Kim Hewitt⁶³³ riconduce alcune modificazioni corporee, soprattutto fatte da donne, ad un tentativo di far fronte a violenze fisiche, sessuali o psicologiche. In questo caso il senso della modificazione corporea è molto vicino a quello dell'autolesionismo: si tratta di quello che Le Breton ha chiamato un “dolore omeopatico”.

628 Jeammet, 2010 (2007), p.37.

629 Jeammet, 2010 (2007), p.37.

630 Molto diverse tra loro sono le situazioni in cui l'autolesionismo dell'adolescente è una sorta di rito collettivo oppure quelle dove è invece un rito privato.

631 Jeammet, 2010 (2007), p. 37.

632 Gaddini, 1989 (1968), citato in Jeammet, 2010.

633 Hewitt, 1997. Cit. in Le Breton, 2002, p.167. Cfr. Jeffrey, 1998.

4.1.4 Appartenenza, alienazione o appropriazione di sé?

Abbiamo detto che il marchio corporeo può definire la libertà o la non libertà (che si parli di libertà civiche o di libertà amorose). Il tatuaggio può difendere una identità, può essere segno di emancipazione da uno spazio comune divenuto opprimente, oppure può essere il marchio corporeo di schiavi, deportati o animali di proprietà di qualcuno. Abbiamo visto che alcuni animali vengono marchiati, oppure portano un anello al naso o a una zampa. Se vediamo gli stessi segni su un essere umano, questi ci riportano alla questione dell'alienazione del corpo, dell'essere incatenati da qualcun altro. Ecco che allora il tatuaggio e la cicatrice diventano la ricerca di una sorta di stigmati, il marchio di una sofferenza, di una crisi di adattamento al mondo e al mondo estetico, a volte di un rigetto del mondo. Il marchio, radicale, indelebile, è iscrizione di una distanza annunciata verso lo spazio comune, nel bene come nel male. Questo era anche il significato della modificazione corporea culturale o rituale.

Il corpo è luogo della propria libertà e la pelle è il legame che ciascuno ha con la propria libertà: è un centro semiologico, dove è possibile lasciare una traccia. Come nota Le Breton⁶³⁴ i tatuaggi che un tempo si facevano le prostitute erano modi per rivendicare la propria dignità e libertà, quando invece erano stigmatizzate dalla società. Ma quando è il “protettore” che invita la prostituta a fare un tatuaggio, magari addirittura col nome di lui, ecco che il marchio è “alienazione di sé e appropriazione da parte di un altro”.

Gli ornamenti corporei dei pirati erano invece così invasivi che il ritorno a vivere in società era per loro impossibile. Come ha scritto Genet, “[a]vendo voluto essi stessi questa impossibilità, essi soffrivano meno per il rigore del

634 Le Breton, 2002, p.41.

destino”⁶³⁵. Anche oggi i tatuaggi molto invasivi hanno la funzione di allontanare bruscamente dalla società. Chi li porta addosso ha trovato un modo per punirsi, per tagliare i ponti dietro di sé. Si tratta di una forma di autolesionismo, che Tenenhaus⁶³⁶ ha chiamato “amputazione delle potenzialità.

Anche il tatuaggio dei detenuti può comunicare una non accettazione della scena sociale, come se essi si assumessero la responsabilità di questa messa al bando, come se essi stessi ne fossero gli attori e rifiutassero consapevolmente il consorzio umano. Da vittima egli diventa soggetto che volontariamente rigetta gli altri: “Il corpo si muta in manifesto di valore offensivo” ad esempio contro la polizia o la giustizia. “Maniera elegante di trasformare la propria impotenza in vittoria e salvare la faccia. La vita pericolosa che egli conduce a causa delle sue attività delittuose viene rivendicata come decisione personale”⁶³⁷.

La capacità di individualizzazione del tatuaggio è in realtà qualcosa che, dal primo dopoguerra, i criminali hanno visto con sospetto, proprio perché li rendeva riconoscibili facilmente anche dalla polizia⁶³⁸. Alcuni di loro hanno quindi iniziato a togliersi il tatuaggio e la moda, all’interno di questo gruppo sociale, è andata declinando.

L’esempio dei criminali, ma non solo, mostra come la pelle, in quanto memoria vivente, si presti ad essere usata per dimostrare la propria affiliazione a vari gruppi. “I marchi epidermici ufficializzano la tendenza gregaria”⁶³⁹.

635 Genet, 1951, cit. in Le Breton, 2002, p.43.

636 Tenenhaus, 1993, p.110.

637 Le Breton, 2002, p. 45.

638 Le Breton, 2002, p.49.

639 Borel, 1992, p.172.

Anche nell'atto autolesionista c'è l'idea di essere portatori di un segno, di un marchio. L'iscrizione corporea calma, può curare, può essere un atto liberatorio che abolisce qualcosa o fa terminare una certa frazione di tempo.

4.2 I sensi dell'autolesionismo

“Insensibile al richiamo dei cerchi luminosi LEI siede sola nella sua stanza, in disparte, dimenticata dalla moltitudine perché non ha peso, non schiaccia nessuno. Da un involto a più strati scarta con cura una lametta che porta sempre con sé, ovunque vada. La lama ride come lo sposo alla sposa. LEI prova il taglio con cautela : è affilatissimo. Poi preme più volte la lama sul dorso della mano, ma non tanto in profondità da recidere i tendini. Non fa assolutamente male. Il metallo affonda nella carne come fosse burro. Nel tessuto finora compatto si apre di colpo il distributore automatico della Cassa di risparmio e il sangue trattenuto a fatica dallo sportello sgorga fuori in un fiotto. In tutto sono quattro tagli : bastano, altrimenti muore dissanguata. La lametta viene lavata e riposta nel pacchetto. Intanto il sangue rosso chiaro sgorga e sgronda dalle ferite e macchia qualsiasi cosa incontri sul suo cammino. Cola caldo e silenzioso, non è affatto una sensazione sgradevole. Scorre copioso e senza posa, tingendo tutto di rosso. Sono quattro le fessure da cui zampilla incessantemente. Sul pavimento e poi sulla coperta del letto i quattro rivoletti fluiscono in un fiume impetuoso. Segui pure le mie lacrime, presto il ruscello ti trascinerà via con sé. Si forma un piccolo lago. E il sangue continua a scorrere scorrere scorrere...”⁶⁴⁰

Se nei paragrafi precedenti si è cercato di fare una antropofenomenologia delle modificazioni corporee, vorrei ora tentare di proporre una psicopatologia dell'autolesionismo, psicopatologia che, naturalmente è strettamente intricata con l'aspetto antropologico già esaminato.

640 Jelinek, 2002 (1983), p.51.

Scrive Strong: “Danneggiare intenzionalmente un organo così vulnerabile e delicato come la pelle sembra andare contro tutto ciò che sappiamo circa la nostra innata tendenza biologica ad aumentare il piacere ed evitare il dolore. E di tutte le cose che procurano dolore che una persona può fare a se stessa, perché così tante persone, indipendentemente l’una dall’altra, hanno iniziato a usare oggetti taglienti per far uscire sangue dalla pelle?”⁶⁴¹

Sicuramente il fatto che una persona si procuri deliberatamente un danno fisico rappresenta una discriminante significativa. L’intenzionalità del gesto è fondamentale. L’autolesionismo, per questo motivo, dovrebbe essere compreso sulla base dei motivi, e non tanto dei risultati⁶⁴². Questo comportamento morboso di auto-aiuto, che tiene il corpo in ostaggio, non implica tuttavia un desiderio di autodistruzione. Bisogna fundamentalmente chiedersi cosa la persona stava cercando di ottenere con quel gesto. La psicopatologia può essere un linguaggio, un linguaggio sostitutivo alla mentalizzazione⁶⁴³.

Diciamo subito che le condotte autolesionistiche non hanno un senso univoco. Come scrivono Rossi Monti e d’Agostino⁶⁴⁴, non c’è una risposta certa e valida in ogni circostanza al perché le persone si autodanneggiano: “Questo fenomeno, un po’ come accade con il suicidio, sembra piuttosto il punto di arrivo di percorsi molto diversi. L’oggettività del dato (un danno sulla pelle) rischia di farne passare in secondo piano la dimensione soggettiva (anche in questo, come nel suicidio)”.

A volte ci può essere una dimensione depressiva nell’autolesionismo, ma è raro e più spesso non è così. E questi comportamenti non appartengono neppure all’angoscia propriamente detta. C’è in ogni caso una barriera, che

⁶⁴¹ Strong, 2000 (1998), p. 29.

⁶⁴² Drappo, Casonato, 2005.

⁶⁴³ Cfr. La malattia psicosomatica.

⁶⁴⁴ Rossi Monti, d’Agostino, 2009.

andremo ad esplorare, tra desiderio di morire e bisogno di automutilarsi. L'autolesionismo non è neppure in relazione ad un vissuto propriamente di masochistico, perché quest'ultimo non riguarda una relazione specifica al corpo.

Nell'autolesionismo nevrotico, qualcosa di urgente obbliga la persona a scarificarsi e poi eventualmente a farsi curare, ma ciò non concerne l'immagine del corpo, come invece è nella psicosi. L'autolesionismo, lo sappiamo ormai, risponde a progetti di senso molto eterogenei. Le automutilazioni schizofreniche esprimono problematiche abbastanza vicine all'autolesionismo nevrotico, ma non sono in particolare oggetto di questo lavoro, oltre al fatto che hanno un carattere straordinariamente raro. Un esempio famoso è quello dell'orecchio tagliato di Van Gogh: siamo in una situazione pre-dissociativa e la funzione dell'atto è quella di incontrare il reale in un limite fisico. È peraltro controversa la dinamica. Se il famoso pittore era in una dimensione psicologica, allora agiva in un senso diverso e simbolico. Per Favazza⁶⁴⁵, ad esempio, Van Gogh avrebbe donato il suo orecchio alla prostituta Rachele, la quale ha un nome biblico che significa: “colei che è in lutto per i suoi figli”; esattamente come la madre di Van Gogh che aveva perso un figlio. Van Gogh cercava anche una forma di *maternage* oppure un mezzo per far tornare suo fratello Teo che si stava per sposare e si sarebbe quindi allontanato.

In ogni episodio di autolesionismo bisogna cercare altri significati, proprio perché l'intenzione di senso non è unica e universale. Il passaggio all'atto spesso rimanda al bisogno di eventi che è spesso associato alla dipendenza, un'altra dimensione che può essere esplorata. L'autolesionismo ha a volte il senso di un atto di liberazione, che abolisce e termina qualcosa. È poi necessario distinguere tra senso psicologico ed esistenziale. La temporalità interna di questo atto è fatta di ritmo e di dolore e lo “smembramento” del

645 Favazza, 1987.

corpo paradossalmente ripara qualcosa. Il senso esterno vede invece toccare nel complesso e in generale la figura dell'uomo e della donna.

La funzione di evento⁶⁴⁶ dell'autolesionismo può essere quello di dare sollievo. Alcuni autolesionisti hanno dichiarato di interrompere l'atto non quando compare il dolore (che spesso non compare affatto), ma appena provano sollievo. La direzione di senso, l'intenzionalità che regge il gesto del farsi una ferita può essere un limitare la sofferenza al corpo, organizzando una frattura concreta. Ma una sorta di indifferenza al proprio corpo è necessaria perché questo atto possa realizzarsi: il dolore non è caricato affettivamente. C'è una qualche vicinanza alle pratiche del fachimismo: ci si disappropria del corpo. Nella vita ordinaria invece non c'è distanza possibile con il mio corpo che è di abitudine fatto mio naturalmente e aproblematicamente. Nel conflitto interno con un nemico altrettanto interno⁶⁴⁷, va analizzata anche l'interfaccia dolore piacere: esistono autolesionisti che provano piacere. Il senso del sé affonda le sue radici nell'area di gratificazione. Ricordiamo qui il già citato episodio della catena nell'*Apologia di Socrate* dove il sollievo dopo un dolore induce Socrate a riflettere sull'intreccio di queste due sensazioni.

Se è vero che comunque il modo in cui si esprime un'esperienza la modifica, l'autolesionismo è una pratica che mira a mantenere o ristabilire un ordine emozionale e simbolico dato⁶⁴⁸. Nell'autolesionismo ritroviamo la questione della perdita della forma e dell'immagine del corpo e del ritrovare un altro corpo: costruiamo un'altra forma agendo sul corpo⁶⁴⁹. Sotto

646 È importante distinguere l'evento dal semplice fatto. L'evento è l'inatteso, l'imprevedibile che chiede di ricostruire tutto il contesto. Il fatto, al contrario, si inserisce nel contesto, senza doverlo riorganizzare. Maldiney diceva che "siamo passibili dell'imprevedibile". Ciò significa che abbiamo la disposizione ad accogliere questo imprevedibile e questa capacità è chiamata da Maldiney "transpassibilità".

647 Questo aspetto lo troviamo anche in varie forme di psicosi, con la ricerca e il mantenimento di un persecutore interno, insediato in una parte del corpo.

648 Brossard, 2010.

649 Brossard, 2010.

forma di distruzione c'è costruzione di soggettività. Ciò che scriveva Binswanger delle esistenze mancate si può applicare anche all'autolesionismo: la via dello scacco era l'unica via di riuscita. La via della distruzione (autodistruzione) era l'unica via di costruzione.

Pankov⁶⁵⁰ sostiene che l'immagine del corpo è “costruita” da due aspetti: la forma e il contenuto. La forma è l'unità unita significativa e spesso le mutilazioni hanno un impatto distruttore per l'identità. Il contenuto invece sono le stimolazioni sensoriali che attraversano il mio corpo e che io identifico come mie. Tutto ciò fa del corpo un universo coerente e familiare. L'autolesionismo poi fa una sorta di scommessa: quella di fare del proprio corpo prevalentemente oggetto un corpo soggetto. Il tentativo nasce perché all'origine vi è una mancata noematizzazione dell'emotività e allora la propria mano che tocca sé stessa è toccata e toccante, andando a rappresentare in questo modo un confine corporeo reale, tangibile, tra dentro e fuori⁶⁵¹, e dando concretezza ad emozioni altrimenti difficilmente afferrabili.

Punto in comune di questi comportamenti è la segretezza. La segretezza, come nota Bok⁶⁵² è un intenzionale nascondimento ed è diversa dalla privacy che invece comporta una appropriata distanza da altre persone. La forma di autolesionismo più diffusa è senz'altro quella “segreta”.

Fare del male a sé stessi non è considerabile “violenza” pura, lo abbiamo detto, ma mezzo per farsi del bene. Sul versante neurofisiologico il dolore stimola la produzione di adrenalina. Inoltre “c'è qualche evidenza biologica che tagliarsi e bruciarsi possa rilasciare nel cervello oppiacei naturali e altre sostanze chimiche, creando una dipendenza e un ciclo di astinenza.”⁶⁵³ La

650 Citato in Le Breton, 2006, p.60.

651 Wendy Lader (di Safe) scrive: “Tagliarsi è un modo di segnare i confini del corpo e di saggiare cosa è dentro e cosa è fuori.” Cit. in Strong, 2000 (1998), p. 66.

652 Bok, cit. in Miller, 1997 (1994), p.97.

653 Strong, 2000 (1998), p. 58.

base biologica della sindrome potrebbe, secondo Favazza, essere connessa con la serotonina, la quale a sua volta è implicata nell'impulsività.

Rossi Monti riporta uno studio di Shearer⁶⁵⁴ su 62 pazienti che praticavano autolesionismo a cui è stato chiesto di spiegare le motivazioni del loro impulso ad autoferirsi. Le risposte più frequenti sono state: ridurre l'ansia, la tensione e la confusione; commutare il dolore psichico in dolore fisico-corporeo; controllare i sentimenti; sentirsi vivi; esprimere la rabbia; punire un cattivo Sé; ripetere incoscientemente un abuso; localizzare il dolore; connettere e fissare i pensieri, i sentimenti e i ricordi; controllare i comportamenti e le emozioni altrui; agire la propria volontà in opposizione ad altri; evitare agiti suicidari; usare l'atto in funzione di rituale.

Anche Favazza⁶⁵⁵ riporta un elenco di ragioni date dalle persone per tentare di spiegare il loro autolesionismo impulsivo. Riporterò le più significative, con le parole esatte dei pazienti in virgolettato: sollievo dall'ansia ('è come scoppiare un pallone'); far finire "episodi di depersonalizzazione (morte emozionale, diminuzione delle sensazioni normali, senso alterato del tempo, estraniamento dall'ambiente, sentirsi come un automa); senso di sicurezza e unicità" ('Se sono senza emozioni e vuota, il dolore e il sangue sono sempre lì per me'; 'Mi taglio perché ho bisogno di essere speciale. Toglimi quello e divento come tutti gli altri'); sollievo dall'alienazione ('Una dose di cose buone -amore, abbracci - darebbe sollievo da un profondo senso di alienazione dal resto del mondo, ma è più semplice raggiungere la lama di un rasoio). Alla domanda sul perché le persone si auto-lesionano, Favazza risponde quindi che l'atto è in grado di dare sollievo da situazioni stressanti e da emozioni, pensieri e comportamenti profondamente turbanti. "[I]l sollievo ha di solito vita breve, ma in alcuni casi di automutilazione (maggiore), come la castrazione o l'amputazione di un

654 Shearer, 1994, cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

655 Favazza, 2011 (1987), p.213.

arto, il sollievo può essere permanente perché un problema conscio o un conflitto inconscio viene risolto, anche se a un prezzo altissimo. L'autolesionismo può essere anche un proverbiale 'grido di aiuto' o un tentativo di influenzare altri. [...] Oltre a dare sollievo, gli atti autolesionistici possono attingere all'antico potenziale umano di guarire, innalzare spiritualmente e provvedere ordine sociale e personale”⁶⁵⁶.

Come nota Favazza⁶⁵⁷, ferirsi deliberatamente rimanda ad esperienze umane profonde di salvezza, guarigione e salvaguardia della propria struttura, dove le persone “ridisegnano” se stesse. I significati dell'autolesionismo ritualizzato e “comunitario” non vanno quindi persi, ma fondano la base antropologica della nostra comprensione del gesto, gesto che, ricordiamolo, non è affatto semolice. Come scrive Edward Bunker, “[p]oteva essere facile fisicamente, ma, mentalmente, tagliare la propria carne è tutt'altro che facile”⁶⁵⁸.

Anche Malon e Berardi cercano di rintracciare un modello comune alle diverse condotte autolesive: secondo i due ricercatori “lo stimolo sarebbe costituito da una minaccia di rifiuto o di abbandono reale o percepito, o comunque da una profonda delusione vissuta dal soggetto: un sentimento di opprimente tensione e un'impressione di isolamento, dovuti alla paura (già provata) di essere abbandonato, si impadroniscono di lui. A questo punto insorge odio autodiretto e insieme apprensione per non essere capace di affrontare questa autoaggressività. L'ansia cresce e culmina in un senso di irrealtà, vuoto, anestesia emotiva: in una parola, nella depersonalizzazione, fronteggiata attraverso il mezzo primitivo dell'autoferimento”⁶⁵⁹.

656 Favazza, 2011 (1987).

657 Favazza, 1996.

658 Bunker, 2002 (2000), p. 402.

659 Malon, Berardi, 1987, cit. in Drappo, Casonato, 2005.

Lo studio di Rossi Monti e d'Agostino riassume i significati dell'autolesionismo in sei organizzatori di senso. Essi sono ordinati "a partire da un livello in cui domina l'azione e non c'è spazio per il pensiero ad un livello nel quale invece la ferita comincia ad assumere il senso di una rappresentazione"⁶⁶⁰.

Il primo senso è quello del concretizzare e del materializzare. Siamo al livello in cui non c'è ancora spazio per il pensiero e per questo è necessario trasformare uno stato psichico in uno fisico. Osservano i due studiosi che in questo modo, tramite il corpo, un agito diventa una sorta di equivalente del pensiero e il *cogito* a sua volta si trasforma in *faceo*, proiettando e distribuendo sulla superficie del corpo quanto accade nella mente⁶⁶¹.

Scrive Strong: "Quando mi ferisco posso vedere da dove viene il dolore e guardarlo guarire. E posso facilmente curarlo. Questo dolore non ha un posto specifico. Va in giro e striscia in luoghi strani"⁶⁶².

Attraverso la ferita si realizza uno scambio tra psichico e fisico: mente e corpo ritrovano una unità, anche se in modo paradossale. Questo legame, osservano Rossi Monti e d'Agostino, è lo stesso che troviamo nei primi stadi di coscienza psicologica⁶⁶³ del bambino, nell'Io somatico di Freud o nell'Io-pelle di Anzieu. "Come per il neonato l'amore materno è percepibile attraverso il calore e la morbidezza di una soffice coperta, così, per chi si ferisce deliberatamente, il dolore interiore è reso visibile nel rosso del sangue che defluisce dalla ferita"⁶⁶⁴. L'interiorità è concretata, materiata, dal sangue e dal dolore, si osserva con piacere il sangue fluire, provando una sensazione di liberazione e vitalità. L'obiettivo raggiunto in questo modo è quello di evitare

⁶⁶⁰ Rossi Monti, d'Agostino, p. 111.

⁶⁶¹ Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.70.

⁶⁶² Strong, 1999, (1998). p.6, cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

⁶⁶³ Ricordiamo che secondo Winnicott il corpo è il primo spazio transizionale.

⁶⁶⁴ Rossi Monti, D'Agostino, 2009. p. 73.

che la propria sofferenza sia così diffusa da essere incomprensibile e incontrollabile. La si assicura in un luogo fisico ben preciso rendendola visibile sotto forma di un segno sulla pelle.

Il secondo senso è quello del purificare, punire, estirpare: è il tema della catarsi, di una purificazione che passa attraverso una sofferenza.

Secondo Laufer e Laufer⁶⁶⁵ “alcuni adolescenti possono arrivare a vivere il proprio corpo come una prigione dalla quale è necessario evadere, controllandolo o anche aggredendolo in quanto fonte di una vergogna intollerabile”. Il corpo diventa un estraneo che suscita disagio e imbarazzo: è necessario domarlo, gestirlo, punirlo, irregimentarlo.

Il terzo senso, secondo Rossi Monti e d’Agostino, è quello di regolare la disforia. La disforia è quello stato che generalmente fa da sfondo all’esperienza *borderline*, fatto di tensione, irritazione, sordo malumore, confusione, rabbia, scontentezza allarmata.

Strong riporta le significative parole di un paziente che descrive un agito autolesionista: “Fu come se il mondo esterno si fosse zittito e tutto fosse calmo, quieto, pacifico [...] Quei pochi momenti mi avevano liberato dal caos che avevo in testa”⁶⁶⁶.

Quando parliamo di disforia, parliamo di una sorta di depressione atipica nella quale manca il vissuto di colpa, che è il marker psicopatologico delle vere depressioni melanconiche, ma dove prevale l’instabilità affettiva. La malinconia oggi si manifesta sommersa da situazioni pseudodepressive. Alla disforia spesso si accompagnano sentimenti di noia, anedonia, futilità e vuoto interiore, irritazione, depersonalizzazione, occasionalmente accessi di rabbia. L’autolesionismo diventa un modo per interrompere il ciclo di depersonalizzazione-derealizzazione: ferirsi diventa un modo per cercare

665 Laufer, Laufer, 1986, cit. in Rossi Monti, d’Agostino, 2009.

666 Strong, 1999, p. 71.

esperienze vive e stimolanti, un modo per sentirsi vivi, invece che morti e vuoti.

La Scuola di Vienna ha dato così rilevanza a questo modo di sentire, che ha indicato nella disforia il terzo campo affettivo dopo quello depressivo e quello maniacale. In un articolo di Berner, Musalek e Walter⁶⁶⁷ leggiamo un'altra definizione del concetto di disforia: “sentimento di tensione spiacevole, irritazione, umore scontroso, con aumentata propensione ad *acting out* rabbiosi e rigidità attiva con riduzione della capacità di modulare gli affetti”. Si tratta di una condizione affettiva condannata ad un'eterna instabilità.

Scrive ancora Strong, riportando le parole di un paziente: “guardavo il sangue che sgorgava e provavo sollievo, come se avessi aperto una valvola di sicurezza o avessi lasciato uscire vapore da una pentola con il coperchio [...] Qualunque cosa pur di non esplodere. Era molto meglio che tenere tutto dentro”⁶⁶⁸.

Un taglio sulla pelle è qualcosa di estremamente fisico e visibile ed evidente, e aiuta quindi a distinguere ciò che è reale da ciò che pertiene alla fantasia. L'atto autolesionista lascia uscire ciò che è “cattivo” è la fuoriuscita corporea di una tensione così potente che non dà più modo di essere gestita altrimenti. Questo è un esempio di come la patologia inizi dove finisce la libertà. Il taglio è un'apertura verso l'esterno, ma anche verso l'interno, apre lo sguardo sul “dentro di sé” ed è una messa in comunicazione estrema e violenta tra queste due “aree” del mio mondo: il fuori e il dentro.

L'autolesionismo in quanto via di scarico irriflessa di contenuti mentali può situarsi all'interno della dimensione dell'impulsività. L'atto autolesionistico è di norma preceduto da una sensazione di tensione

667 Berner, Musalek, Walter, 1987.

668 Strong, 1999, p. 9.

crescente, seguita, dopo l'atto, da uno straordinario senso di rilassamento e benessere.

Il quarto senso che Rossi Monti e d'Agostino individuano, è quello del "comunicare senza parole". Di norma però non si tratta di manipolazione, tranne alcune eccezioni per quel che riguarda l'autolesionismo in situazione carceraria, dove in alcuni casi si può supporre una riflessione cosciente per ottenere dei privilegi, come ad esempio quello di passare del tempo in infermeria o in ospedale, uscendo quindi momentaneamente dal carcere. La manipolazione è comunque una modalità di pensiero e di comportamento che richiede funzioni mentali complesse e sofisticate, che nelle situazioni in cui c'è urgenza di ferirsi (e soprattutto nella più grave psicopatologia borderline) sono per lo più compromesse.

Strong riporta le parole di un paziente: "se io non ero in grado di parlare, qualcos'altro poteva parlare per me"⁶⁶⁹. L'autolesionismo è un grido, una richiesta di aiuto. Ma una richiesta di aiuto che non è esplicita e quindi va interpretata, perché una richiesta di aiuto che nello stesso tempo nega la comunicazione. È da notare che, al contrario delle semplici parole, una ferita autoinflitta non può essere ignorata. La sofferenza contiene in sé un senso di appello allo spazio intersoggettivo.

L'autolesionismo è molto diffuso in carcere. La prigionia induce una esperienza radicale di "spossessamento" di sé, non si è più padroni del proprio corpo, del proprio spazio e del proprio tempo, anzi il tempo si arresta e si separa del tempo che prosegue fuori dalle mura. L'individuo diventa altro da sé, perde la possibilità di vivere la propria intimità e quindi perde dignità, è ridotto al silenzio della mente e del corpo. Nell'agito autolesionista egli riprende la parola, su un piano sul quale pensa di poter essere ascoltato: si comunica qualcosa che le parole non possono comunicare.

669 Strong, 1999, p.173.

Il quinto senso è quello del costruire una memoria di sé: ci si appunta sulla pelle certi momenti, sotto forma di una traccia visibile che si è sicuri di poter ritrovare.

Scrivono Nietzsche che, nel momento in cui si imprime un marchio, “nella materia corporea fatta di intelligenza e informazione, si instaura la memoria”⁶⁷⁰. La ferita, a volte indelebile, diviene nostalgia, ricordo, elaborazione, rifugio della mente. Come direbbe Le Breton, il corpo diventa un “memoriale del dolore”. In questo modo prendo possesso simbolicamente sia del dolore che del mio corpo⁶⁷¹, nello stesso momento in cui difendo la mia identità e stabilisco dei limiti corporei⁶⁷².

Il sesto e ultimo senso è quello del “volgere in attivo”. Secondo i due studiosi l’agito autolesionistico sarebbe un modo per ribaltare un senso di impotenza, il quale è già di per sé stesso traumatico, in un “trauma” autoprovocato, del quale ci si può sentire autori.

“Il mio corpo è mio, e ne faccio quello che voglio. È la sola cosa su cui ho il controllo. Il padrone sono io: i medici, le altre ragazze oppure voi e le vostre leggi non potete fermarmi se voglio farlo. Se voglio incidermi lo faccio. Nessuno può fermarmi”, dice una paziente⁶⁷³.

Qualsiasi cosa può essere fatta se ha il senso di sentirsi esistere. Di norma le ferite vengono fatte in luoghi che siano immediatamente visibili e accessibili, come polsi o avambracci. Esse sono lì a perenne ricordo del controllo esercitato su di sé. E il dolore che altrimenti è diffuso in tutto il corpo e in tutta la psiche è invece circoscritto ad un punto ben delimitato⁶⁷⁴.

670 Nietzsche, 1973, (1888), p.3.

671 Le Breton, 2002.

672 Jeanmet, 1995.

673 Le Breton, 2005, p. 83.

674 Si tratta, scrive Le Breton (Le Breton, 2003, p.92) di “scongiurare una sofferenza diffusa fissandola in un punto preciso e traducendola sotto forma di una traccia”.

La ricerca di un trauma va anche tornare in noi la sensibilità e ci fa sentire vivi, perché nonostante il dolore siamo ancora in vita. Il corpo diventa una sorta di leva per poter ripartire nella propria esistenza come protagonisti legittimi. Chi non riesce più a trovare un controllo di sé, può comunque fare ricorso al proprio corpo, qualcosa che è sempre lì, sempre presente. Spesso nella storia di vita delle persone che praticano l'autolesionismo troviamo degli abusi sessuali o fisici.

La parola "trauma" viene dalla lingua greca e significa esattamente "ferita", nel senso fisico di taglio, buco. Questo buco fa anche breccia, è una effrazione: crea una apertura dalla quale qualcosa dell'ordine del "troppo pieno" può essere liberato nell'ambiente circostante, ristabilendo una sorta di equilibrio omeostatico. Una paziente dice: "Sentivo che avevo perso il controllo dei miei pensieri, delle mie emozioni, e delle mie azioni. E quando hai perso il controllo di tutto, cosa rimane? Ho visto la scatola dei rasoi che i miei genitori tenevano nell'armadietto dei medicinali. Al momento mi sembrava che avesse senso, nonostante non sapessi esattamente perché. Ero solo spaventata e in cerca di una via d'uscita. Più tardi, più tagliavo e più capivo perché."⁶⁷⁵

Ci si fa male per avere meno male, per trovare un qualche modo per vivere, per opporsi ad un dolore con un altro dolore, per poter tornare ad una vita normale quando ci troviamo in una situazione di assenza di limiti, di estrema vulnerabilità all'altro, con una insopportabile e penosa sensazione di non essere del tutto reali, di non abitare il proprio corpo e di non riuscire a vivere la propria esistenza.

La ferita, scrive Rossi Monti, "può servire a ricondurli brutalmente alla coscienza della propria esistenza. Ferirsi infrange l'esperienza di depersonalizzazione in cui vivono, li fa sentire vivi"⁶⁷⁶. Più avanti nel testo di

⁶⁷⁵ Strong, p. 36. 1999 (1998).

⁶⁷⁶ Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.85.

Rossi Monti leggiamo ancora: “Un po’ come se le ferite autoinferte, invece di sfigurare la persona, le consentissero di figurarsi diversamente.”⁶⁷⁷

Una delle idee che sta alla base dell’agito autolesionista è quella di “[c]ambiare pelle al posto di cambiare sé stessi”⁶⁷⁸. L’autolesionista non riesce a rimanere nell’impotenza e non potendo agire sulla realtà che lo circonda, agisce nell’unico spazio sul quale può esercitare potere. Non potendo incidere sulla realtà, incide sul corpo, un po’ come alcune persone in grave sovrappeso che non potendo “avere un peso” nelle circostanze, accumulano almeno del peso sul corpo. La psicopatologia, come dicevamo, ha un suo linguaggio.

Come osservano gli autori questi organizzatori di senso possono coesistere nello stesso gesto. I primi tre si trovano più spesso negli agiti “devianti”, gli ultimi nel cosiddetto autolesionismo “culturalmente approvato”.

Abbiamo appena parlato dell’importanza di sentirsi attori della propria esistenza. Spendiamo allora due parole in più sulle cicatrici. La cicatrice è qualcosa che prima si apre (con la ferita) e poi si chiude (con la guarigione), quasi come se fosse una cerniera lampo. La guarigione di una ferita e la conseguente cicatrice stanno lì a testimoniare che il corpo sta guarendo, che sta lottando per guarire. Scrive Favazza: “Il gocciolare del sangue può accompagnare la vita così come la morte. [...] Le cicatrici [...] significano una battaglia in corso e che non tutto è perduto. [...] Il tessuto cicatriziale è una sostanza magica [...che] tiene insieme la carne e lo spirito quando un mondo difficile minaccia di separarli”⁶⁷⁹. Un corpo ferito che guarisce è un corpo che sta lottando per vivere. C’è quindi un senso profondo nell’atto di interferire

⁶⁷⁷ Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p. 86. Gli autori si rifanno alle riflessioni di Grossman (Grossman, 2004): “La défiguration è concepita in genere come un processo che distrugge i segni di riconoscimento di un volto e quindi ciò che più connota l’individuo. ogni artista decostruisce forme già esistenti per inventarne di nuove.”

⁶⁷⁸ Rossi Monti, d’Agostino 2009, p. 69.

⁶⁷⁹ Favazza 2011 (1987), p. 277.

con la guarigione delle ferite: è come se si volesse di nuovo assistere allo spettacolo di una battaglia da cui il nostro corpo uscirà vittorioso.

“La vita di ogni giorno è primariamente un fenomeno di superficie, ma la vita esaminata andare al cuore delle cose implica un doloroso processo di dissezione. Per molti di noi, la dissezione è una metafora per un esame intellettuale ma per altri è un atto fisico”⁶⁸⁰. Osserva invece McLane⁶⁸¹, “Piuttosto che lasciare che il dolore sia globale, caotico e incontrollabile diventando così tutta la vita o tutto il corpo l’autolesionismo definisce la sofferenza come una particolare ferita questa bruciatura, questo taglio sulla pelle”.

Vi è una analogia tra l’autolesionismo e una malattia autoimmune, dove gli anticorpi impazziscono e il corpo attacca se stesso. Ma nell’autolesionismo ci si focalizza su un punto e il danneggiamento del tessuto corporeo è generalmente lieve, mentre la letalità è bassa. “Soffrire all’interno di sé e provocare una sofferenza all’esterno resta un atto cosciente, solo la messa in pericolo della vita resta incosciente”⁶⁸².

Sebbene, come abbiamo detto non esiste un'unica spiegazione che possa essere applicata a pazienti molto diversi tra loro, ci sono alcune situazioni di vita che rendono più frequente il ricorso a questi agiti. Favazza e Walsh e Rosen ne hanno sottolineate alcune: spesso esiste una storia alle spalle di abuso fisico o sessuale durante l’infanzia, sempre durante l’infanzia gravi malattie che hanno comportato molte manipolazioni corporee o interventi chirurgici, genitori con problemi psicopatologici quali depressione o dipendenze, incapacità a gestire i propri sentimenti, un’immagine non positiva del proprio aspetto fisico. Nel periodo adolescenziale poi ci sono

⁶⁸⁰ Favazza, 2011 (1987), p.277. Come notano Lakoff e Johnson, molte metafore concettuali hanno origine corporea “per cui significati fondati sul corpo persistono anche nella comprensione di concetti con livelli superiori di astrazione”. (Lakoff e Johnson, 1980, cit. in Ortega, 2009 (2008), pp.41.

⁶⁸¹ McLane, 1996, p.112.

⁶⁸² Scaramozzino, 2004, p.28.

mollissimi cambiamenti ed è più frequente il passaggio all'atto, passaggi all'atto autolesionistico che di norma vengono sospesi durante la maternità. Comune anche è la fascinazione per il proprio sangue che sgorga: “Gli piace disegnare delle forme col sangue sui tovaglioli di carta. A volte addirittura lo assaggia. ‘Mi sembra talmente bello quando sgorga che devo proprio assaggiarlo’, dice.⁶⁸³” L'autolesionista si ferma, di norma, alla vista del sangue, che è la sua vita, che non è più fantasia, ma brutta realtà e intensa stimolazione fisica: si ricompone così un contatto con la vita, che prima sfuggiva.

Comuni sono anche sentimenti di colpa e vergogna, tentativo di nascondere le ferite, che spesso vengono curate con attenzione dalla persona che se le è autoprocurate. L'atto infatti finisce per trovare dei limiti, ci si taglia su zone periferiche e non su centri vitali. Come abbiamo detto più sopra, solo nella schizofrenia o nella psicosi si può attaccare il proprio volto.

L'autolesionismo è però raramente qualcosa di isolato, spesso non c'è solo questo sintomo, ma anche altro. Spesso si associa alla patologia borderline o ad altre forme di “autolesionismo”, inteso in senso più ampio, che vedremo più avanti.

Scrive Strong: “Basandosi sui concetti freudiani di due pulsioni primarie opposte tra loro l'istinto di vita e l'istinto di morte Menninger credeva che l'autodanneggiamento fosse un affascinante compromesso in una guerra tra impulsi aggressivi e istinto di sopravvivenza. L'autodanneggiamento rappresentava il sacrificio di una parte del corpo per il bene del tutto. ‘In questo senso esso rappresenta una vittoria, anche se qualche volta costosa, dell'istinto di vita sull'istinto di morte’, scrisse.⁶⁸⁴”

Nonostante vi sia evidentemente un futuro nell'intenzionalità automutilatoria, è talmente stupefacente questo modo di reazione che resta

683 Strong, 2000 (1998) p. 11.

684 Strong, 2000 (1998) p. 32.

oscuro: è come se si sottraesse qualcosa alla vita, è per usare le parole di Charbonneau, un “anti-dono”. È la vita stessa che non riesce più a darsi senso. Mutilarsi è anticipare la morte, è un atto di disperazione, di rivolta, di autopunizione⁶⁸⁵. Nell’autolesionismo c’è l’idea di separazione, dove il corpo ritorna estraneo a se stessi. Parliamo di “anti-dono” perché si tratta di togliere qualcosa che è già stato dato. L’autolesionismo non si indirizza all’esistente, ma al vivente, perché possa ritornare ad essere anche esistente. È per questo che una Daseinsanalyse può meglio comprendere questo fenomeno.

Scrive Jonckheere⁶⁸⁶ in relazione a un disabile mentale grave che si mordeva e colpiva: “l’autolesionismo, nel suo caso, sembrava essere legato all’incapacità di ipotizzare un possibile senso alla sua esistenza. È come se ad ogni colpo volesse disfarsi di questo corpo che non aveva voluto, come se ogni grido significasse: ‘Se questa è la vita, perché metterci al mondo?’”

Il primo senso che Rossi Monti ha intravisto nell’autolesionismo è quello della materializzazione: il trasporre la sofferenza della psiche in quella del corpo. Anche Freud e Breuer, nel contesto degli Studi sull’isteria, scrivono: “Ma cosa è quindi che si trasforma in dolore fisico? [...] Qualcosa che avrebbe potuto e che avrebbe dovuto dare origine a un dolore morale”. Come scrive Le Breton⁶⁸⁷, a volte l’autolesionismo è una sorta di sacrificio incosciente: davanti alla terribile minaccia di essere distrutti, si distrugge sé (oppure un’altra persona) per oggettivare un dolore divenuto insopportabile, per dare parole corporee a una sofferenza psichica che non ha parole.

Il dolore può anche essere associato all’amore. “Le prime relazioni con la madre in un contesto di instabilità affettiva fanno sprofondare il bambino nella ricerca incessante della sofferenza per ottenere un riconoscimento di

685 Jonckheere, 2009, p.23.

686 Jonckheere, 2009, p. 76.

687 Le Breton, 2006, p.225.

sé”⁶⁸⁸, in una sorta di “patomorfofi”⁶⁸⁹. Un difetto di contenimento dà origine ad un difetto di soggettività e uno stato di eccitazione vitale può derivare comunque anche dall’esposizione al pericolo o comunque da uno stato di disordine. Tra distruzione e ricostruzione la persona va comunque avanti, un po’ come Penelope che disfa la sua tela di notte per avere la possibilità il giorno dopo di ri-costruirla. Senza questo processo di distruzione la persona arriverebbe alla sua fine.

Ma esaminiamo ora più nello specifico alcuni degli aspetti dell’autolesionismo.

4.2.1 Ripersonalizzazione

Perdere la sensazione di esistere è peggio che morire: non sentirsi vivi è intollerabile. Ecco perché l’autolesionismo può diventare un processo che dà sollievo, calma e tranquillità. È comunque paradossale che una persona che si sente morta emozionalmente possa avere una emozione così forte da sentirsi sconvolta per questa perdita⁶⁹⁰. Ad ogni modo il dolore autolesionistico ha la forza di farci uscire da questo stato, ri-ancorandoci alla realtà e facendoci riappropriare del nostro mondo. Scrive Granger⁶⁹¹ che la depersonalizzazione è una “esperienza aconcettuale che comporta una modificazione dei vissuti corporei”. Ma se ho una ferita e vedo e sento il sangue che scorre, vengo per così dire preso da me stesso, e non posso essere da nessun’altra parte.

688 Le Breton, 2006, p.115.

689 Espressione usata da Granger, in Granger, Charbonneau, 2009, p.15.

690 Favazza, 2011 (1987) p.230: “È un paradosso curioso che, nonostante il paziente lamenti di essere emozionalmente morto e estraniato, è capace di essere emozionalmente sconvolto da questa pesante sensazione di perdita”.

691 Granger in Granger, Charbonneau, p. 14.

Il problema dell'autolesionismo mette in causa l'idea di implicazione nella realtà oppure dell'“indifferenza” alla realtà. L'autolesionismo raccontato da un colonnello dell'ONU⁶⁹², nel libro *J'ai serré la main du diable* rappresenta il tentativo di recuperare la sua parte di umanità, dopo aver assistito alla terribile guerra in Ruanda. Il gesto arriva quando non ci sono più altri modi per restare umani ed è una sorta di obbligo a non dimenticare mai⁶⁹³.

Kafka⁶⁹⁴, nel suo studio su una giovane donna autolesionista, riporta alcune frasi della sua paziente, che dice di avere “la squisita sensazione limite di diventare viva improvvisamente” nel momento in cui si taglia. Descrive il flusso del sangue come un bagno di voluttà il cui calore piacevole si sparge sul suo corpo, contornandolo e scolpendone la forma.” Tutto ciò è accessibile facilmente: è sufficiente aprire la pelle.

In ogni ferita, la persona autolesionista preserva sul proprio corpo “la storia degli eventi che non [ha] potuto integrare nel tessuto della sua identità”⁶⁹⁵.

Scrive Strong⁶⁹⁶: “Gli autolesionisti sono acutamente sensibili all'abbandono. Poiché essi non si sono mai propriamente attaccati e poi separati dai loro primi caretakers, vivono in uno stato perpetuo di ansia da separazione così insopportabile che li fa sentire annichiliti. Il loro senso di sé e la loro abilità di controllare le loro vite è stato determinato così tanto dagli eventi esterni che essi credono che la loro stessa esistenza dipenda da come gli altri li percepiscono. Da soli [...] essi non vedono nulla nello specchio. Tagliarsi è realmente una soluzione notevole e ingegnosa al problema del

692 Beardsley, Dallaire, 2003.

693 Nelle nevrosi di guerra abbiamo una sorta di diserzione dall'interno.

694 Kafka, cit. in Favazza, 1987, p. 144.

695 Miller, 1974, p.647.

696 Strong, 2000 (1998), p. 55.

‘non esistere’. Ciò produce una prova concreta e irrefutabile del fatto di essere vivi.” Fabbrichiamo noi stessi all’interno dei confini del sé, cercando di cristallizzare un sentimento identitario troppo fluttuante. Il corpo è ostaggio di un dibattito interiore irrisolto.

Ad ogni modo, “[n]onostante l’alto livello di ansia ed agitazione, e il grado di frammentazione della coscienza e della memoria al momento del taglio, la gravità della ferita è di solito accuratamente controllata e l’incisione è eseguita con attenzione. Il dolore del taglio [...] o la vista o la sensazione del sangue che defluisce [...], forse entrambi, li riporta a uno stato di coscienza normale. E porta con sé [...] la squisita e vibrante esperienza di ‘diventare vivi’.”⁶⁹⁷

Un’esperienza di estraniamento dalla realtà e dal corpo che è descritto molto bene anche nel libro *La pianista*⁶⁹⁸. Jelinek, nel descrivere il suo personaggio, scrive: “dentro di lei non si risveglia e non s’agita più niente⁶⁹⁹», e ancora: “Il creaturale, la corporeità le fanno orrore e costituiscono un costante impedimento sul suo cammino»⁷⁰⁰. Jelinek presenta poi le sensazioni della protagonista durante un agito autolesionistico: “Uno spettacolo non proprio insolito, questo sangue, che d'altronde non migliora affatto con l'abitudine. [...] Lei non sente nulla. [...] I vari rivoletti [di sangue] si uniscono e creano un fiume rosso che scorre regolare e rassicurante. Con tutto quel sangue, non riesce più a vedere che cos'ha tagliato. Era il suo corpo, eppure anche qualcosa di terribilmente estraneo.⁷⁰¹» Il bisogno di azione e di “far accadere qualcosa” rimette in moto il sentimento di identità,

⁶⁹⁷ Strong, 2000 (1998), p. 57.

⁶⁹⁸ Jelinek, 2002 (1983).

⁶⁹⁹ Jelinek, E 2002 (1983), p.62.

⁷⁰⁰ Jelinek, E 2002 (1983), p.99.

⁷⁰¹ Jelinek, E 2002 (1983), p. 95.

ma vedremo meglio questo aspetto nel paragrafo dedicato alle patologie dell'isantanità.

L'attacco corporeo ha qualcosa in comune con la crisi suicidaria e con le allucinazioni: tenta di riannodare le fila di una percezione del mondo che non è mai stata del tutto "composta". È un po' anche, lo abbiamo già accennato, la situazione del corpo adolescente in cerca di identità, non di una identità avuta e poi persa, ma di una identità ancora *in fieri*.

Cosa importante la sottolineare è che se un ragionamento astratto, una teoria, impediscono di toccare con mano le cose stesse, la percezione invece chiarisce tutte le altre esperienze. Vi è un aspetto dissociativo nel non sentirsi più, nell'essere sprofondati in una sorta di anestesia e di analgesia, e questo aspetto dissociativo sta nella distanza dall'essere un tutt'uno col corpo. Tutto ciò può essere comprensibile alla luce dell'idea che a volte per evitare l'angoscia si abbassa la percezione psichica degli stimoli.

Vi è un'altra cosa da osservare: il sé è strutturalmente intermittente. La coscienza è un continuo diventare coscienti: è un lavoro, non una cosa. L'alienità è quindi una condizione naturale dell'uomo, così come "[i]l corpo, come il mondo, non ci è mai dato come familiare e accordato alla nostra ipesità per sempre. È senza dubbio il primo altro"⁷⁰². Al fondo di tutto c'è tuttavia il sentimento di essere vivi, cioè di sentire sé stessi come un altro: io sento me. I comportamenti di ricerca di sensazione, nella logica anestesia-anedonia, portano a sentirsi vivi e re-eccitarsi.

La dissociazione è la dislocazione dei contenuti dell'esperienza. La depersonalizzazione invece è una forma di non riconoscimento di sé nei confronti del se stesso, una disappartenenza a sé. L'io non riesce a riconoscersi e non riesce a riconoscere neppure il mondo estero⁷⁰³. Il rilascio

702 Charbonneau, 2010, p.117.

703 Esiste naturalmente un estremo psicotico della derealizzazione, quando non si parla più solo di "carne", ma di perdita della "meità" del me.

della tensione e il ritorno alla realtà fa uscire la persona dallo stato di coscienza crepuscolare e dall'alienazione del corpo.

Se il piacere è motivante, il piacere maggiore è quello di sentirsi vivi e l'anestesia è la cosa peggiore. Il sentimento di realtà ha come controparte la perdita dell'evidenza naturale che porta a sentirsi morti. Nella depersonalizzazione abbiamo una alterazione qualitativa dell'esperienza di sé, ovvero della relazione con se stessi e con il mondo esterno. Abbiamo: “sentimenti di irrealtà, perdita di familiarità e del valore di realtà, cioè di estraneità dei propri contenuti psichici [...] del proprio corpo [...] e del mondo esterno”. E ancora: “metamorfosi, [...] mutazione del vissuto, [...] perdita della naturalezza preriflessiva del vivere, [...] senso di proprietà dei propri atti psichici e del proprio corpo e della delimitazione dei confini Io-mondo”⁷⁰⁴.

Le sensazioni di disappartenza a sé sono strettamente intrecciate con quelle dell'integrazione corporea. Si tratta di riconoscersi nel movimento. Quando il corpo non “funziona” più la relazione a sé è incerta e povera. Il disturbo primario della coscienza sensoriale di sé deriva da una mancata intenzionalizzazione del proprio corpo. L'alterazione più grave è la possibilità di provare affetto, ovvero il sentimento dell'impossibilità di provare sentimenti⁷⁰⁵, che è comunque collegato all'indefinizione, al non sentirsi nella carne, perché non sentire le emozioni significa non sentire le emozioni che hanno sede nel corpo⁷⁰⁶.

L'autolesionismo ha anche questo di paradossale: forse è tra le più forti possibilità per un essere umano per essere vicini a sé stessi e allo stesso tempo ricrea quello spazio vitale e naturale tra noi, il corpo, il mondo. È un

704 Dalle Lucche, 1997, p.194.

705 Cfr. Schneider.

706 Si pensi al corpo-cadavere della melanconia, nella quale io sono il mio corpo, ma questo corpo è morto, oppure all'anoressia come utopia del *Leib* che transustanzia il *Koerper*. Oppure ancora al sentirsi tramite il digiuno o anestetizzarsi tramite l'abbuffata, nella quale il cibo è uno stupefacente, una sostanza d'abuso, che porta alla calma crepuscolare. Essenzialmente sento il mio corpo e così fondo la mia identità.

ritorno al corpo, alla carne, un ripiegamento su sé stessi che produce soggettività, pur nella distruzione. Dopo che l'ansia è cresciuta, con un sentimento di oppressione inarrestabile, fino a culminare in un senso di irrealtà, vuoto, anestesia emotiva, alterazione del vissuto corporeo, abbiamo una via d'uscita per normalizzarci, per sentirci incarnati nel corpo⁷⁰⁷, nel sangue, nella carne. È incontrovertibile perché è sul piano sensoriale e ritrovando la sensazione del corpo si ritrova la sensazione dell'io.

Scrive Musalek⁷⁰⁸, ricordando tra l'altro anche i pazienti autolesionisti: “il dolore migliora [...] il sentimento di vitalità dell'io, dell'attività dell'io e della consistenza dell'io. Il dolore aiuta i pazienti a sentire meglio i loro corpi e a viverli.” Parlando della depressione infine Musalek aggiunge⁷⁰⁹: “Il dolore diventa allora uno strumento di lotta contro la minaccia della perdita dell'io, una forza che permette di combattere la depersonalizzazione e di condurre a una ripersonalizzazione. Il dolore mantiene il depresso nella sua realtà dell'io e, se questo si rende necessario, ve lo riconduce”.

Charbonneau, in questo passaggio, spiega la questione di quella che chiama l'“indifferenza a sé degli stati-limite” (borderline): “Il senso di certe autolesioni, scarificazioni, atti suicidari incoerenti in quanto atti di morte, comportamenti pericolosi estremi, possono chiarirsi con un disturbo della meità vivente di sé. La sofferenza degli atti autolesionistici non è rapportata ‘veramente’ a sé’. Il legame di meità immediato è abolito e il soggetto può guardare l'atto che ha compiuto o che è sul punto di compiere come distanziato da sé, disappropriato, senza senso. A volte, a dire il vero, l'atto cerca di provare il senso di questa meità e di riconquistarla; è nel momento in cui questa si ristabilisce che il soggetto sospende questi comportamenti di

707 Effetto che si può ottenere anche tramite il digiuno, oppure facendo crescere la massa muscolare, ma un taglio sulla pelle è molto più “incisivo”.

708 Musalek, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.119.

709 Musalek, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.119.

prova. [...] Questa derealizzazione- demiennizzazione è la condizione di possibilità del passaggio all'atto 'riuscito'".

A volte, soprattutto in adolescenza la persona autolesionista assume una identità attraverso il gesto, talmente questo diventa fondante per la sua identità e la sua esistenza. Nascono così i *cutters* o i *wrist-slashers*⁷¹⁰., che spesso si rivendicano come tali, in una marginalità che consacra una certa posizione in rapporto al centro. Scrive McLane: “La persona taglia e brucia, e quindi esiste”⁷¹¹. Resta davvero solo il corpo per esistere.

“Spirito è la vita che taglia nella propria carne: nel suo patire essa accresce il suo sapere”, scrive Nietzsche⁷¹². Il corpo, nel momento in cui “esce dalla carne” svela la sua essenza più profonda. La catarsi permette di entrare in un’altra dimensione. Interessante è il fenomeno dell’autotomia dei serpenti, una sorta di “autolesionismo” utile o salvifico, oppure, in altro contesto, l’antica pratica del salasso, che consentiva di togliere il “sangue marcio”, purificando il corpo. Nell’autolesionista il dolore interiore è reso visibile nel rosso del sangue che defluisce dalla ferita e la metamorfosi nella lacerazione della pelle⁷¹³, come a volerla cambiare⁷¹⁴. Il dolore fisico purifica perché ha un effetto ansiolitico e catartico, lottando così contro l’angoscia.

710 Coloro che si tagliano i polsi.

711 McLane, 1996, p.112.

712 Nietzsche, 1993 (1883). p.117.

713 Sulla “lacerazione della pelle come metafora della metamorfosi psichica” cfr. Dalle Luche, Barontini, 1997, p.74.

714 È interessante per il nostro discorso fare un accenno alle riflessioni di Green (Green, 2010 (2007)) sulla morte naturale autoprogrammata. Cfr. anche Ameisen, 1999. Nota Green che “la morte cellulare è programmata fin nelle modalità più precise della sua realizzazione”. Ameisen (p. 65) parla della morte cellulare come di “un suicidio – un fenomeno attivo di autodistruzione”, “un processo “di cancellazione ordinata di sé” (p. 67). Ameisen riflette anche in questo senso sullo sviluppo del feto, dicendo: “La decostruzione del corpo, via via che si costruisce, è una delle componenti essenziali dell’elaborazione della complessità” (p.30). Ameisen e Green ci mostrano quindi come la complessità includa da un lato la costruzione, dall’altro la distruzione come necessaria controparte. Sempre Ameisen scrive: “Ciascuna delle nostre cellule possiede per tutta la sua esistenza e in ogni momento il potere di autodistruggersi in qualche ora. E la sopravvivenza dell’insieme di cellule che ci compongono – la nostra propria sopravvivenza – dipende dalla loro capacità di trovare nell’ambiente del nostro corpo i segnali che permettono loro di reprimere, giorno dopo giorno, l’avvio del loro suicidio. [...] un evento positivo – la vita – nasce dalla negazione di un evento negativo – l’autodistruzione”. (p.13)

Se nel soggetto depersonalizzato il dolore può ripersonalizzare in un soggetto non in stato di personalizzazione, esso può aumentare il livello di coscienza: Olivier, fondatore dello studio “Tribal act” a Parigi descrive come si è costretto a superare la fobia degli aghi, piantandosi un ago nell'avanbraccio a 15 anni: “dapprima lo stupore, un leggero riflesso di panico, e poi una sorta di distacco, uno stato di iperlucidità”⁷¹⁵.

4.2.2 Comunicazione

“[U]n giorno, perché la degni d'uno sguardo, si pizzica nella custodia di legno la mano che le serve a reggere il manico del violino. Lancia un terribile grido di dolore : chissà, magari si accorgerà di lei, magari sarà galante”⁷¹⁶.

È interessante a questo punto analizzare meglio l'interessante articolo di McLane sull'autolesionismo alla luce del pensiero di Merleau-Ponty e della teoria del linguaggio. Scrive McLane: “Merleau-Ponty asserisce che la struttura del mondo è spiegata solo attraverso ciò che egli chiama la sua reversibilità: il fatto che il toccante è sempre toccato, chi vede è visto, chi conosce è conosciuto. La reversibilità significa che gli esseri umani non sono menti isolate imprigionate in un un mondo di materia insensata, ma esistono in reciproca relazione ad altre persone nel mondo”⁷¹⁷. Secondo McLane il paradigma della reversibilità sarebbe riformulato in modo paradossale e violento nell'autolesionismo, nello stesso momento in cui gli altri sono tenuti a debita distanza: “Le persone sono messe in riga, tenute a bada, perché non sono loro che causano le ferite [...] Poiché nonostante l'autolesionismo causi dolore, quel dolore non è causato da altri. Esso è iniziato, definito, e terminato dall'autolesionista stesso, con la precisa intenzione di escludere

715 Heuze, 2000, p.119 citato in Le Breton, 2002, p.125.

716 Jelinek, 2002 (1983), p.93.

717 McLane, 1996, p. 115.

chiunque altro.”⁷¹⁸. McLane cita poi Merleau-Ponty⁷¹⁹, il quale scrive che “la reversibilità e l’emergenza della carne come espressione sono i punti di inserzione del parlare e del pensare nel mondo del silenzio”.

Secondo McLane il silenzio dell’autolesionista sulle sue ferite e sul suo dolore *non* sono un esempio dell’ “originale silenzio del mondo”⁷²⁰, nel quale gli esseri umani iniziano a pensare e a parlare, ma piuttosto una comunicazione soffocata.

Her muteness is not an example of what Merleau-Ponty called the world's 'original silence' into which human beings insert speech and thought (but a communication suppressed”. La violenza può essere un atto comunicativo (ma non sempre lo è). L’autolesionista deve, scrive McLane⁷²¹, “sentire se stesso attraverso il suo stesso corpo. Egli dà origine ad una voce che piuttosto che ‘vibrare nella sua gola’, vibra sulla sua pelle, la sua stessa carne”. Per Merleau-Ponty il mondo della parola è “quel linguaggio che conta come un braccio, come azione, come offesa e come seduzione, poiché porta alla superficie tutte le relazioni profondamente radicate dell’esperienza vissuta da dove esso prende forma”⁷²². Il corpo, per Merleau-Ponty è primariamente “spazio espressivo”⁷²³.

“La teoria del linguaggio di Merleau-Ponty implica che, dal momento che il linguaggio è un prodotto della nostra esistenza corporea, l’esperienza umana sarà e dovrà essere sempre comunicata. Fintanto che l’essere umano respira, noi diremo le nostre vite per poter avere o vivere le nostre vite”⁷²⁴. Questo articolo di McLane e le parole di Merleau-Ponty stesso, ci spingono a

718 McLane, 1996, p.114.

719 Merleau-Ponty, 1968, 144-45.

720 Merleau-Ponty, 1968, 144-45.

721 McLane 1996, p.117.

722 Merleau-Ponty, 1968, 126.

723 Merleau-Ponty 1968, 146-47.

724 McLane, 1996, p.107.

guardare all'aspetto "comunicativo" dell'autolesionismo in modo del tutto nuovo, superando l'idea di "manipolazione" o di richiesta (cosciente) di attenzione che in alcuni ambienti ancora vige. Tranne che in alcuni casi l'auto-ferimento è l'esatto opposto di una auto-esibizione intenzionale. Il fatto che l'autolesionista mantenga il segreto sul proprio comportamento, e si sforzi anzi di non mostrare le proprie ferite, basterebbe a sfatare questo mito. È vero comunque che se un danno fisico autoinflitto viene alla luce, esso suscita un tale sgomento e allarme che non può essere ignorato e questo fatto ha un peso enorme nella dinamica interpersonale.

Dopo gli agiti autolesionistici, se non si riesce a raggiungere uno stato di "normalità", il dolore si ripete. Se poi esso non trova soluzioni, diventa parte integrante della persona, saldandosi nel suo io.⁷²⁵ Ecco perché possiamo dire, senza contraddizione, che non tutti gli atti autolesionistici sono atti comunicativi, alcuni potrebbero essere risposte a circuito chiuso. Infatti spesso i tagli si presentano all'interno del braccio, o della coscia. Non si ostenta alla visione, perché è rilevante sapere di avere i tagli, l'intento non è quello di mostrarli. Sarebbe un comportamento "isterico" se l'autolesione fosse fatta per essere mostrata. Come fa notare Borel⁷²⁶, è possibile avvicinare autolesionismo e isteria, per il fatto che sono entrambi "modi di espressione" non verbale. Freud osserva che la persona isterica, al contrario della persona "sana". non riesce a trovare nel linguaggio un equivalente dell'atto.

Anche il periodo adolescenziale è caratterizzato da una serie di cambiamenti che possono predisporre al passaggio all'atto; siamo in un'epoca della vita nella quale sono più frequenti l'immaturità e l'impulsività. Scrivono Rossi Monti e d'Agostino⁷²⁷ che il corpo "è il luogo dove le trasformazioni prendono consistenza, alla superficie del quale si

⁷²⁵ Freud 1966, 340-41, cit. in McLane, 1996, p.108.

⁷²⁶ Borel, 1992, p.47.

⁷²⁷ Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.58. Cfr. Marchese,1996.

realizza un continuo scambio tra mondo interno e mondo esterno: ciò che appare alla superficie del corpo dà voce a ciò che si muove nel mondo interiore dell'adolescente". E aggiungono: "Il corpo, in adolescenza, inizia ad essere non solo casa, ma anche luogo di tradimenti". La metamorfosi corporea dell'adolescenza introduce una " Brusca rottura che mette in crisi il senso di continuità di sé [...] Il corpo, in questo contesto, si configura sempre, in misura maggiore o minore, come altro: al limite, come vero e proprio 'corpo disincarnato'"⁷²⁸. Sono ferite altamente simboliche quelle che l'adolescente si procura.

Sia nei pazienti adolescenti che negli adulti comunque assistiamo ad un miglioramento quando migliora la capacità di esprimere con le parole i sentimenti negativi di ansia, rabbia, tristezza⁷²⁹.

4.2.3 Regolazione degli affetti

"È come vomitare. Ti senti male e sputi fuori il malessere."⁷³⁰, dice una paziente.

Questa invece è la testimonianza di ragazza di sedici anni, innamorata di un ragazzo tossicodipendente che ha spesso problemi con la giustizia. Dopo aver saputo che egli si trova in stato di fermo, si apparta, prende un pezzo di vetro e si taglia: "Stai talmente male nel tuo corpo, e allora ti fai male per avere un dolore corporeo più forte, per non sentire il dolore nel tuo cuore". Commenta Le Breton: "Si tratta quindi di farsi male per avere meno male. Prendere l'iniziativa del dolore è un modo per combattere una sofferenza che è senza possibile controllo"⁷³¹.

⁷²⁸ Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p. 59.

⁷²⁹ Cfr. lo studio di Nelson e Grunenbaum, 1971.

⁷³⁰ Strong, 2000 (1998), p. 33.

⁷³¹ Le Breton, 2006, p. 225.

L'autolesionismo può essere vissuto come uno sfogo senza dolore, come un processo auto-calmante, auto-rassicurante, seguita da una sensazione di calma⁷³². A volte troviamo l'autolesionismo tra le conseguenze di una rottura o di un litigio: è un modo per liberarsi dalla rabbia e provare a ri-organizzare un Sé frammentato. È anche un mezzo per evitare il suicidio? Per evitare di rivolgere la rabbia contro gli altri? È sicuramente chiaro che uno dei suoi sensi è quello di espellere via tutte le sensazioni negative: la scarificazione serve per scaricare tutto il dolore, un dolore di cui non si riesce a parlare.

Secondo Jeanmet⁷³³ i comportamenti autolesionisti diventano organizzatori del mondo interno, gestiscono un'incontrollabile sovraccarico emotivo e tentano di risolvere stati traumatici. Il comportamento tensio-riduttivo tenta di arginare irritabilità e disforia. Il corpo diviene luogo di emozioni intollerabili, che vanno gestite, controllate. "Uccido il mio corpo poiché esso mi uccide."⁷³⁴

Come scrive McLane⁷³⁵, "ferirsi mostra all'autolesionista che può prendersi cura di se stesso [...] l'autolesionismo gli permette finalmente di creare e esprimere sentimenti di sollievo, dolore, rabbia, preoccupazione per sé, e così via".

La via di scarico di contenuti mentali è direttamente fisica. Come scrive Charbonneau, l'autolesionismo è la ricerca di una effrazione, di una breccia, di un muro. Da lì escono tensioni interne insopportabili. "Il sollievo portato dalle scarificazioni si spiega per effetto dell'aerazione psichica prodotta dalla perforazione dell'involucro corazzato"⁷³⁶.

732 Cfr. Claude Balier.

733 Jeanmet, 1995.

734 Platone, Fedone, cit. in Favazza, 2011 (1987) p. 34.

735 McLane, 1996, p.113.

736 Dargent, Matha 2011, p.66.

La sensorialità autocalmante e la dimensione dell'impulsività creano il senso dell'atto autolesionistico e del suo esito in uno stato di straordinario rilassamento e benessere. La sensazione di tensione crescente, che è un umore, diventa finalmente affetto. La lesione sarebbe una affettizzazione dell'umore, e questo mutamento diventa opportunità per ridurre la sofferenza. L'autolesionista prova spesso piacere nel vedere il sangue fluire, quello stesso sangue che è immagine concreta di liberazione e vitalità. Si tratta però, lo abbiamo visto, di una strategia di *coping* che può diventare facilmente compulsione: l'autolesionismo può ritualizzarsi e diventare un momento indispensabile nel quotidiano.

I sentimenti corporei più comuni prima del passaggio all'atto sono: rabbia (secondo McLane⁷³⁷ l'auto-lesione sarebbe un tentativo di reprimere l'emozione della rabbia⁷³⁸), delusione, freddezza, tensione, senso di incolmabile vuoto interiore, depressione, solitudine, rifiuto, abbandono, impotenza, senso di colpa, di caos interno, sensazioni di estraneità, di alienazione dal proprio corpo⁷³⁹. Molte di queste sensazioni gravitano intorno alla perdita e all'incapacità di verbalizzare questa perdita: questo è ciò che vuole controllare, tramite una "memoria tattile"⁷⁴⁰, la persona che si autolesiona.

Come notano Rossi Monti e d'Agostino, l'uomo è un "animale critico", perché evolve per crisi⁷⁴¹ e uno dei compiti evolutivi è proprio la "mentalizzazione delle emozioni: usare adeguatamente il pensiero e il linguaggio per dare un nome a ciò che si vive sul piano emozionale: poter

737 McLane, 1996.

738 Da notare che la scarica rabbiosa ha in sé una soddisfazione (possiamo parlare di godimento lacaniano).

739 Vi è anche l'area del trauma, che analizzeremo nel prossimo paragrafo.

740 Panger, 2007.

741 Il dispositivo antropologico del conflitto è quell'aspetto per il quale un soggetto non coincide mai con sé stesso, e risulta quindi egodistonico.

sentire le emozioni, poterle riconoscere e descrivere in sé e negli altri, poter dar loro un nome.”⁷⁴²

La mentalizzazione passa attraverso il processo di simbolizzazione, fino ad arrivare alla spiegazione e alla rappacificazione attraverso la distruzione.

Ma fintanto che ciò non accade, il dolore è un compagno “familiare e affidabile”⁷⁴³ e il corpo un “campo di battaglia”⁷⁴⁴ che non ha altra scelta se non l’autodistruzione⁷⁴⁵.

Scrive Strong: “I sentimenti provocati dal senso di perdita o abbandono tensione, rabbia, collera, paura, ansia, panico portano a un crescendo sempre più schiacciante. I cutters sono incapaci di comunicare il loro disagio agli altri per ottenere supporto e non hanno interiorizzato alcuna immagine rassicurante di un caretaker cui appoggiarsi, per calmare la loro paura e rabbia e riguadagnare un senso di controllo. Si sentono senza speranza, schiacciati e completamente soli. Poiché le loro emozioni non possono essere espresse o integrate, devono scaricarsi in qualche altro modo. I sentimenti forti semplicemente non possono essere affrontati su un piano mentale, ma sembrano al contrario esigere un’azione.”⁷⁴⁶ E più avanti⁷⁴⁷ leggiamo: “È come se le loro emozioni fossero separate dal pensiero e fossero costretti ad agire in risposta a una sensazione che non possono neppure nominare. [...]

742 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p. 57.

743 Miller, 1997 (1994) p. 83.

744 Miller, 1997 (1994) p.53.

745 Mijolla affronta il tema della “vita per procura”: se il bimbo non attende ai desideri dei propri genitori non ha altra scelta che l’autodistruzione. Benhaïm 1998 (1992) racconta invece la storia di una bimba, nata “al posto” del fratello, morto a pochi giorni da parto. La madre considera la figlia una usurpatrice, una brutta copia e non parla alla bambina che per minacciarla di abbandonarla se non la lascia in pace. Benhaïm descrive così la situazione della bambina, poi adolescente: “Magra, esistente solo nell’autolesionismo e, sempre più spesso, in tentativi di suicidio a ripetizione”.

746 Strong, 2000 (1998), p.55.

747 Strong, 2000 (1998), p. 56.

Le persone sane riescono a dare sollievo alla loro ansia e stress attraverso un processo di pensiero piuttosto che con un acting out.”

4.2.4 Il trauma e la rimessa in atto del trauma

“Quando in casa non c'è nessuno, la figlia si fa dei tagli nella propria carne con premeditazione. [...] Lei è completamente abbandonata a se stessa, sempre meglio che essere in balia degli altri. Ora è tutto nelle sue mani⁷⁴⁸”.

La rimessa in atto del trauma prende il posto della possibilità di ricordare o di elaborare: è il ricominciamento impossibile. È un tentativo di passare “da uno stato di impotenza passiva ad uno di controllo attivo”⁷⁴⁹. Una ragazza vittima di incesto dice: “il malessere della ferita non solo permette di ‘far passare’ i momenti di sofferenza, ma dispone anche una sorta di sapere sulle prove vissute: trovo che si impari a comprendere e ad accettare il proprio dolore⁷⁵⁰”. Se ci si infligge le ferite di proprio pugno, si può controllare come guariscano.

La persona non ha potuto parlare, e quindi scrive ora un testo sulla propria pelle: “Invece di potersi rappresentare il trauma ed esprimere la propria sofferenza a parole, nell’ambito della narrazione, l’autolesionismo consente la trascrizione immediata di questo testo sulla pelle del soggetto, dando voce al dolore sulla pelle. Qualcosa che è stato impossibile esprimere in modi più organizzati.”⁷⁵¹ Rossi Monti fa riferimento anche alla metafora del punto di ebollizione dei liquidi, ripresa da Merleau Ponty: “il dolore legato all’esperienza traumatica raggiunge il punto di ebollizione grazie al quale

748 Jelinek, 2002 (1983) p.95.

749 Strong, 2000 (1998), p. 57.

750 Le Breton, 2006, p.226.

751 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p. 60.

l'esperienza traumatica può emergere alla superficie e trovare espressione sulla superficie cutanea”.

La violenza penetra e si installa nella vittima come la lama di un tritacarne: chi infligge un trauma si installa nella persona. Diventare persecutore di sé stesso consente, paradossalmente, di recuperare potenza. Quando l'altro è molto più forte di noi, la scelta è solo tra ingaggiare una battaglia senza alcuna speranza oppure identificarsi con l'aggressore. Accettare un vissuto di inermità e impotenza è insopportabile.

In ogni ripetizione del trauma c'è in realtà la ricerca del nuovo⁷⁵². Ogni ripetizione è in realtà una differenza, come ogni percezione è già creazione e questo perché nella ripetizione c'è un elemento di speranza, la speranza che l'oggetto risponda in modo diverso, oppure la speranza di “capire meglio”⁷⁵³. Nello psichismo umano, come dice Freud, nulla è mai perduto. Si tratta solo di attualizzare ciò che è sempre lì.

Il tema del trauma compare sempre nella clinica del borderline⁷⁵⁴, di cui parleremo nel prossimo paragrafo. Come sostiene Correale, leggendo Freud⁷⁵⁵, il trauma è una esperienza reale che svolge funzione di effrazione dello scudo protettivo. Esso rompe, perfora, lacera una protezione. Uno stimolo troppo potente buca il nostro involucro protettivo e crea una fuoriuscita emorragica. Il trauma rompe la frontiera dell'io.⁷⁵⁶ Nel momento in cui l'esperienza traumatica perfora l'esperienza protettiva, l'involucro corporeo si rompe in un punto e fuoriesce qualcosa di noi. Tutta la percezione del corpo si modifica di conseguenza: calore e vitalità

752 Cfr. Lacan.

753 Accorgersi che si può stare meglio induce anche senso di colpa verso l'oggetto persecutorio originario, verso il quale si prova un senso oscuro di fedeltà.

754 Cfr. Correale.

755 Freud, 1996 (1920).

756 Nel trauma la dissociazione serve a gestire l'angoscia della perdita del senso di sé. La restrizione dello stato di coscienza porta ad agire in modo automatico, dando tutto il potere soltanto ad una parte di sé. È la tematica dei sé alieni, un'identificazione con la figura traumatica. Bion, nella Guerra dei nervi racconta di come il soggetto ad un certo punto non cerchi neppure più di proteggersi.

fuoriescono. Il corpo è ostile e ci trascende; l'esperienza traumatica ci disaliena dal nostro corpo.

Il trauma esce dal tempo e dallo spazio: è un momento di eternità per la vita psichica, poiché il tempo può nascere solo come ritmo. Il trauma rappresenta invece l'invasività, la non circoscrivibilità. Per Correale il trauma è un eccitamento e contemporaneamente è indecifrabilità. Il trauma presentifica l'insensatezza. Questa riflessione ci è utile per distinguere tra violenza e sofferenza: ci sono delle sofferenze che non sono delle violenze e che non portano ad una "area traumatica", mentre il proprio del trauma è quello di toccare le forme della presenza e dell'ipseità. Il vissuto traumatico è il luogo dell'alterazione dell'evidenza naturale.

La ricerca del trauma assume allora il senso di riattivare in sé la sensibilità e risvegliare un senso di vitalità. Il corpo diventa un contenitore che si svuota e diventa macchina e il danno fisico autoinflitto un modo per circoscrivere in un punto una emorragia diffusa. Il sanguinamento psichico⁷⁵⁷, diventa sanguinamento corporeo. La traumatofobia diventa traumatofilia, ovvero il cercare il trauma, cercare qualcosa che possa fare male, perché, lo abbiamo detto, il dolore ripersonalizza.

Se il trauma è buco, la persona traumatizzata subirà una eccessiva penetranza degli eventi, vivrà una feribilità e una permeabilità diffusa. La depersonalizzazione post traumatica apre alla dissociazione, perché i confini si rompono momentaneamente. L'effetto è frammentante e dispersivizzante: si esce fuori di sé e si perde il senso del proprio corpo, restringendo lo stato di coscienza. Dissociare significa de-sensorializzare e nasce dal bisogno biologico di "staccare la spina" quando la scarica di sensorialità diventa troppo intensa. Un evento assume carattere traumatico perché penetrante, offensivo, violento, magari ripetuto nel tempo. Il vissuto è molto crudo, frammentante, dispersivizzante e riguarda qualcosa di molto vicino alla

757 Stern, 1938.

morte. Più spesso parliamo di relazioni traumatiche⁷⁵⁸, anziché di un singolo evento traumatico.

Nella ripetizione si cerca quello che Cahn⁷⁵⁹ ha chiamato lo “scarto mutativo”. In una sorta di coartazione a non poter essere altrimenti, si rimette in scena sempre lo stesso dramma, nella speranza che vi sia anche una sola possibilità che lo stesso non sia l'identico. La persona non solo non si protegge ma vive una sorta di coazione a danneggiarsi, come se non cogliesse i segnali che la avvertono del pericolo e come se, una volta ricevuto un dolore, non sapesse consolarsi.

Nel traumatismo tutto ciò che era immaginato, tutto ciò che ci era favorevole, è all'improvviso distrutto. Il trauma è l'innocenza perduta, è l'impotenza e l'inertità. La mancanza di controllo su ciò che avviene ci assoggetta ad una realtà predominante e sradica i nostri ancoraggi al mondo. Il trauma crea metamorfosi perché causa una sezione temporale, dividendo la temporalità in un prima e un dopo. Il trauma può anche essere trasmesso intergenerazionalmente: se non se ne può parlare, si può riattivare. Il trauma si incista in profondità e si riaccende quando viene vissuta una scena simile.

Freud⁷⁶⁰ definisce il trauma come un'esperienza travolgente di impotenza di fronte a un accumulo di eccitazione interna o esterna. L'eccitamento, sgradevole e asimmetrico è destrutturante e disarticolante. Vorrei qui in particolare occuparmi del trauma da abuso sessuale: in quanto “massima violazione dei nostri confini⁷⁶¹”, dell’“unica cosa che è realmente nostra e che ci delimita [e che] è il nostro corpo.”

Bessoles⁷⁶², in *Viol et identité*, analizza il legame tra stupro e identità, anche in situazioni estreme come genocidi. In particolare scrive: “Il genocidio (dal

758 Ad esempio vivere con genitori che non si sanno contenere, quando dovrebbero al contrario svolgere una funzione contenente.

759 Cahn, 1987.

760 Freud, 1920.

761 Strong, 2000 (1998), p. 65.

greco *genos* = razza e *caedere* = uccidere) definisce precisamente (Larousse, 1972) un crimine commesso con l'intenzione di distruggere un gruppo umano, nazionale, etnico, razziale o religioso. La definizione è applicabile alla persona in quanto raggruppamento di tutti gli umani, di tutte le nazioni e nazionalità, di tutte le donne, di tutte le etnie, le razze e il colore della pelle [...] L'impresa di sterminio genocidario dello stupro ha come obiettivo la distruzione degli involucri psichici"⁷⁶³. Bessoles⁷⁶⁴ scrive ancora: "La minaccia permanente ha effetti devastatori, fino ad una insicurezza prossima alla follia. L'effrazione è a volte ricercata come una soluzione finale (nel senso dell'olocausto). Le condotte a rischio, soprattutto tossicomane, e la prostituzione, rispondono a volte a queste minacce di annientamento. 'Questo mi è indifferente. Cosa potrebbe essere peggio?'" Il vissuto, che va ben oltre l'autopunizione, comprende "un estremismo nel saggiare i limiti, una ricerca di sensorialità sempre esacerbata, una provocazione e una sfida incessante verso se stessi, un senso di essere sopravvissuti immeritatamente". Il delirio, quando è evitato, è solo tradotto in una forma più o meno socializzata e nelle situazioni estreme è presente sempre uno spossessamento di sé.

Scrive Bessoles che il trauma⁷⁶⁵ non viola solo la frontiera tra dentro e fuori, ma distrugge "i fondamenti dello psichismo (Io pelle, sicurezza basale, relazione di fiducia". Questa distruzione dei fondamenti, lo sconvolgimento delle sensorialità [...] accordano allo stupro un potere devastatore particolarmente annientante. Distruggendo la corporeità (F. Dolto, 1989) esso scompone le costruzioni progressive e interiorizzate dell'immagine del

762 Bessoles, 2008.

763 Bessoles, 2008, p.37.

764 Bessoles, 2008, p.45.

765 Lo stupro infrange la barriera del corpo, così come l'autolesionismo.

corpo e dello schema corporeo, necessarie all'unificazione somatica, alla differenziazione Io/non Io, alla stima di sé e al narcisismo primario⁷⁶⁶.

L'unità corporea e il sentimento di esistenza sono quindi sconvolti e ne derivano sentimenti di depersonalizzazione, di disappartenenza del corpo, dismorfofobie, autolesionismo (sia in senso clinico che culturale, con tatuaggi, piercing, etc.)⁷⁶⁷.

Il corpo non "si tiene più" da solo e può "tenersi solo nel dolore"⁷⁶⁸ La persona persegue il suo maltrattamento attraverso le condotte suicidarie o autolesioniste. Questo sentimento di disappropriazione corporea conduce ai limiti estremi del dolore. L'esperienza del dolore è la sola sensazione intima per poter esistere." La persona può far ricorso alla tossicomania, all'alcoolismo, alla prostituzione, alle condotte sessuali rischiose. L'obiettivo, come nota Bessoles, non è di far sparire la persona, ma di far sparire il trauma e la sua invadenza⁷⁶⁹.

La distruzione della funzione contenente dell'involucro psichico⁷⁷⁰ lascia la persona completamente esposta e si riverbera sulla pelle che diventa "luogo privilegiato di espressione somatoforme del trauma"⁷⁷¹. La traumatofilia incosciente "tende a creare degli spazi di dolore per poter esistere, come veri e propri processi autocalmanti (C. Ciavaldini, 2003) o rassicuranti (P. Bessoles, 2006). Generare ancora più dolore di fronte al primo dolore tende a contenere la distruttività. Diventando soggetto del dolore che mi impongo, mi libero del potere dell'altro [...] Le derive di prostituzione, di scopenso

766 Bessoles, 2008, p.48.

767 Bessoles, 2008, p.48.

768 Bessoles, 2008, p.53.

769 Bessoles, 2008, p.92.

770 Quando manca il contenimento psichico è necessario un altro tipo di contenimento au. Come scrive Bessoles, la riabilitazione passa attraverso il contatto e il toccare (in senso fenomenologico) per sperimentare una sensorialità non effrattiva.

771 Bessoles, 2008, p. 59.

psicosomatico possono essere lette in questa ottica come gesto ultimo di padronanza sul proprio destino in modo da fuggire alla sola logica mortifera dell'aggressore"⁷⁷².

Il tentativo di oggettualizzare un dolore divenuto ormai insopportabile può spingersi fino alla tentazione suicidaria⁷⁷³: "Il genocidio tenta l'autogenocidio come incarnazione del male assoluto"⁷⁷⁴ o come ultimo gesto di soggettività. L'autolesionismo permette "ai sopravvissuti agli abusi di reclamare per sé i loro corpi nello stesso modo in cui rifiutarsi di mangiare dà agli anoressici una sensazione di controllo."⁷⁷⁵ Scrive una vittima: "Quando ti tagli non senti che stai facendo male a te stesso. Senti che è l'unico modo per prenderti cura di te stesso."⁷⁷⁶

Un trauma nell'infanzia è molto più devastante perché deforma una personalità che non è ancora formata. Come nota anche Strong⁷⁷⁷ i bambini abusati "non hanno diritti, non hanno confini né privacy né dignità e nessun controllo sui loro corpi, i loro desideri, i loro sentimenti." Anche in Favazza leggiamo che in una personalità non ancora strutturata, "[u]n trauma può portare un deficit di sviluppo che conduce a una separazione psicologica tra corpo e Sé. A questo punto i problemi psicologici possono venir trasformati in problemi fisici e concreti"⁷⁷⁸. È a quel punto che possono nascere "problemi "fisici e concreti", ma altamente simbolici, come autolesionismo e

⁷⁷² Bessoles, 2008, p.107.

⁷⁷³ La pulsione di morte di Freud, è quella che porta a neutralizzare gli aspetti troppo vitali, per giungere alla pace e tranquillità mortifere. È il ritornare al punto di partenza prima che qualcosa accadesse: ogni essere umano desidera vivere, ma anche ripararsi dalla vita, al riparo da questo eccitamento che ci sta sempre dentro, e che, nel vissuto traumatico è assolutamente oltre la soglia di contenimento.

⁷⁷⁴ Bessoles, 2008, p.100.

⁷⁷⁵ Strong, 2000 (1998) p. 66.

⁷⁷⁶ Strong, 2000 (1998), p. 100.

⁷⁷⁷ Strong, 2000 (1998) p. 68.

⁷⁷⁸ Favazza, 2011 (1987), p. 47.

disturbi alimentari: “La magrezza è autosufficienza, il sanguinare è catarsi emozionale”. Se mangiare è accettare lo status quo, l’abbuffata è invece segno di debolezza, e così via.

Il dolore diventa semplicemente necessario all’esistenza, come continuo, interminabile, esorcismo di un trauma⁷⁷⁹. Attraverso la ferita si mantiene viva la speranza della purificazione: col sangue si vorrebbe far fluire via anche il trauma subito, come in una specie di salasso. Come scrive Rossi Monti, “[t]utto questo però non avviene tramite un processo di simbolizzazione, ma all’interno di un’equazione simbolica nella quale il corpo diventa una vera e propria “discarica della mente” che non può essere affrontata sul piano degli affetti, delle fantasie o delle interpretazioni: il pensiero deve diventare azione”⁷⁸⁰. Non vi è mentalizzazione; non si riesce, tramite il simbolismo, a passare da un elemento concreto ad uno pensato. L’alexitimia è esattamente il non avere parole per gli affetti, affetti che quindi non trovano spazio simbolico: “Più che a uno stato di sofferenza, siamo di fronte a soggetti che non sanno soffrire”. Non interrogano la loro storia, il loro desiderio, le loro contraddizioni. “è semplice brama che induce al consumo di cose o persone senza riguardo per sé e per gli altri”⁷⁸¹.

Se e quando la mentalizzazione avviene, il rischio è che il paziente si suicidi, perché non sopporta il trauma.

La persona traumatizzata incarna l’uomo tragico⁷⁸², irrimediabilmente ferito, uomo della colpa e della vergogna.

779 Le Breton, 2010.

780 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p. 74.

781 Stoppa, 2011, p.90,

782 Kohut.

Parte 5: Psicopatologia dell'azione

“Sono gli Zampanò e le Gelsomine della vita. Gli Charlot, che con la loro malinconia camminano per le strade del mondo, senza un'attività costante – non saprebbero mantenerla, senza relazioni coinvolgenti – sarebbero carboni ardenti, senza mete -sarebbero beffarde fate morgane”⁷⁸³.

Mina Arrigoni Scortecci

783 Cit. in Di Petta, 2009, p.317.

5.3 Essere borderline: una vita sul limite.

Emblema dell'uomo tragico è la vita della persona *borderline*, che spesso ha nella sua storia traumi relazionali ripetuti. È come se il borderline vivesse un disturbo post traumatico a lungo termine.

Il borderline, in francese *état-limite*, stato limite, non è uno stato, ma un funzionamento: una struttura e un meccanismo strettamente legato al passaggio all'atto. Rossi Monti⁷⁸⁴ traccia un quadro della personalità borderline, che si caratterizzerebbe per identità diffusa, esame di realtà piuttosto fragile⁷⁸⁵, sentimenti cronici di vuoto, instabilità⁷⁸⁶ nelle relazioni personali, nell'immagine di sé, negli affetti, tendenza all'impulsività, intolleranza all'abbandono, ricorrenti comportamenti suicidari o condotte autolesionistiche, propensione alla dipendenza da sostanze stupefacenti e condotte antisociali. Il borderline ha un attaccamento ambivalente che prevede una intolleranza verso le separazioni e nello stesso tempo una incapacità di mantenere relazioni stabili.

Leggiamo sempre in Rossi Monti: “Le aree della regolazione degli affetti e del controllo degli impulsi, oltre a quelle delle relazioni interpersonali, dell'integrazione dell'identità e, talora, transitoriamente, dell'esame di realtà sono fortemente disturbate nella psicopatologia borderline, in una maniera

784 Rossi Monti e d'Agostino, 2009.

785 Manca la “costanza della realtà” (Frosch, 1966). Il borderline ha un rapporto problematico con le cose concrete e reali e spesso una incapacità (incompleta) di assumere un ruolo ed un'identità sociale e lavorativa.

786 “Non c'è niente che irriti così tanto una persona come non riuscire a capire i comportamenti di un altro”, scriveva Melville.

che ricorda la tipica sintomatologia dei disturbi di carattere post-traumatico”⁷⁸⁷. Patologia borderline e area traumatica⁷⁸⁸ sono intersecantesi. Sappiamo dalla letteratura medica che i pazienti borderline sono tra i pazienti con le storie di violenza più traumatiche, spesso con ambienti familiari inadeguati, storie di abbandono e/o genitori depressi o abusanti o comunque non “sintonizzati” con il loro figlio⁷⁸⁹.

Non è quindi difficile comprendere come nel vissuto borderline l’insensato prenda il sopravvento, il disastro sia sempre incombente, sempre potenzialmente attivo, ciò che fa sì che le convenzioni sociali siano percepite come una gigantesca ipocrisia. La persona borderline tenderà a non rispettare le convenzioni, nelle quali tutto sommato si annoia e a cercare una profonda autenticità, che avrà l’impressione di non trovare mai.

Ma il vero dramma del borderline è l’aver bisogno di qualcosa che lo fa soffrire. Ciò che era cattiveria di un altro su di sé si trasforma e si confonde in parte cattiva di sé. Nelle vite borderline, come scrivono Rossi Monti e d’Agostino⁷⁹⁰, la sofferenza di un trauma si trasforma in desiderio di ferirsi. Nei disturbi borderline di personalità, l’autolesionismo viene considerato “un modo simbolico di uscire da una quotidianità vissuta proprio sul filo del rasoio per ritrovare un’esistenza che non abbia più niente a che vedere con la morte”⁷⁹¹.

Il borderline sperimenta intensamente una estraneità a sé. Confrontarsi con le ferite lo aiuta forse a non cadere nell’estremo psicologico, a “conservare un minimo di presa su una realtà che altrimenti sfugge”⁷⁹². “Nel modo di

787 Rossi Monti, d’Agostino, p. 19.

788 Cfr. in particolare Correale.

789 Cfr. in particolare Van der Volk et al., 1994.

790 Rossi Monti, d’Agostino, 2009.

791 Le Breton (2005) p.65.

792 Rossi Monti, d’Agostino, 2009.

essere nel mondo del borderline, il corpo vive attraverso la ferita”⁷⁹³. L’autolesionismo è una categoria ampia in cui il borderline è un sottoinsieme. Tra l’altro questo disturbo è l’unico che prevede, per la diagnosi, la presenza di comportamenti quali il suicidio o, appunto, l’autolesionismo. Tuttavia, avverte Favazza, “è inappropriato per i clinici fare automaticamente diagnosi di disturbo borderline di personalità alle persone che si tagliano e bruciano”⁷⁹⁴.

Questa descrizione di Graff e Mallin⁷⁹⁵ della “sindrome del *wrist-cutter*”, risalente al 1967, delinea alcuni tratti di area borderline: “una giovane donna attraente, intelligente, non sposata, che contemporaneamente ha un’attività sessuale promiscua o teme il sesso, facilmente dedita alle droghe, incapace di rapporti con gli altri [...] che si taglia le braccia indiscriminatamente e ripetutamente alla minima provocazione, ma non commette suicidio. Ella sente sollievo al momento di mettere in atto quest’azione”. Il borderline ha necessità di trovare qualcosa che sia l’emozione: il sentimento si deve incorporare nell’oggetto. Il comportamento autolesionista è considerato quindi come “una modalità di procurarsi sollievo rispetto alla tensione interna, quando questa diventa intollerabile”⁷⁹⁶. Si tratta di una soluzione illusoria al trauma, che mi fa ricompattare per un momento, di fronte ad un “nemico” ben definito. La speranza è che le cose possano definirsi chiaramente, che non ci sia confusione tra ciò che è male e ciò che è bene.

Il vissuto di vuoto e di ipoforia del borderline, si aggiunge ai continui traumi che subisce nelle relazioni⁷⁹⁷, sia per il fatto di non sapersi rapportare

793 Rossi Monti, d’Agostino, p. 47

794 Favazza, 2011 (1987), p.215.

795 Graff, Mallin, 1967, cit. in Sims, 2004 (2003)

796 Sims, 2004 (2003).

797 Quando intorno al paziente si fa il vuoto, il rischio suicidario è molto alto.

alle proprie emozioni⁷⁹⁸, sia per il particolare legame con la realtà, come se fosse sempre alla ricerca dell'autenticità o di uno smascheramento. L'esame di realtà⁷⁹⁹ è comunque generalmente conservato, anche se vulnerabile, nonostante l'identità diffusa. L'esperienza, comunque, non può venire del tutto simbolizzata: è come se vi fosse, sostiene Correale, una parte di realtà che rimane troppo reale, troppo dura ed esterna a noi.

Rossi Monti⁸⁰⁰ presenta il mondo borderline, che definisce come assai eterogeneo, in tre *cluster*. Il primo è quello dell'impulsività, il secondo quello dell'affettività e il terzo quello dell'identità. Nel cluster dell'impulsività rientrano comportamenti autodistruttivi o aggressivi, nel cluster dell'affettività troviamo rabbia, angoscia, instabilità personale e affettiva, paura dell'abbandono, burrascosità. Nel cluster dell'identità troviamo infine sentimenti cronici di vuoto, noia, intolleranza alla solitudine e necessità di supporto esterno.

Sanislow, Grilo, Money⁸⁰¹ hanno poi ricondotto questi modi di essere a tre disturbi fondamentali: la disregolazione comportamentale, la disregolazione affettiva, la disregolazione relazionale. L'altro ha un ruolo importante nella vita della persona borderline. Egli dovrebbe ridurre il suo senso di solitudine spaventosa. Il senso di abbandono che vive pressoché costantemente il borderline, altera il senso di se stesso, tanto da svuotarlo. Egli sembra vivere in uno stato di allarme continuo, di stanchezza, di consumo, nella sua

798 Caratteristico del borderline è l'umore disforico. In esso non è assente l'oggetto, ma il nome dell'oggetto. La caratterizzazione è noetica, legata all'intenzionalità allo stato puro, piuttosto che noematica.

799 Se vi sono deliri nell'esperienza borderline, essi sono fenomeni marginali, che non attecchiscono, e sono soprattutto espressione della necessità di una relazione, nonostante l'angoscia della vicinanza, e della necessità di rifugiarsi in un porto sicuro. Il delirio del borderline non è un "vero delirio", non è uno di quei deliri che tentano di rifondare il mondo o l'identità personale, divenendo strutture stabili in cui abitare. "Come se, insomma, un borderline che non riesce ad essere veramente depresso (nel senso che manifesta una depressione decritta come "atipica") non potesse nemmeno essere delirante o allucinato in senso pieno. Sempre e solo in sospenso. Appeso o impiccato alla sua stabile insabibilità." (Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.38). Per questo il disturbo borderline è un disturbo estremamente controverso.

800 Cfr. anche Clarkin, Hull, Hurt.

801 Sanislow, Grilo, Money, 2002. Cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

aspirazione a ricostruire un legame che abbia carattere di assolutezza. Il borderline ha bisogno del tessuto della relazione, che è un continuo avvicinarsi ed allontanarsi, ma non riesce a trovare momenti di riposo in cui possa interiorizzare la propria esperienza⁸⁰².

La percezione è sempre eccessiva, mentre la permeabilità diffusa lo rende facilissimamente feribile⁸⁰³. A causa della discontinuità nel senso di sé, egli vive in una situazione di “stabile instabilità”⁸⁰⁴, premessa quindi per l’impulsività. Nulla di ciò che si vive passa attraverso il linguaggio.

“Il corpo del borderline dà voce ad emozioni che si trasformano in azioni.”⁸⁰⁵ Si tratta di “condotte che comportano un elevato rischio di farsi del male” e nelle quali la persona “mette in atto una sorta di rito ordalico nel quale sfida ripetutamente la morte. Al di là di queste condotte che hanno come fine indiretto il danno corporeo, il corpo borderline agisce più spesso attaccando direttamente sé stesso⁸⁰⁶”.

La persona borderline non riesce a rappresentarsi il proprio dolore, che deve comunque trovare una via di scarico quando diventa troppo intenso. Esistono modi di essere borderline “connotati dal bisogno di scaricare immediatamente nell’azione ogni stato di tensione psicologica intollerabile: con modalità antisociali, aggressive, autolesive”⁸⁰⁷. “La loro principale modalità di relazione è fondata sull’azione”⁸⁰⁸ e sulla ricerca di un contenimento.

802 Correale.

803 Alcune caratteristiche dell’area borderline la avvicinano molto a quelle dell’area dell’adolescenza.

804 L’espressione è di Schmidenberg.

805 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p.41.

806 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p.42; Le Breton, 2005 (2003).

807 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p.27.

808 Rossi Monti, d’Agostino, p. 28.

I sentimenti di rabbia, vuoto, malessere appaiono e scompaiono rapidamente, come rapidamente la tensione viene scaricata. La rabbia appare l'affetto principale del borderline. Scrive Rossi Monti: “L’impulsività borderline è in continua oscillazione tra estroflessione degli impulsi (comportamenti rischiosi, di sfida) e introflessione degli impulsi (condotte suicidarie o autolesionistiche).”⁸⁰⁹

Ciò che è in discussione qui è lo statuto dell’identità: il borderline, per sentirsi esistere, si porta all’estremo. Questa forte esigenza di autenticità può nascere da una sorta di depersonalizzazione cronica? Un altro spunto può essere l’intolleranza al vuoto degli stati limiti. Il vuoto è essenziale all’essere, al “respiro esistenziale”⁸¹⁰.

Correale⁸¹¹ approfondisce gli aspetti legati alla sensorialità e all’eccitamento nel borderline. Egli descrive una “modalità molto specifica di questo disturbo di cercare l’eccitamento attraverso la sensorialità [...] intesa come un’attiva ricerca di stimolazione dei sensi, al fine di ricavarne uno stato specifico di attivazione del senso di sé”⁸¹². Abbiamo già detto che il sé si forma attraverso esperienze sensoriali e tattili. Alla luce di questo “[l]a ricerca continua di esperienze sensoriali specifiche può essere vista in questa ottica, come l’espressione di un’aspirazione a colmare, attraverso le esperienze sensoriali stesse, lacune gravi del sé coesivo, che vengono sperimentate sotto forma di vuoto, sensazioni angoscianti e penose, dismorfofobie, disturbi dell’identità sessuale e altri disturbi ancora”⁸¹³.

Il borderline cerca “sistematicamente l’iperbole, cioè l’eccesso, nell’esperienza sensoriale. [...] Tutto l’aspetto della verbalizzazione e della

809 Rossi Monti, d’Agostino, p. 36.

810 L’espressione è di Charbonneau.

811 Correale, 2009.

812 Correale, 2009, p.61.

813 Correale, 2009, p. 61.

comunicazione è spostata verso l'eccesso.[...] Tutto è troppo”⁸¹⁴. Il borderline abusa di alcool, psicofarmaci, alcoolici, droghe e “[l]’abuso di tali sostanze viene spesso spiegato da parte del paziente come diretto a contrastare un senso di piattezza e monotonia delle percezioni usuali, altre volte la sgradevole e penosa sensazione di essere morto nei sensi. Si cerca l’amplificazione per contrastare l’appiattimento e l’ingrigimento”⁸¹⁵. L’iperstimolazione cerca disperatamente di contrastare una tendenza a non sentire nulla.

Nota Rossi Monti⁸¹⁶ che nel borderline troviamo una frequenza suicidarietà acuta di un paziente su dieci. La suicidarietà acuta è legata soprattutto alla percezione di un mondo interno vuoto⁸¹⁷, alla disperazione e all’angoscia. Frequente è anche la cosiddetta “suicidarietà cronica”, che può comportare vari tipi di agiti autolesionistici e la continua minaccia di suicidio, che rientra nella modalità di relazione. Dal momento che il borderline ha una “identità diffusa, poco coerente e coesa” e un “Sé incline alla frammentazione”, egli è “costretto a ricorrere agli altri per riempire il vuoto del proprio spazio interiore”⁸¹⁸, a volte nei modi più estremi.

L’incertezza dei limiti, dei confini tra sé e gli altri, li fa essere molto vulnerabili all’ambiente e allo sguardo dell’altro⁸¹⁹, al quale si aggrappano, ma che subito dopo rifiutano.

“La perturbazione dell’affettività borderline non è delimitabile in episodi separati dal corso della vita psichica normale, non è centrata sulla tristezza, si manifesta con modalità diverse dalla depressione maggiore, coinvolge un

814 Correale, 2009, p.63.

815 Correale, 2009, p.63.

816 Rossi Monti, 2000.

817 Il suicidio sarebbe infine la coincidenza tra vuoto del mondo interno e vuoto del mondo esterno.

818 Rossi Monti, 2000.

819 Le Breton, 2003, p. 32.

vasto agglomerato di affetti di natura spiacevole, può accompagnarsi a condotte provocatorie e di rottura (che stonerebbero in un quadro depressivo tipico dominato da tristezza vitale e inibizione) ed è in stretto rapporto di interdipendenza con l'andamento delle relazioni interpersonali⁸²⁰. Ed è proprio nella relazione che più di frequente esplodono sia agiti autolesivi, che agiti tesi a distruggere l'ambiente. La "desertificazione dei rapporti" fa perdere la "speranza di trovare qualcuno/qualcosa nel mondo esterno che tamponi l'angoscia di un Sé emorragico"⁸²¹.

Kimura Bin⁸²² vede il malato stato-limite come immerso nell'unione immediata con la pura presenza, al contrario dello schizofrenico o del malinconico, ma "essere nel tempo della continua immediatezza della festa, con tutti i suoi capricci, inconsistenze, instabilità e imprudenze, vuol dire allora tentare di riempire il vuoto, la noia e la disperazione della esistenza votata, ovviamente per tutti, alla morte."

5.4 Le patologie dell'istantaneità⁸²³ e la struttura dell'azione

L'autolesionismo è quindi uno scarico impetuoso di azione. Spesso queste persone non arrivano ad una vera depressione, ma tentano di andare al di là della loro vulnerabilità per trovare il "cosa c'è dopo", l'al di là dell'azione. L'autolesionismo è desiderio di rompere la struttura dell'azione, un atto terrorista interno, quando non si può farlo nel mondo esterno. Ciò che nell'autolesionismo è diverso dalla "semplice" disperazione è il bisogno di

820 Rossi Monti, 2000, p.156. Secondo Stanghellini (Stanghellini, 1996), la disforia servirebbe a proteggere la persona da "una più autentica tristezza".

821 Rossi monti, D'Agostino 2009, p.71.

822 Presentazione di Ballerini all'edizione italiana di Kimura, 2005.

823 La follia richiama tradizionalmente alla mente sintomi positivi, creazione di mondi deliranti e allucinati, mentre la postmodernità ci mette davanti a situazioni di istantaneità dove questi mondi sono spariti: sono queste le patologie dell'istantaneità.

evento, l'imperatività che spinge ad agire. Ed è anche il movimento dell'emozione che ci spinge a introdurre una psicopatologia dell'azione, che è centrale per il nostro soggetto. L'autolesionismo si comprende a partire da una necessità di azione immediata.

Come scrive Ricoeur⁸²⁴ “dire ‘io voglio’, significa 1. Io decido, 2. Muovo il mio corpo, 3. Acconsento”. La psicopatologia dell'atto è inversa a quella dell'impulsività. Come scrive Charbonneau, l'atto è caratterizzato da “la componente di immediatezza, la capacità narrativa di costruirsi e di apprendersi, il bisogno di azione e di evento”. Per comprenderlo dobbiamo primariamente scoprire qual è la sua direzione di senso⁸²⁵. Ma facciamo prima un passo indietro, per comprendere la struttura unitaria del processo dell'azione⁸²⁶.

L'espressione esterna della volontà, in quanto soggettività o morale, è l'azione, ma il concetto di azione ha alcuni aspetti da considerare. È la struttura interna dell'azione che soprattutto qui ci interessa. Se essa si disorganizza se ne può perdere il filo conduttore oppure essa può precipitare nell'atto.

Innanzitutto l'inizio, che suppone che la scelta dei fini, del tema e dei mezzi sia già stata effettuata⁸²⁷. I problemi dell'inizio appartengono a registri diversi. Nella normalità possiamo trovare l'abulia, la velleità (aspirazione che non ha possibilità di attuazione), l'indifferenza a ogni contenuto. Possiamo parlare di inibizione, di incapacità a iniziare a fare. Anche l'angoscia è spesso un problema dell'inizio, anzi potremmo dire che l'angoscia è il problema del

824 Ricoeur, 1950. Cit. in Jover, 2010.

825 Cfr. anche i vettori di forza di Szondi.

826 Le pagine che seguono sono la traduzione, rielaborata, di alcune parti di un testo presentato ad un seminario dal Prof. Georges Charbonneau il 02/02/2012 e che mi è stato fondamentale per elaborare la riflessione sull'impulsività e l'atto autolesionistico.

827 Se Sartre è il filosofo dell'azione, Schopenhauer è il filosofo della volontà. La decisione allora non è altro che l'emanazione della volontà.

cominciamento, ma a volte è sufficiente iniziare l'azione affinché essa trovi la sua energia interna.

Un secondo aspetto essenziale è l'unità dell'azione (il tener assieme l'azione) e la possibilità di investirla. Se questa tenuta manca l'azione può "precipitarsi" oppure disperdersi. C'è poi l'aspetto della successione e dell'organizzazione sequenziale dell'azione. L'azione necessita di uno svolgimento nel quale ogni tappa deve essere giunta a maturazione e compiuta affinché si possa passare alla seguente. L'azione può disorganizzarsi perdendo la sua architettura spaziale e temporale interna oppure la sua organizzazione (il metodo, ciò che bisogna fare o preparare prima). L'azione può essere maldestra, bruciare le tappe o diventare inefficace perché scoordinata.

Altro tema essenziale sono i rapporti tra tema, mezzo e finalità. Un'azione è il rapporto tra tema o mezzi in vista di un fine. Il fine può perdersi strada facendo: i mezzi possono diventare la finalità dell'azione. Il pensiero dei fini dovrebbe permettere di sacrificare i mezzi (cambiarli, modificarli, incrementarli) o riattualizzarli o ancora riformularli in modo che questi abbiano un senso e siano raggiungibili.

La possibilità di conclusione e compimento o termine dell'azione è un altro elemento chiave. È il proprio dell'azione quello di portare ad una conclusione o ad un compimento, qualunque esso sia. Il compimento deve trovare un senso che è sia il senso iniziale, sia un nuovo senso che ridefinisce o si sostituisce a quello iniziale. Avvicinandosi alla fine dell'azione, questa può risultare un po' approssimata, oppure mal fatta. Esistono anche delle chiusure di azione che non possono dare luogo ad alcun bilancio. Semplicemente l'azione ad un certo punto finisce, in un senso per cui non può essere ricominciata.

L'ultimo aspetto è quello della risoluzione. Questa fase corrisponde alla ricomposizione su una tonalità di fondo che abbia incorporato l'azione e

permetta un reinvestimento tematico. Questa risoluzione ricompona un nuovo clima di base e permette l'abolizione della tensione preparatoria all'azione.

Sulla scorta di queste brevi premesse, possiamo capire come la psicopatologia dell'azione ponga come ipotesi che ognuno di noi ha una struttura di azione che lo caratterizza, nello stesso modo in cui ha una spazialità (un modo di abitare lo spazio) o un modo di vivere la temporalità (una temporalità personale).

Riprendo qui alcuni esempi portati da Charbonneau su alcune strutture di azioni caratterizzanti diversi disturbi. I più eclatanti sono forse l'ebefrenia e la passività psicotica, ovvero l'incapacità ad intraprendere la costruzione dell'azione. Non si tratta di un problema di inizio, ma di deliberazione. Questo non è il caso nel quale i temi non hanno senso, bensì il soggetto non riesce ad appropriarsi di un tema di azione come mediatore di esistenza. Vi è una crisi di operatività tra *ipse* e *idem*, perché l'energia ipseica che permette il gioco dei ruoli è carente.

Vi è poi il razionalismo morboso⁸²⁸, il quale contiene una forzatura del tema che può andare al di là del suo scopo e oltrepassare la sua intenzione di partenza. Un esempio portato da Charbonneau è l'ostinazione ideologica, il perdersi nel metodo, tenendolo rigidamente indipendentemente da ogni fine. Lo spirito ideologico elegge un metodo, un principio metodico o epistemologico che subito conta più dei fini stessi che l'azione intende servire.

Anche la malinconia e la mania hanno una peculiare struttura dell'azione. La mania⁸²⁹ si costituisce per il fenomeno del "salto". L'azione salta da temi percepiti come acquisiti verso nuovi temi: è l'intemperanza maniacale, che è incapacità di accettare la durata interna dell'azione. Siamo quindi alla

828 Minkowski.

829 Cfr. la fuga delle idee di Binswanger.

liberazione del possibile, il giubilo della scoperta di tutti i temi possibili. L'azione è tuttavia destrutturata per quel che riguarda i fini. Nella malinconia invece non c'è reale esperienza poiché tutto ciò che può accadere è già colpito dalla caduta, dallo scacco: il modo temporale della malinconia è la retrospezione. L'angoscia è una patologia dell'arresto di fronte all'azione. Il problema è l'inizio, ci si ferma davanti all'azione. La deliberazione è acquisita, ma l'azione non è iniziata, poiché l'ansioso sovradetermina la figuralità dell'azione⁸³⁰.

E veniamo invece alle dipendenze. Tutte le dipendenze intrattengono un rapporto particolare con l'azione e con l'impulsività. Esse sono costituite da una relazione particolare tra atonia (il momento vissuto come tale) e necessità di re-eccitazione. L'estasi tossicomane è il “librarsi nell'aria e rimanere nelle altezze”: è un vissuto di decompattazione, di svincolo da ogni costrizione. Affinché ci sia durata è infatti necessario che ci sia scansione, e la scansione impone un approccio normativo, l'adattarsi ad un contesto. L'alcool invece è disinibitore e sedativo: interrompe o rallenta la condotta dell'azione, ma senza disarticolarla. La cannabis dà una leggera disinibizione e comporta una diffrazione dell'azione. La cocaina accelera l'azione, ma non modifica la temporalità. Abbiamo poi la nicotina, che è un leggero disinibitore, un iniziatore dell'azione e un sedativo.

Mondo, corpo e azione sono strettamente intrecciati. L'apertura del mondo si fa nell'“io posso” di Merleau-Ponty. Ed è proprio questo “io posso” che porta in sé il senso dell'azione, perché l'azione è struttura formale dell'esperienza. “Merleau-Ponty ci dice, come lo ricorda Françoise Dastour⁸³¹,

⁸³⁰ Charbonneau, *Anthopo-phénoménologie de l'addiction*. Texte de conférence, ISRP, 12.04.2012. “L'ansia è una sorta di arresto di fronte alla cosa, una tentazione di presa di distanza, una incapacità di affrontare, piuttosto che un movimento che ci getta verso un oggetto di cui appropriarsi”.

⁸³¹ Dastour, 1995.

che la protorelazione che stabiliamo con il mondo, fino al più intimo sentimento di vita e di appartenenza a sé, è costituito dall'“Io posso”⁸³².

Vedremo ora qual è il posto dell'azione nella struttura della temporalità.

5.4.1 Il vissuto della temporalità⁸³³

Il tempo è un gesto, un evento, un modo di relazione, è antropopoiesi: il farsi dell'umano. Secondo Aristotele è la struttura dell'azione che organizza il tempo: ricordiamo infatti che tempo deriva dal greco “*temno*” che significa taglio. Possiamo aggiungere che il tempo è la struttura di proiezione del possibile dell'umano. Il senso del tempo infatti si raggiunge quando non sono frammentate le tre estasi temporali, ovvero passato, presente e futuro. Quando il tempo è frantumato anche la struttura dell'azione crolla su se stessa.

Il tempo, ora è chiaro, non è nulla che esista da sé. È il soggetto nel suo atto soggettivo, è l'unificarsi di sé stesso del soggetto. I parametri del tempo sono la successione e la durata.

L'analisi della temporalità nel sintomo, porta a scoprire lo stile temporale patologico⁸³⁴. Esistono le patologie del momento, perché il momento è un luogo fenomenologico⁸³⁵. Il momento è l'unità di azione. Secondo Charbonneau noi ci installiamo nel momento e lo “richiudiamo”. In questo esso non è temporale. Ma noi possiamo vivere anche nell'immediatezza dell'istante, che si differenzia dal momento perché esso “è un punto di accoglienza dell'esperienza che mette ciascuno nella possibilità di avere presa

832 Charbonneau, 2010, p.120.

833 Anche in questo paragrafo, per quanto riguarda la struttura della temporalità nelle varie psicopatologie, mi rifaccio al pensiero di Georges Charbonneau.

834 L'espressione è di Jeanine Chamond (Chamond, 2004).

835 Charbonneau.

sul mondo comune, che sia attraverso lo spazio condiviso o il tempo condiviso”⁸³⁶. L’istante⁸³⁷, sostiene Charbonneau, è immediatamente e totalmente estetico, è estetico-fisiognomico, al contrario del momento.

Noi viviamo anche in quella che, sempre Charbonneau, chiama una “istorialità”: viviamo delle epoche, che rappresentano una unità nel tempo, con un inizio e una fine. Quando il ricominciamento è impossibile, lo abbiamo visto, vi è la rimessa in atto del trauma. Scrive Charbonneau⁸³⁸: “Un’epoca è un ciclo di vitalità, che dal suo primo darsi, alla maturazione e poi alla saturazione. Una saturazione che significa che tutto ciò che è stato progettato è già stato realizzato”.

Il posto dell’azione nella struttura della temporalità è così descritto da Charbonneau. La temporalità non contiene struttura di azione. Il tempo rimane identico a sé stesso nella sua tensione di proiezione (vissuto del possibile). È qui che si situano mania e malinconia. L’istorialità invece è centrata sulla concatenazione e sui cicli di azione o di energia. Si definisce attraverso le epoche e le età. Un esempio di patologia dell’istorialità è la paranoia, con la sua impossibilità di uscire da un’epoca e ricominciare. L’istante è un “presente-vivente” che si situa prima di ogni configurazione e che viene poi riconosciuto e ripreso nella struttura dell’evento. Angoscia, impulsività e dipendenze possono essere lette attraverso la comprensione dell’istante. L’angoscia⁸³⁹ in particolare è una patologia della preparazione dell’azione. Il momento, infine, è strutturato dall’azione: tra il suo inizio e la sua chiusura: si mantiene attivamente nella sua estensione. Se possiamo dire che l’istante è espressionista, il momento è invece impressionista, è più narratologico e ha comunque sullo sfondo la relazione del tutto con le sue

836 Charbonneau, 2010, p.166.

837 Per fare un esempio, ascoltare la sazietà è un’impressione legata all’istante.

838 Charbonneau, 2010, p.123.

839 Sull’angoscia cfr., naturalmente, Heidegger e il “davanti a cosa” dell’angoscia.

parti. Impulsività e dipendenze possono essere lette anche da questo punto di vista, poiché l'impulsività è l'incapacità di “restare nel momento” di compierlo⁸⁴⁰. In questo senso la sensualità è il contrario della dipendenza, perché il lasciare le emozioni “estendersi” nel momento. Lo stress è invece l'impossibilità di recuperare uno schema globale di ciò che si sta facendo e per questo motivo esso disorganizza la struttura temporale⁸⁴¹ della giornata.

È interessante anche approfondire la filosofia dell'evento e della noia. Il vissuto dell'evento, secondo Charbonneau, è la “capacità di incontrare dei veri eventi inauguranti di una nuova elaborazione di sé, di una ridefinizione del proprio destino”⁸⁴². L'accidia⁸⁴³ è invece il senso di vuoto esistenziale, di noia⁸⁴⁴. Le dipendenze o l'autolesionismo si possono situare nell'ottica del “bisogno di evento”⁸⁴⁵.

La depressione, lo abbiamo visto, vede una presenza bloccata, fissata in un passato senza futuro. Lo stile di perdita che segna la depressione⁸⁴⁶ non è lo stile dell'autolesionismo, segnato invece da una “precipitazione” del tempo.

“I *cutters* spesso hanno un ‘orizzonte temporale’ incredibilmente ristretto. Quando sono sopraffatti da emozioni negative, credono di essersi sempre sentiti così male, e non riescono a immaginare di sentirsi meglio venti minuti o venti ore dopo. [...] in questo modo la vita è fortemente vissuta nel qui ed

840 Charbonneau, 2010, p.169. L'impulsività è intimamente legata all'inizio dell'azione e alla sua chiusura.

841 E spesso alimentare. Non dimentichiamo che il cibo “temporalizza” le nostre giornate. Mangiare è un organizzatore antropologico dell'esistenza.

842 Charbonneau, 2010, p.167.

843 Scrive Charbonneau che la depressione non è mai nichilista, “mentre le paradedpressioni centrate sui momenti di noia e di “niente più vale la pena” sono delle irruzioni del nichilismo. [...] La depressione melanconica millenaria fa soffrire la persona di un sentimento di scacco, perché le cose hanno, d'ordinario, altamente senso”. Charbonneau, 2010, p.128.

844 Cfr. . Leopardi e la noia come sentimento della nullità delle cose. Nello *Zibaldone* leggiamo: “La noia è il desiderio di felicità lasciato per così dire puro”.

845 Che le spiega da una prospettiva diversa rispetto alla controversa “pulsione di morte”.

846 Cfr. la melancolia binswangeriana.

ora e spesso è vissuta senza alcuna storia [...]. Se si sentono rifiutati o abusati da qualcuno, qualsiasi ricordo di quella persona come un individuo accogliente è perduta.”⁸⁴⁷

L'atto autolesionista infatti non è un'azione nel senso aristotelico del termine. L'atto è, per usare ancora una volta le parole di Charbonneau, una “ellisse d'azione”. Esso è troppo confuso per essere pensato, è una sorta di buco nero condensato, è molto legato al carattere addittivo e alla fisicità del gesto. La dipendenza è una patologia dell'azione che comporta un'uscita dallo spazio di azione, per chiudere un qualcosa che non è stato adeguatamente investito. In questo il “bisogno di evento” porta direttamente al termine dell'azione, per chiuderla.

5.4.2 L'impulsività: il bisogno di azione

L'impulsività è centrale nel problema degli attacchi al proprio corpo, sia quelli patologici, che quelli estetici. Spesso le persone che si scarificano sono impulsive ed è raro che non ci siano delle dipendenze associate. Il “bisogno di evento” è uno dei fenomeni più importanti nell'attacco al corpo. L'atto è una forza che trasgredisce. Nell'autolesionismo è in primo piano l'azione come modo di terminare qualcosa. La struttura del momento è di instabilità, perché il processo dell'azione viene accelerato. L'autolesionismo è il desiderio di rompere la struttura di azione. Il tempo, e soprattutto il momento, in quanto struttura temporale consacrata ad una azione, è messo fuori gioco e sostituito dall'urgenza di agire. Se è vero che l'impulsività è una patologia del momento, ogni atto “vuole fare” qualcosa e dobbiamo chiederci, di fronte ad un atto, dove questo vuole andare.

Dal punto di vista della psicopatologia dell'azione vi è una vicinanza tra la tossicomania e alcuni comportamenti autolesionisti. Il bisogno autolesivo ha

⁸⁴⁷ Strong 2000 (1998) p. 56.

il senso di un tentativo di chiudere il momento, è un desiderio di uscire da una certa situazione. La realizzazione dell'atto dà sollievo, cosa che invece ad esempio non succede nello schizofrenico, che non è sensibile al compimento dell'atto. Ciò che cerca la persona tossicomane nel flash è l'istante totale, senza limiti.

Il fenomeno della dipendenza passa dalla noia e dall'atonìa al flash di energia. Ci troviamo di fronte ad una tensione interiore, seguita dalla "rottura del momento", che serve a ridare e rimettere assieme una nuova energia, a ri-mobilizzarsi, a ri-crearsi degli eventi. Non raro è un senso di fastidio e di irritabilità pre-impulsivi. Possiamo leggere tutto ciò anche come un patologico "bisogno di distrazione", derivante da un disturbo dell'azione. Non si può più sopportare la vita ordinaria e quindi si "rilancia". Se tutto è noia, qualcosa deve succedere! C'è in gioco anche il bisogno di gratificazione. L'atonìa spinge verso la necessità di un re-eccitamento: l'accidia è un terreno preparatorio alle dipendenze, quali unica possibilità di evento. Il senso è quello di rompere una temporalità di noia (che è anch'esso un sentimento non malinconico⁸⁴⁸), rilanciare l'azione. La tensione interiore pre-impulsiva è impazienza di andare direttamente all'azione. C'è un proprio ritmo di scompenso nelle dipendenze, che approda poi alla liberazione dalla tensione, in una sorta di euforia di distensione.

La dipendenza, così come i disturbi del comportamento alimentare⁸⁴⁹, non è legata alla depressione o all'angoscia. Sia l'angoscia che la depressione "bloccano" la persona, sia pure in sensi diversi e non la spingono verso un'azione. Dobbiamo anche distinguere tra dipendenza e atto compulsivo. Quest'ultimo non suppone la stessa regolarità né le stesse strategie di diniego di quello della dipendenza, "L'atto compulsivo può avere un significato ossessivo o essere una semplice espressione pulsionale unica e diretta, legata

848 Come pure nella depressione non c'è l'idea di "guarirsi" con qualcosa.

849 Dei quali parleremo nello specifico più avanti.

ad una situazione non ricercata”. Scrive Charbonneau: “Il richiamo della dipendenza è sempre [...] la ricerca di una euforia di distensione che fa seguito a un sentimento di costrizione che lo precede”. La dipendenza è una patologia dell’istante, della perdita di estensione del momento.

Nell’autolesionismo, che, come abbiamo visto, ha essenziali punti in comune con le dipendenze dal punto di vista della temporalità e dell’azione, il vettore di forza dell’atto è la violenza, la separazione, l’espulsività. Si tratta di una forza che precipita l’atto. Il vettore dell’atto, che è cieco, ovvero per nulla chiaro fin dall’inizio, è la separazione da sé. In questo esso fugge alla dicibilità del linguaggio: esso è un atto e non un’azione. Come scrive Charbonneau⁸⁵⁰ infatti “l’azione è doppiamente un operatore fenomenologico. La coscienza non può incontrare che l’azione [...] e ed essa è indissociabile dall’azione, o dalla coppia azione/passione (essendo la passione un modo di ricevere l’azione)”. Ricordiamo che l’azione si caratterizza per la scelta dei fini, del tema, dei mezzi, per una sua unità interna, per una organizzazione sequenziale e infine per un compimento che comporta la ricomposizione della tonalità di fondo, che ha incorporato l’azione stessa. L’impulsività, ad esempio degli agiti auto od eteroaggressivi⁸⁵¹, è invece un atto senza caratteristica di azione, e ha la funzione di riconquista di spazio. All’estremo opposto dell’impulsività di situa l’abbandonarsi, che può avere anche esso dei risvolti patologici, di cui ci occuperemo più avanti.

Il passaggio all’atto quindi sottende molto più che una carenza di mentalizzazione: ugualmente importanti sono la psicopatologia dell’azione e la patologia del sé⁸⁵².

Se il pattern del passaggio all’atto vede l’impulsività che disorganizza la struttura del momento anche la forma della presenza si altera e con essa il

850 Charbonneau, appunti di corso, 2012.

851 Compresi anche gli agiti pantoclastici.

852 Andronikof, in AA. VV., 2001, p.632.

modo in cui sentiamo gli “oggetti a portata di mano”⁸⁵³, il rapporto con le cose e il loro utilizzo. La dimensione dell’impulsività si lega a quella dell’immaturità, se vediamo certi comportamenti come via di scarico di contenuti mentali. L’immaturità starebbe quindi nell’incapacità di far accedere alla mente certi contenuti mentali; qui starebbe anche la possibilità di distinguere l’agito impulsivo dell’autolesionismo dal senso di “gravità” che troviamo nella depressione.

Alcune personalità patologiche non conoscono la depressione propriamente detta (la malinconia) ma piuttosto delle “rottture”, dei raptus ansiosi, degli agiti autolesivi. Questi gesti autolesivi vengono poi spiegati dalla persona stessa sulla base di un vissuto di insofferenza o di impotenza nei confronti degli altri, del mondo e di se stessi. Sono gesti molto diversi da quelli definiti *tout court* isterici, effettuati per calamitare l’attenzione su se stessi⁸⁵⁴.

Scriva Charbonneau⁸⁵⁵: “La tensione di azione psicopatica o quella degli stati-limite, non è un’angoscia propriamente detta. Che cosa esiste in luogo e al posto della coppia angoscia e depressione? C’è ciò che possiamo chiamare le manifestazioni paradepressive, e anche i comportamenti di rottura (il passare dall’uno all’altro realizza nuovi quadri clinici) e le condotte legate alla dipendenza rispondono a momenti di atonia”. Più avanti Charbonneau sostiene come in alcuni momenti critici estremi si dia un elemento del patico straussiano. Siamo in quelle situazioni nelle quali le persone sono ‘sfinite’, non sopportano più di conoscere troppo se stesse e si mutilano per ‘passare ad altro’ e quindi dare sollievo ad una tensione interiore”⁸⁵⁶.

853 Heidegger.

854 Rimane da capire se queste situazioni qui descritte si sovrappongano con le modalità rabbiose/disforiche dei borderline o ne differiscano in parte o in tutto e perché.

855 Charbonneau, 2010, p.187.

856 Charbonneau, 2010, p.198 e nota 14.

Questo aspetto è al cuore del nostro argomento ed è lo psichiatra Di Piazza che ha meglio affrontato l'aspetto dell'impossibilità alla depressione nelle personalità patologiche. Scrive Di Piazza⁸⁵⁷: “le personalità psicopatologiche non psicotiche, in particolare borderline, non arrivano a deprimersi, ma presentano una sorta di cortocircuito di disperazione con passaggio all'atto rapido” (disperazione che è però già passata nell'attimo stesso in cui arriva). Di Piazza continua spiegando come l'ondata di disperazione si caratterizzi per la sua rapidità e imprevedibilità, il senso di impotenza, l'irreparabilità, la solitudine, il lamento, il cambiamento nel senso della “rottura”, l'abbandono.

Sempre secondo Di Piazza le personalità patologiche hanno difficoltà a reagire sul piano depressivo, mentre hanno la necessità dell'azione ad ogni costo. Il vissuto infatti “è una condizione della nostra interiorità che necessita di alcuni ingredienti: la sedimentazione, uno svolgimento storico del soggetto, la capacità di osservazione di se stessi”. Lo psichiatra osserva che affinché ci sia un “affondo melancolico” è necessario che l'identità di ruolo abbia aderito in profondità all'identità ipseica, ma il punto fondamentale è che “non c'è alcuna gravità negli immaturi, perché la loro ipsietà non è mai stata investita da alcun ruolo”. È necessario che ci sia una “gravità” preliminare perché si possa sprofondare nella depressione. Se non crediamo in nulla, o se ogni cosa è uguale, non è possibile una vera depressione.

Le persone immature non hanno piena coscienza dei ruoli sociali e non li “investono”⁸⁵⁸. Spesso tendono a non partecipare alla vita e a non prendere decisioni. Il nodo dell'immaturità è importante da analizzare perché le persone immature hanno forme di sofferenza specifiche e in questo registro possiamo comprendere alcuni comportamenti estremi: essi hanno difficoltà a sentire se stessi in profondità e a confrontarsi col loro vissuto. In questo modo le esperienze non sedimentano. Secondo Di Piazza quando c'è un

857 Di Piazza, 2010.

858 Charbonneau, Tagliatela, 2012.

rischio di “cedimento” sul piano identitario la persona può arrivare a mettere in pericolo la propria vita con dei gesti esplicitamente auto-aggressivi, come intossicazione da farmaci o consumo di stupefacenti oppure possono tenere condotte di disprezzo del pericolo (come una guida particolarmente temeraria, per esempio). Questi “scoppi di disperazione”, scrive Di Piazza, sono caratterizzati da un movimento centrifugo rapido e imprevedibile. “La struttura temporale è l'immediatezza: il gesto suicidario appare come un tuono in un cielo sereno e coglie tutti impreparati”. Prosegue Di Piazza: “In effetti abbiamo l'impressione che l'esperienza suicidaria dell'immaturo non giunga a sedimentarsi e a suscitare in lui un vissuto, al massimo gli fornisce un'emozione momentanea che sarà presto dimenticata, una sorta di parentesi (sgradevole)”.

Nell'atto in un certo senso esplicitiamo cosa vogliamo veramente. Abbiamo bisogno dell'atto⁸⁵⁹ quando c'è qualcosa che non può essere detto altrimenti. È allora che l'azione si precipita, senza controllo, in atto. Il movimento che si innesca nell'istante come rottura struttura ad asempio anche l'abbuffata bulimica e poi il relativo vomito autoindotto⁸⁶⁰. Se aboliamo la durata, aboliamo l'organizzazione della “coscienza narrativa di sé”. Di norma, scrive Charbonneau, “ciò che succede non si gioca solo nell'istante, ma nello spessore del mio essere al mondo”. L'immediatezza ci impedisce di abitare veramente l'istante, perché ci fa passare subito ad altro.

L'impulsivo, sostiene ancora Charbonneau, “è colui che non sopporta alcuna temperanza e che non può che agire invece che mantenere una distanza critica”.

Il bisogno di azione è al cuore del fenomeno delle dipendenze. È, potremmo dire, il “fattore deflagrante”. Charbonneau ha diviso la costellazione dell'impulsività in “fenomeno primario” e “fenomeno

859 Interessante è anche il rapporto tra atto e ruolo, in quanto il ruolo definisce l'atto.

860 Charbonneau, 2010, p.171.

secondario”. La situazione pre-impulsiva vede sentimenti di indifferenza, noia, mancanza di senso (e quindi soddisfazione), mancanza di attenzione e di concentrazione, bisogno di novità, impressione (non ansiosa) di soffocamento e di costrizione. Sul versante più “emozionale” abbiamo il vissuto di ingiustizia e di essere rifiutato. Il “fenomeno secondario” è la funzione dell’atto. Secondo Charbonneau il senso della realizzazione impulsiva è quello di mettere in luce la necessità, che il soggetto avverte con particolare intensità, di liberarsi immediatamente, di sgomberare il campo. Questo atto promette un nuovo campo d’azione e riconquista lo spazio, oltre a re-eccitare la persona.

Nell’impulsività non è possibile attendere che il momento possa essere vissuto: le cose non possono “andare da sé”. Le dipendenze, come sottolinea in più luoghi Charbonneau, non hanno la loro matrice nell’angoscia. Esse hanno un carattere di impazienza, mentre l’angoscia non ha nulla dell’impazienza: la persona ansiosa è in realtà ferma e bloccata davanti a qualcosa.

Le conseguenze dell’impulsività non sono tenute in conto, poiché il controllo su di sé è ridotto⁸⁶¹ e non vi è una preliminare deliberazione⁸⁶². L’azione procurerà una emozione che non avrà seguito, se non quella di essere riprodotta nuovamente. Favazza ha identificato questi comportamenti come una sindrome con caratteristiche simili ad un Disturbo del controllo degli impulsi NAS

Pattison e Kahan⁸⁶³ hanno identificato tre caratteristiche fondamentali proprie dei disturbi del controllo degli impulsi e le hanno collegate

861 Disturbo del controllo degli impulsi. Nel DSM-IV-TR (APA, 2000), in corrispondenza della sezione relativa ai disturbi del controllo degli impulsi NAS, ovvero non classificati altrove, leggiamo: disturbo esplosivo intermittente, cleptomania, piromania, gioco d’azzardo patologico, tricotillomania. Strong, 1999 (1998) illustra quattro aree di comportamenti impulsivi: disturbi alimentari, cutting, alcol e droga, cleptomania.

862 Scharfetter, 1980. La nozione di akrasia, incontinenza, era stata già introdotta da Aristotele (Aristotele, *Etica a Nicomaco*, VII, 1145a15-1151a30).

863 Pattison e Kahan, 1983, cit. in Drappo, Casonato, 2005.

all'autolesionismo. La prima è l'incapacità di resistere ad una spinta interiore o la tentazione di compiere azioni pericolose. La seconda è la sensazione di tensione o eccitazione prima di compiere l'atto (di auto-danneggiamento). La terza è il senso di sollievo o piacere nel momento in cui si l'atto trova il suo sfogo. Nel DSM IV sindromi molto diverse tra loro vengono accomunate dal discontrollo degli impulsi e classificate "altrove": "disturbo da deficit di attenzione, disturbo antisociale, disturbo borderline, demenza, disturbi dell'umore. Ciascuna di esse è caratterizzata da un comportamento impulsivo significativo dal punto di vista clinico, non meglio attribuibile ai disturbi mentali elencati in altre parti del manuale.⁸⁶⁴" Come sostengono anche Frances First e Pincus, le definizioni degli atti impulsivi "richiedono tutte che il particolare atto impulsivo sia preceduto da un senso di tensione e seguito da una sensazione di piacere e/o di sollievo dalla tensione"⁸⁶⁵.

Ricordiamo qui anche la differenza tra agito impulsivo e compulsivo. Benché i due agiti abbiano molto in comune, essi hanno motivazioni diverse alla base. Nell'agito impulsivo la motivazione è l'ottenimento del piacere o il raggiungimento del sollievo dalla tensione, mentre nell'agito compulsivo la motivazione è la riduzione dell'ansia o del disagio⁸⁶⁶. Se si tenta di resistere all'impulso, a volte vi è una pianificazione del gesto. Ciò può succedere sia nel caso dell'autolesionismo che nella bulimia, soprattutto quando la persona soffre di questi disturbi da molto tempo.

I comportamenti impulsivi e compulsivi possono essere sia egosintonici che egodistonici. Egosintonico è un comportamento "non considerato indesiderabile". Scrivono Drappo e Casonato⁸⁶⁷: "Si può osservare che, nel momento in cui un comportamento impulsivo si manifesta con maggior

⁸⁶⁴ Drappo, Casonato, 2005.

⁸⁶⁵ Frances, First, Pincus, (1997)1995. Cit. in Drappo, Casonato, 2005.

⁸⁶⁶ Drappo, Casonato, 2005.

⁸⁶⁷ Drappo, Casonato, 2005.

frequenza, esso diventa meno controllabile da parte del soggetto che perciò e ricava meno piacere: tale comportamento può diventare egodistonico (ossia il contrario). Viceversa, un comportamento compulsivo indotto in origine dal bisogno di ridurre l'ansia può lungo andare, diventare più accettabile dal soggetto e, perciò egosintonico”.

Abbiamo detto che il disturbo borderline è detto stato-limite nella lingua francese (*état-limite*), ma non è uno stato, bensì un funzionamento, ovvero una struttura e un meccanismo, che vede il passaggio all'atto senza attendere le condizioni appropriate per fare qualcosa. Per ritornare alla domanda iniziale di questo paragrafo: cosa bisogna cercare nell'atto? La materializzazione? La simbolizzazione di qualcosa? Una liberazione? O, più semplicemente e tautologicamente, il bisogno di agire? L'atto cerca solo l'atto perché la persona non è capace di situarsi nella durata, conta solo il profitto immediato, senza attendere le condizioni appropriate per fare qualcosa. La motivazione profonda non è acquisire un oggetto, ma, essenzialmente, un bisogno di agire ad ogni costo. L'azione impulsiva è definita da Rossi Monti in questo modo: “Un'azione che non si configura come il correlato (o anche il prodotto) di un pensiero, ma nasce dal bisogno di dare immediatamente sfogo tramite l'azione a qualche stato interiore (emozioni, pensieri) che non può essere vissuto sul piano dell'esperienza interna”⁸⁶⁸. Rossi Monti, richiamando la letteratura scientifica sull'argomento, sottolinea anche che l'impulsività è “il tratto di personalità con più alto valore predittivo rispetto ai comportamenti suicidari [...], è particolarmente presente in soggetti dipendenti da sostanze [...] ed è cruciale nel determinare un rapporto patologico col cibo”.

La pulsione è slancio vitale, direzione verso qualcosa che sta fuori di noi, realtà da incontrare, esserci che non è statico. Ma nell'impulsività, ciò che prevale è l'emergenza. Scrive Sims: “Gli atti impulsivi vengono “eseguiti in

868 Rossi Monti 2009, p.18.

modo forzato, senza deliberazione o riflessione, sotto l'influenza di una pressione coercitiva che restringe la libertà del soggetto nell'esercitare la propria volontà. Dal momento che un controllo riflessivo o la possibilità di fare delle considerazioni viene a mancare, le conseguenze di tali atti non vengono pensate o prese in considerazione⁸⁶⁹". Nell'alterazione l'uomo perde la possibilità di riflettere per capirsi e capire la situazione: questa è, secondo Henry, una patologia della libertà.

5.4.3 L'aggressività

“Non capisco come possiamo rimanere ciechi alla ubiquità dell'aggressione e della distruzione non erotizzate e tralasciare di accordare loro il posto che meritano nell'interpretazione dei fenomeni della vita”⁸⁷⁰.

L'aggressività si divide in due grandi categorie: quella rivolta verso l'interno e quella rivolta verso l'esterno: autolesionismo da un lato e violenza verso gli altri o le cose dall'altro lato. L'aggressività fa parte delle pulsioni vitali di base ed è definita da Scharfetter⁸⁷¹ come “un attacco fisico o verbale su altre creature viventi o oggetti”. Come scrive Sims⁸⁷², “[i]n termini etologici generali tutto ciò è richiesto agli animali per la loro sopravvivenza, e all'uomo per fare fronte ai propri conflitti individuali e ai problemi che sono presenti nella società. Tuttavia, in un senso psicopatologico più ristretto, l'aggressione comprende il desiderio deliberato e incurante delle conseguenze di danneggiare e distruggere, ed è accompagnata da emozioni negative quali la rabbia, la paura, la disperazione, il rancore”. Nell'aggressività autodiretta

869 Sims, 2003; tr. it. 2004, p.446.

870 Freud, 1930.

871 Scharfetter, 1980, cit. in Sims, 2004 (2003), p.447.

872 Sims, 2004 (2003), p.447.

invece spesso c'è un'assenza di emozioni oppure queste sono seppellite ed emergono proprio in virtù dell'agito aggressivo.

La totale assenza di comportamenti aggressivi è altrettanto patologica⁸⁷³. Come riporta Favazza⁸⁷⁴, i più importanti testi⁸⁷⁵ sull'aggressività umana raggiungono conclusioni simili a queste: “Il comportamento aggressivo dell'uomo, così come manifestato nella guerra, nel crimine, nei litigi personali, e in ogni forma di comportamento distruttivo e sadico è dovuto a un istinto innato filogeneticamente programmato, il quale cerca una scarica e aspetta l'occasione propizia per essere espresso”. Scrive ancora Favazza: “Nonostante sia Lorenz che Freud abbiano proposto un istinto innato aggressivo-distruttivo, Fromm fa notare correttamente che la spinta aggressiva per il primo serve alla vita, mentre per il secondo serve la morte.”⁸⁷⁶

“Presumibilmente l'autolesionismo può essere aggiunto alla lista dei comportamenti aggressivi dell'umanità.”⁸⁷⁷ Viene detto spesso che l'autolesionismo, incluso il comportamento suicidario, è un'aggressione rivolta verso l'interno, mentre l'omicidio è un'aggressione rivolta verso l'esterno. Secondo una significativa parte della letteratura⁸⁷⁸ sull'argomento l'aggressività autodiretta è proporzionalmente più alta quando è più bassa quella eterodiretta e viceversa. Si tratta di una stessa violenza, ma espressa in direzioni diverse? Questo è ad esempio il pensiero del criminologo Ferri⁸⁷⁹. A volte l'intenzione di senso tra autolesionismo e etero-aggressione è simile:

873 Sims, 2004 (2003), p.451.

874 Favazza, 2011 (1987), p. 68.

875 Lorenz 1963, Morris 1967, 1969, Eibl-Eibesfeldt, 1970.

876 Favazza, 2011 (1987), p. 70.

877 Fromm, 1973, p. 23.

878 Due tra tutti: Morselli, 1886; Ferri 1925.

879 Ferri, 1925.

pensiamo ai soggetti depressi che agiscono un omicidio-suicidio. Estremamente particolare è poi il caso del tentativo di suicidio senza idea di morte, che è spesso un gesto estremamente aggressivo verso gli altri. Se il suicidio infatti è un atto contro se stessi, il tentativo di suicidio è un atto contro gli altri. Un altro caso limite è quello delle persone che si fanno male per evitare di nuocere ad altri.

Ad ogni modo tra le invarianti e i nuclei comportamentali fissi del comportamento abbiamo invariabilmente il “qualcuno fa del male a qualcun altro”, che può essere anche un “ci facciamo del male”⁸⁸⁰. È ad ogni modo ormai risaputo che gli autolesionisti non sono pericolosi per le altre persone: la violenza dell’autolesionista non è mai anche eterodiretta. Anzi, è possibile ipotizzare che a volte un movimento auto-aggressivo possa essere una inibizione con successivo re-direzionamento di un comportamento eteroaggressivo.

L’impulsività in genere può però manifestarsi a volte nella difficoltà a controllare istinti aggressivi⁸⁸¹, perché la violenza è più spesso atto che azione. Se c’è azione, allora questa è intenzionale. Ogni violenza porta con sé una “direzione di senso”, che realizza il suo senso fenomenico, il suo senso fisico propriamente detto, che sia essa auto od etero diretta. L’aggressività, anche quella eterodiretta, è connaturata alla dimensione umana. Scrive Freud⁸⁸²: “Non c’è in noi alcuna ripugnanza istintiva a versare il sangue. Siamo i discendenti di una immensa catena di generazioni di omicidi. Abbiamo il piacere dell’omicidio nel sangue”.

Bisogna distinguere tra istinto di aggressività e di morte: “Dare la morte non procede in effetti mai direttamente dalla pulsione di morte, la quale ha senso solo in quanto movimento verso la propria morte, bisogna quindi che

880 Drappo, Casonato, 2005.

881 Dell’osso, 2013, p.13.

882 Cit. in Mijolla-Mellor, 2011, p. 11.

sia deflessa verso l'esterno, verso l'altro, precisamente al fine di conservare la propria vita.⁸⁸³ Vi è quindi una differenza tra istinto di aggressività (che serve alla vita ed è necessario per la sopravvivenza degli animali⁸⁸⁴) e istinto di morte (che serve alla morte). È difficile dire se la tanto controversa pulsione di morte di Freud giochi un ruolo nell'autolesionismo. Nella pulsione di morte, si tratta di tornare ad un punto di partenza, al riparo dall'eccitamento e in una certa misura ciò può essere simile a certi aspetti della compulsione autolesionista. Nella freudiana pulsione di morte si tratta di neutralizzare gli aspetti troppo vitali, di condurre ad una pace e tranquillità mortifera, di ritornare al punto di partenza, prima che qualcosa succedesse, al riparo da questo eccitamento che ci sta sempre dentro. Ogni essere umano desidera vivere, ma anche ripararsi dalla vita.

La pulsione distruttiva scatena adrenalina. Anche la violenza eterodiretta, così come l'autolesionismo, può avere molti sensi e va compresa attraverso il suo vettore di forza. "Per comprendere l'atto", scrive Charbonneau, "dobbiamo capire quale forza è stata messa in gioco". Esistono molti tipi di violenza, da quella espulsiva, a quella distruttrice a quella "gratuita", espressione di pura crudeltà⁸⁸⁵ a quella commessa in nome di una qualche idea di "giustizia". Esiste una aggressività che possiamo trovare in alcune forme di ritardo mentale, nelle quali essa è espressione delle difficoltà e delle delusioni che vengono loro dal mondo esterno. "Picchio, dunque sono": così riassume Jonkheere⁸⁸⁶ il disagio di una sua paziente. Anche nei disturbi antisociali troviamo una alta incidenza di aggressività eterodiretta; ed esiste anche una violenza tragicamente banale che può venire da un'esistenza

883 Mijolla-Mellor, 2011, p.161.

884 La selezione naturale favorisce comunque anche l'altruismo, in quanto la cooperazione è fondamentale per il progredire della specie e la costruzione della società.

885 Che secondo Fromm (e in parte Lorenz) sarebbe prerogativa umana. Fromm, 1973.

886 Jonkeere, 2009.

“nichilista”. Quel che è certo è che anche il comportamento etero-aggressivo risente dell'intreccio tra natura e cultura.

Parte 6: (Oltre) i confini dell'autolesionismo

“Nessuno si uccide. La morte è destino.”

Cesare Pavese

Non tutti gli atti autoaggressivi si equivalgono. Gli attacchi al proprio corpo hanno tra loro significative somiglianze e altrettanto significative differenze.

Scrive McLane⁸⁸⁷: “Attaccando la sua carne, l’autolesionista sta paradossalmente cercando e creando [...] unità nel suo corpo vissuto, e quindi nel suo sé. Tale gesto distruttivo e nonostante ciò parzialmente unificante ha una sua eco in molte altre azioni: fumare, disturbi alimentari, pensieri auto-denigratori, relazioni dannose”.

Ogni comportamento autolesionista in senso più ampio ha una caratterizzazione specifica. Quello che è importante osservare, come nell’autolesionismo, è l’intenzione di senso per cui l’atto viene perpetrato. Il punto principale è che vi è differenza tra anoressia e assunzione di medicinali e tra questi comportamenti e l’autolesionismo, ma in certi casi il vettore di senso può essere lo stesso. Nell’autolesionismo il danno è immediato, concreto, visibile e volontario; nell’anoressia invece, così come nei danni da fumo il danno non è immediatamente visibile, e non ha quel carattere di violenza così evidente nell’autolesionismo. Il danno diventa visibile ad un occhio esterno solo dopo del tempo; nella bulimia invece il danno può non essere visibile (a livello di superficie corporea), neppure dopo anni.

Un altro punto è osservare i danni fisici che conseguono al gesto. Negli agiti autolesionistici in senso stretto non è quasi mai necessario l’intervento medico. Il danno può essere poi immediato o cumulativo. L’anoressia produce un danno cumulativo. Negli attacchi al corpo che si scostano dall’autolesionismo in senso stretto, la persona è inconsapevole degli effetti

887 McLane, 1996, p.111.

negativi oppure semplicemente decide di non dare loro peso, come nel caso dell'abitudine del fumare.

Bisogna poi osservare la frequenza del gesto. Gestì come le abbuffate bulimiche o, di nuovo, l'autolesionismo in senso stretto, possono ripetersi fino a diventare cronici. Gestì come il suicidio tendono invece ad essere definitivi ed estremi.

Distinguiamo infine tra agiti violenti o non violenti, dove non violenti sono l'alcolismo, la tossicomania, l'anoressia e violenti evidentemente il suicidio. Vi sono poi dei comportamenti non violenti che sono anche indiretti, come la guida pericolosa, il camminare soli e disarmati nei sobborghi di una metropoli in piena notte, il rifiutare di curarsi quando si è malati. "Un comportamento nocivo diretto si manifesta in poco tempo e il soggetto è consapevole delle probabili conseguenze delle proprie azioni: sa di farsi del male. L'autolesione indiretta necessita di più tempo perché può trascorrere un lungo periodo tra la messa in atto del comportamento del soggetto e le sue possibili conseguenze. L'individuo non sembra rendersi conto del fatto che si sta danneggiando⁸⁸⁸".

Gli elementi limite della questione sono molto interessanti. Il concetto di autolesionismo è in effetti in piena evoluzione e il fossato che lo separa da altri disturbi (disturbi del comportamento alimentare, soprattutto anoressia e bulimia severa, dipendenze, tossicodipendenze, etc..) è sempre più ridotto. Per questo è importante considerare le frontiere ultime dell'autolesionismo, soprattutto nei suoi aspetti cronici. La scarificazione può essere solo la forma acuta ed estrema di certi disturbi. Secondo Favazza infatti i pazienti spesso iniziano con un solo comportamento autolesionistico (in senso ampio), poi proseguono sviluppandone altri, che mantengono anche contemporaneamente. "Questi sono i pazienti più difficili da trattare: sono un groviglio di impulsi." Ma Favazza aggiunge anche che dei comportamenti

888 Drappo, Casonato, 2005.

impulsivi l'autolesionismo in senso stretto pare il più difficile da lasciare. “Sembra colpire più in profondità nel cuore dell'individuo”. La costellazione di comportamenti impulsivi “intercambiabili” sono per Favazza i disturbi alimentari, il tagliarsi, l'abuso di droghe o alcool, la cleptomania⁸⁸⁹. Tutti questi comportamenti si auto-rinforzano perché riescono bene nel loro intento di ridurre la tensione. Inoltre, come abbiamo detto, sia l'autolesionismo che i disturbi alimentari servono anche per percepire il corpo come conosciuto, impenetrabile, prevedibile.

6.1 I disturbi del comportamento alimentare

“Avendo sempre subordinato tutte le mie azioni al fatto di esaminare se esse hanno per conseguenza di farmi dimagrire o ingrassare, presto tutto ha per me perduto il suo senso”⁸⁹⁰.

Ci soffermeremo particolarmente sulle problematiche alimentari perché trovo che siano anch'esse un emblema dell'attacco al corpo, con profondi significati sociali, culturali e “spirituali” e che sia molto fecondo il confronto con l'autolesionismo.

Fairburn⁸⁹¹ definisce i disturbi del comportamento alimentare come una patologia psichiatrica cronica caratterizzata principalmente da convinzioni distorte e preoccupazioni esasperate circa la forma e il peso corporeo. Si noti che il focus non è quanto o cosa mangiamo o perché il peso è basso, ma il punto della questione sono queste convinzioni distorte e preoccupazioni esasperate circa la forma e il peso corporeo. Si parla quindi prima di tutto di corpo. La prospettiva fenomenologica sul mondo anoressico prende avvio dal vissuto corporeo e dal vissuto dell'alterità, ma bisogna sottolineare subito che

889 Che esula da questo studio in quanto non corporea.

890 Sono parole di Ellen West di Binswanger.

891 Fairburn, 2008.

i disturbi alimentari sono la patologia psichiatrica che comporta il più alto rischio di morte, sia per le complicanze fisiche, sia a causa dei numerosi suicidi⁸⁹². La sofferenza mentale è infatti in questo ambito altissima e la remissione è inusuale⁸⁹³. Spesso sono disturbi che diventano cronici.

La storia epistemologica del concetto di “disturbo alimentare” risale all’antichità. Già il medico greco Galeno descrive dei comportamenti bulimici, mentre Simone Portio nel 1500 e Avicenna secolo XI si riferiscono a problemi che possiamo ricondurre alla galassia anoressica. Nel 1694 Richard Morton pubblica la prima descrizione clinica di un caso che oggi definiremmo di anoressia, descrivendo Miss Duke, di venti anni, come “un'adolescente con consunzione nervosa causata da tristezza e preoccupazioni ansiose”. Miss Duke rifiutava di mangiare, era magrissima e svolgeva una intensissima attività intellettuale e fisica. Morirà in pochi mesi. Coloro che sono designati come i “padri” dell’anoressia sono Lasègue⁸⁹⁴ e Gull⁸⁹⁵. Essi spiegano il disturbo nei termini dell’isteria, di disturbi depressivi e di ipocondria. Simmond⁸⁹⁶ introdurrà poi nella riflessione il problema endocrino e quindi il problema si sposta dal piano comportamentale a quello “anatomico”. Stunkard⁸⁹⁷ nel 1959 descrive l'improvvisa ingestione di grandi quantità di cibo con successivo malessere fisico e profonda insoddisfazione

892 Il rischio di suicidio è alto e i tentativi hanno esiti letali in percentuale superiore rispetto agli schizofrenici ed ai depressi maggiori.

893 L’anoressia nervosa la forma più grave e pervasiva perché il sistema è più strutturato, più radicato e quindi più difficile da curare. Cfr. Walsh, 2009. Secondo Valdo Ricca è sbagliato affermare che i disturbi alimentari sono in crescita: secondo lo studioso ci sarebbe un aumento delle forme sottosoglia ma non delle forme più gravi. Lo stesso Ricca nota però che certi modi di pensare non sono più tipici solo delle donne più giovani ma si sono allargati anche a donne di età più avanzata, tutte accomunate dal sentirsi grasse, dal non amare la forma del loro corpo e dal basare su di essa la stima di sé. Ricordiamo anche che fino a non molti anni fa il problema dell'essere umano erano le carestie e il metabolismo è conservativo, per cui per dimagrire andiamo contro un meccanismo biologico che ci ha protetto per milioni di anni.

894 Lasègue, 1873.

895 Gull, 1874.

896 Simmond, 1914.

897 Stunkard, 1959.

di sé. Freud non ha scritto molto sul problema, ma inizialmente ha ricondotto l'anoressia all'isteria, per poi avvicinarla alla malinconia. Abraham e Klein parleranno di fantasmi di sadismo orale. Il caso Ellen West di Binswanger, pubblicato nel 1944, è complesso e ha dato luogo a numerosi dibattiti. Lo approcceremo tra poco, soprattutto per ciò che concerne l'idea della “fuga verso il cielo”.

La studiosa Selvini-Palazzoli⁸⁹⁸ legge l'anoressia come una lotta contro l'impulso, di segno opposto, bulimico e fa notare come l'immagine del corpo sia vissuta come persecutoria, quasi all'interno di una paranoia interpersonale. Hilde Bruch⁸⁹⁹ collegherà il rifiuto del proprio corpo dell'anoressica con il rifiuto della madre. Aggiungerà anche che la percezione del corpo dell'anoressica è profondamente alterata, perché ella vive il corpo come estraneo a sé e questo coinvolgerebbe difficoltà nell'identità personale.

Fenichel, nel 1945 parlerà per la prima volta della bulimia come di una “tossicodipendenza senza droga”. Oggi il comportamento alimentare è spesso ricondotto all'ambito delle dipendenze, ma questo pone problemi per l'inquadramento concettuale dell'anoressia che è considerata ad esempio da Charbonneau⁹⁰⁰ come una “anti-dipendenza” o “dipendenza povera”. L'anoressia radicale, egli dice, è una “contro-dipendenza” perché è il rifiuto di ogni legame di dipendenza, è il terrore della dipendenza. Se il cibo è legato allo spazio sociale e al mondo della famiglia, con l'anoressia siamo in un mondo senza attaccamento, in un mondo di iperautonomia.

Ciò che è comunque ormai chiaro è che il problema dell'anoressica non si situa certo a livello della funzione alimentare, ma a livello del corpo e dell'identità personale.

Lamas *et al.*⁹⁰¹ individuano la semiologia di fondo dell'atto di alimentarsi, che si compone di tre dimensioni ampie: “una dimensione biologica: in

⁸⁹⁸ Selvini-Palazzoli, 1963.

⁸⁹⁹ Bruch, 1975; 1979.

⁹⁰⁰ Charbonneau, 2012.

termini di apporti energetici e nutrizionali”; “una dimensione psicologica; l'appagamento di una tensione legata alla fame e il piacere provato”; “una dimensione socioculturale: il comportamento alimentare è fortemente condizionato dalle pratiche familiari e culturali”.

Lamas et al.⁹⁰² proseguono esplicitando che “si parla di disturbi del comportamento alimentare quando le alterazioni osservate non sono secondarie ad un'altra diagnosi” e più precisamente quando: “l'alimentazione è qualitativamente o quantitativamente distinta da ciò che si trova abitualmente presso gli individui della stessa età e della stessa cultura”; “questo comportamento alimentare comporta una ricaduta negativa sulla salute fisica e mentale dell'individuo in questione”; “questo comportamento risponde a una problematica personale che non ha potuto essere gestita con altri mezzi”.

L'approccio antro-fenomenologico di Ludwig Binswanger al caso Ellen West è particolare e controverso⁹⁰³, come abbiamo detto. Ne Il caso Ellen West, pubblicato nel 1944 Binswanger racconta come la paziente abbia iniziato molto presto ad avere dei problemi con cibo. A nove mesi ha rifiutato il latte ed è stata quindi nutrita con del brovo di carne. Più tardi Binswanger leggerà il rifiuto del latte come una resistenza al mondo della co-esistenza, una sorta di linea di demarcazione tra se stessi e gli altri.

A scuola la piccola Ellen era ambiziosa e assolutamente determinata ad eccellere. Diceva spesso: “*Aut Caesar aut nihil*”: è il principio del tutto o nulla. Ha iniziato a comporre delle poesie.

Si fidanza con quello che chiamava un “romantico straniero”, ma, seguendo la volontà di suo padre, rompe il fidanzamento. In seguito sviluppa

901 Lamas et al., 2012, p. 11.

902 Lamas et al., 2012, p. 11.

903 Mi riferisco soprattutto alla scelta etica di Binswanger di non impedire alla sua paziente di suicidarsi.

una fortissima angoscia di ingrassare e comincia a torturarsi con il digiuno. Sviluppa anche idee di morte e di suicidio.

All'età di diciannove anni, Ellen West si alza alle cinque del mattino, monta a cavallo per tre ore e poi riceve le sue lezioni private. Lavora tutto il pomeriggio e la sera fino a notte fonda, con l'aiuto di caffè caldo e lavaggi con acqua gelata.

Nonostante tre psicoterapie e due ospedalizzazioni, il peso continua a fluttuare, prende degli ormoni tiroidei e dei lassativi, si procura il vomito, mangia molto poco e soltanto certi alimenti, attacca dei pesi alla sua cintura. Compie due tentativi di suicidio.

Il desiderio di morte, come nota Binswanger a più riprese, percorre tutta la vita della paziente. Il mondo della vita di questa malata è dilaniato dall'opposizione tra il mondo dell'etere (il cielo) e il mondo della terra (la tomba). Si tratta di due mondi inconciliabili: da un lato il mondo luminoso, leggero, ampio, dove non si trova alcuna resistenza; dall'altro il mondo nero, spesso, pesante, stretto, che oppone resistenza. La presenza di Ellen è spaccata in due parti. Lei stessa scrive di vivere bloccata tra cielo e terra. La presenza è angosciata da suo essere-nel-mondo in quanto tale. Il mondo assume un carattere minaccioso e sinistro. Troviamo in queste osservazioni l'eco di tutta la civiltà occidentale, da Platone, a Descartes al cristianesimo⁹⁰⁴. Ellen West incarna anche la figura della santa, che non vorrebbe essere nel mondo, ma allo stesso tempo fa opere di bene e segue i malati.

Ci sono alcune questioni che accompagnano la riflessione sui disturbi alimentari e alle quali tenteremo di dare una risposta nel corso di questo paragrafo. I comportamenti alimentari sono psicopatologicamente specifici?⁹⁰⁵ Ovvero dato un certo tipo di comportamento è collegato ad un certo tipo di esperienza? I comportamenti sono sicuramente aspecifici

904 Su questo punto rimando a Galimberti, 1983.

905 Sono sintomi o sindromi?

rispetto ai vissuti; Possono diventare specifici solo quando troviamo la loro motivazione, cioè la loro intenzionalità. Una persona può non mangiare per ragioni molto diverse tra loro: per la paura di essere avvelenato, perché ha fatto un voto, perché non ha fame, per la paura di ingrassare, a causa di un delirio, o perché le sue pulsioni alimentari sono bloccate (in modo più o meno congruo al blocco o meno di altre pulsioni). Ciò che voglio dire è che se guardiamo isolatamente al comportamento alimentare, questo ci dice molto poco.

Un'altra domanda importante è: i comportamenti alimentari anormali dipendono da esperienze anormali? E, se sì, si tratta di esperienze del pensiero o della percezione?

Quanti sono i disturbi del comportamento alimentare? Uno o più di uno? Secondo lo psichiatra cognitivo-costruttivista Valdo Ricca per esempio c'è un solo disturbo del comportamento alimentare. “Ciò che colpisce di più nella varietà dei disturbi alimentari non è ciò che li distingue, ma quanto essi hanno in comune”⁹⁰⁶. Una anoressica diventerà bulimica, si tratta solo di attendere. Egli sostiene che tutte le persone affette da disturbi del comportamento alimentare cambiano di diagnosi nel corso della loro storia clinica⁹⁰⁷. Esiste quindi un nodo fondamentale al centro di tutti i disturbi del comportamento alimentare? Un disturbo generatore? I disturbi del comportamento alimentare si sovrappongono in parte o in *toto* ad altre sindromi psicopatologiche? Spesso il disturbo del comportamento alimentare è la punta dell'*iceberg* di un disturbo diverso, che sia borderline oppure una psicosi con delirio monotematico.

Secondo lo psichiatra Giovanni Stanghellini il disturbo generatore dei disordini alimentari sarebbe un disturbo dell'identità. Il disturbo dell'alimentazione sottenderebbe un disturbo del vissuto corporeo

906 Stanghellini, et al, 2012. p.154.

907 Faravelli et al., 2006.

(*embodiment*) e questo a sua volta sottenderebbe un disturbo dell'identità: dalla superficie alla profondità⁹⁰⁸. Il passaggio di focus è quindi dal comportamento al vissuto corporeo, per giungere al disturbo dell'identità.

Stanghellini⁹⁰⁹ ha fatto l'ipotesi seguente: le persone che hanno un disturbo del comportamento alimentare fanno esperienza del loro corpo come di un oggetto che è guardato da un'altra persona. Ciò può accadere in ragione di una mancanza di esperienza cenestesica del corpo in prima persona. “Una carenza di consapevolezza propriocettiva contraddistingue queste donne. La perdita della capacità di riconoscere ed identificare sensazioni di fame e/o sazietà sembra connessa a comportamenti autodistruttivi e abuso di sostanze”⁹¹⁰. È indubbio che esiste una alta comorbilità tra autolesionismo e disturbi alimentari, come pure a volte abbiamo una “cicatizzazione” dell'anoressia attraverso le dipendenze.

Il “corpo vissuto per gli altri” è il mondo della vita delle persone che soffrono di un disturbo del comportamento alimentare. Io divento tematicamente cosciente del mio corpo in quanto oggetto quando incontro un ostacolo ma ancor più drammaticamente quando incontro lo sguardo dell'altro. Ecco che allora il mio corpo è reificato, ma non solo il mio corpo: tutto il mio essere, l'identità stessa diventa un oggetto esteriorizzato. Sono soltanto ciò che si vede di me (o meglio, ciò che penso che l'altro veda di me) e il punto fondamentale diventa quel “soltanto”. Come osserva Ricoeur, l'alterità è sia quella interna che quella dell'altro in carne ed ossa⁹¹¹: l'alterità è qualcosa che mi trascende sia dall'interno che dall'esterno. “L'auto-coscienza pubblica, in quanto opposta all'auto-coscienza privata, include tutte quelle qualità del sé che sono formate negli occhi delle altre persone.”⁹¹² Questa è anche la ragione per la quale la vergogna è una emozione importante nei

908 Stanghellini, et al, 2012.

909 Stanghellini et al., 2012.

910 Drappo, Casonato, 2005, p.170.

disturbi del comportamento alimentare. Ricordiamo che l'emozione è un affetto che ha un oggetto intenzionale esplicito: l'oggetto sono io, io in quanto essere, io ridotto a "ciò che è" sotto lo sguardo impietoso dell'altro. L'effetto della vergogna è di ridurre il mio essere a null'altro che a questo dettaglio visibile⁹¹³. Ricordiamo che la vergogna è diversa dalla colpa perché la prima è solo in ciò che è visibile.

Lo sguardo dell'altro⁹¹⁴ mi inchioda alla fatticità irriducibile del mio corpo. Questo fatto scatena allora un pensiero, un progetto di mondo: l'utopia di cambiare questa fatticità⁹¹⁵. L'estetica⁹¹⁶ prende il posto della cenestesi. Mi illuso di poter controllare l'alterità modificando le forme corporee⁹¹⁷. L'anoressia è l'utopia del *Leib* che si transustanzia nel *Koerper*. C'è una durezza nella leggerezza dell'esistenza anoressica ed è il toccare il residuo, il precipitato del *Koerper*, che diventa concentrato del *Leib*. Dalla de-personalizzazione e dalla de-corporeizzazione nasce uno spessore non

911 Ricoeur usa la stessa parola sia per l'alterità interna sia per l'altro in carne ed ossa. Il tema dell'alterità è centrale per capire l'esistenza di una persona che ha problemi con il proprio corpo e quindi con il cibo. È il tema dell'alterità che è in ciascuno di noi e che in alcuni prende il sopravvento. L'alterità della paziente bulimica durante una abbuffata è paradossale: qualcun altro prende il controllo sulla mia vita, che non sono io ma che comunque sono io. Si tratta di una perdita di controllo *tout court*? A volte sono perdite di controllo pianificate. La persona bulimica è profondamente sofferente perché non ha la capacità dell'anoressica di controllarsi rispetto a quello che per lei è prioritario, e che sarebbe poi quello che le permette di modificare il suo corpo. Le persone bulimiche infatti tendono a suicidarsi statisticamente più delle anoressiche. Questa immagine dell'uomo, connotata dal fatto che è la parte razionale che ha e deve avere il controllo, va contro tutta l'antropologia del Novecento. Il monologo della ragione sulla follia, il monologo del mio io che non tiene conto delle mie pulsioni, è votato alla disfatta e questa disfatta la chiamiamo perdita di controllo.

912 Stanghellini *et al*, 2012, p.155.

913 Fuchs, 2002.

914 È giusto precisare che si tratta dello sguardo dell'altro qui ed ora, non dell'altro generico del *typus melancholicus*. Altra cosa che differenzia questa situazione dal *typus* di Tellenbach è che lo sguardo è sul corpo e non sulla morale.

915 Stanghellini, 2005.

916 Non intendiamo naturalmente estetica nel senso della bellezza.

917 Modificare il corpo è più facile che agire in altri ambiti, soprattutto se l'autostima è bassa. L'apparire è il surrogato o il simulacro dell'identità: come per il melanconico essere a posto con la sua coscienza morale è il surrogato identitario, così per la persona con disordini alimentari essere a posto con il peso, il corpo o l'apparire è il suo surrogato identitario. La bellezza in tutto ciò non c'entra nulla: il problema di queste persone non è di essere belle ma di rimediare a carenze che loro ritengono tali agendo sull'unico campo in cui riescono, il corpo, che non deve diventare bello, ma in cui si gioca il "riuscire almeno in quello".

ricongiungibile⁹¹⁸ tra Leib e *Koerper*. È un po' come se l'anoressica colpisse l'*alter* dentro di sé per guadagnarlo al *Leib*.

La prospettiva sul mondo anoressico cambia se usiamo la prospettiva di un'identità fluida messa e rimessa continuamente in forma dallo sguardo dell'altro. Stanghellini e Ricca⁹¹⁹ hanno formulato un questionario che è stato usato per valutare l'identità e l' "*embodiment*" dei pazienti con disturbi del comportamento alimentare. Per ogni frase presentatagli il paziente deve dire se se pensa gli appartenga o meno, e quanto. Il questionario è diviso in quattro parti.

La prima parte riguarda il "percepirsi e definirsi soltanto attraverso lo sguardo dell'altro". Ecco alcune frasi di questa parte del questionario: "Non posso sopportare di non sapere ciò che gli altri pensano di me"; "Dipendo dalla valutazione degli altri"; "A volte mi metto a fuoco attraverso gli occhi degli altri". L'idea è che la persona non sa chi lei è fintanto che non sa come gli altri la definiscono. Il punto non è evidentemente ciò che l'altro pensa, ma ciò che io penso che l'altro pensi. Non c'è veramente un altro, con un uno scambio, un dialogo e questo porta ad introdurre un elemento di paranoia. Il corpo dell'anoressia si riforma continuamente e poi di squaglia e di nuovo si riforma in un ciclo infinito. Non si dà un'ipseità stabilmente incarnata e la paura è continua⁹²⁰. Non è solo un non sapere chi sono, ma un vero e proprio non sentirsi nella carne: è una bulimia di definizione della propria consistenza corporea.

918 Nota Ortega che "il cervello è la parte del corpo non solo necessaria, ma sufficiente per essere noi stessi. È il soggetto cerebrale la figura antropologica che si adatta meglio alla visione di un corpo costruito, oggettivato e frammentato. [...] per molti portatori di gravi deficit fisici la non-identificazione col corpo, fino alla de-corporeizzazione costituisce una modalità per sopportare i limiti imposti dal corpo" Ortega, 2009 (2008), p.48.

919 Stanghellini *et al.*, 2012.

920 C'è una circolarità ansia-sedazione simile alla dipendenza da sostanze, ma qui la "sostanza" pare essere lo sguardo dell'altro. C'è un qualche aspetto paranoico nel rapporto con l'altro: sono i miei occhi che mi guardano attraverso l'altro. Il giudizio dell'altro peraltro non basta mai: è un bisogno che non si esaurisce. Cfr. anche Basaglia "*Corpo, sguardo, silenzio*".

Un primo problema che nasce da questa lettura è il seguente: l'altro di cui stiamo parlando è sempre un altro fuori di me oppure forse anche un altro all'interno di me? Personalmente propendo per la seconda soluzione. Francamente non credo che l'anoressica abbia un autentico rapporto con un "altro" al di fuori di sé.

La seconda area del questionario di Stanghellini e Ricca riguarda il percepirsi soltanto grazie a delle misure oggettive. Riporto due frasi significative del questionario: "Se ho il mio peso sotto controllo, ho anche il controllo dei miei stati emozionali"⁹²¹; "Se le mie misure restano identiche sono me stesso, in caso contrario mi sento perduto". Questa parte del questionario rimanda a ciò che Merleau-Ponty⁹²² ha scritto sullo spazio: "Ciò che garantisce l'uomo sano contro il delirio o l'allucinazione non è la sua critica, ma è la struttura del suo spazio : gli oggetti restano davanti a lui, mantengono la loro distanza". Ricca⁹²³ racconta di una sua paziente che metteva due sedie a una certa distanza, che lei misurava esattamente, e verificava continuamente di poter passare tra quelle due sedie. Voleva forse verificare esattamente quale spazio occupava e quello era uno strumento per percepire il suo corpo⁹²⁴? Dare forma a sé stessi nello spazio è una "metafora concretizzata, che stabilisce una equivalenza tra una realtà psichica - l'identità e una realtà fisica - la forma del corpo di una persona"⁹²⁵. Questo ha sicuramente qualche legame con il senso del materializzare un dolore, di cui abbiamo parlato quando abbiamo trattato specificamente dell'autolesionismo.

921 Il livello di autostima dell'anoressica può essere quantificato sul piatto della bilancia.

922 Merleau-Ponty, 1979, (1945), p.391.

923 Ricca, seminari del Corso di Psicopatologia fenomenologica, Firenze, 2011.

924 Prima di passare tra le due sedie non so se passerò, non riesco a mentalizzarlo finché il corpo non si spazializza.

925 Stanghellini *et al*, 2012, p.155.

La terza parte del questionario riguarda il sentirsi estranei al proprio corpo, forse la madre di tutte le esperienze psicopatologiche⁹²⁶. Le frasi più rappresentative sono : “A volte sento le mie emozioni come estranee e mi fanno paura”; “Mi vedo sfuocato, non mi sento”; “La carne non è importante, essa mi permette di sentire le mie ossa”. La seconda di queste frasi è una di quelle con maggiore rilevanza statistica.

Ma qual'è il rapporto tra questa indefinizione del corpo e le emozioni? Ci sono delle persone che non riescono a definirsi sulla base delle loro emozioni. Non riescono a scegliere perché non hanno un'emozione che le guidi. Si tratta di qualcosa che riguarda il corpo, perché le emozioni hanno sede nel corpo, e che riguarda anche l'identità perché queste persone non riescono a mantenere un progetto di mondo che sia stabile. Forse le emozioni non danno loro una base. Forse non c'è presa sul proprio corpo emozionato, non sentono le emozioni che hanno sede nel corpo. Binswanger ha spesso ricordato, parlando di Ellen West, la sua inquietudine esistenziale e l'assenza di un piano, cioè di una presenza, che ella possa riconoscere come la sua.

Ci sono persone che non riescono a definirsi sulla base delle proprie emozioni, non riescono a scegliere perché non hanno un'emozione che le guidi. Faticano a scegliere, a volte scelgono ma poi in un batter d'occhio cambiano scelta. Questa difficoltà ha a che vedere col corpo perché le emozioni hanno sede corpo, ed ha a che vedere con l'identità perché queste persone non riescono a tenere fermo un progetto di mondo (non perché oscillino come bipolari tra emozioni e quindi tra diversi progetto di mondo, ma per uno scarso sentire che non riesce ad attualizzare alcun progetto esistenziale)⁹²⁷. Il senso di sé è così confuso che solo con criteri esterni si riesce a stabilizzarlo. Questo è anche il concetto di “dapico” di Guidano il

926 Forse l'estraneità al corpo è anche il *primum movens* di quest'area psicopatologica.

927 Cfr. il concetto di analfabetismo emotivo di Galimberti.

quale sostiene che questa organizzazione di personalità è estremamente frequente nella cultura occidentale, che è “cultura dell’immagine”, una cultura dove quel che conta è l’immagine che proiettiamo all’esterno.

Un altro problema è il seguente: sentirsi “sfocati” rinvia forse al concetto di depersonalizzazione?⁹²⁸ E ancora: dobbiamo parlare di depersonalizzazione o piuttosto di decorporeizzazione? Si tratta di un “corpo deanimato” o di uno “spirito disincarnato”⁹²⁹? Il vissuto è quello di indefinizione: un non sentirsi nella carne, una mancata definizione della propria consistenza corporea. Questo vissuto è diverso da quello del corpo cremastizzato - cadaverizzato - della malinconia, nella quale io sono il mio corpo, ma questo corpo è morto.

In questa frase: “La carne non è importante, non mi permette di sentire le mie ossa”, intuiamo la ricerca di una “durezza” nell’esperienza anoressica. E questa durezza diventa un appiglio indispensabile per costruire la propria identità. La carne è un ostacolo, è il superfluo e quindi dobbiamo eliminarla. Otteniamo l’identità per sottrazione⁹³⁰. Lo scheletro⁹³¹ è l’eliminazione della vita, dell’incertezza, di tutto ciò che è sporco, corrotto e corruttibile, di un corpo in-fame. L’anoressica mira al trionfo della leggerezza e dunque del *Leib*, del corpo soggetto, non oggettivato.

L’ultima parte del questionario riguarda l’ambito del “percepire il proprio corpo soltanto attraverso il digiuno”. Leggiamo questi *item*: “Mangiare secondo le mie regole è il solo modo di percepirmi”; “Se non potessi mangiare ciò che voglio non sarei me stessa”. Percepirsi tramite il digiuno

928 Il “non mi sento” ha invece chiaramente a che vedere con il deficit cenestesico.

929 Le espressioni sono di Stanghellini.

930 Calvi, 2007.

931 Penso a certi scultori (Giacometti, per esempio), o Michelangelo, con i prigionieri: forme umane imprigionate nella pietra e che cercano di liberarsi. A volte si vede ciò che si voleva creare solo quando si è tolto tutto il superfluo. Come osserva Calvi la riduzione del corpo allo scheletro non anestetizza, al contrario fa “sentire” più intensamente.

sarebbe un sostegno per la cenestesia e quindi per l'identità: il digiuno diventa qui un mezzo, una sorta di stampella⁹³².

Tutte queste considerazioni ci portano a meglio comprendere l'ideale ascetico dell'anoressia⁹³³. Il desiderio di essere magro nasconde l'ideale di essere incorporeo, pura presenza spirituale. Uno spirito disincarnato ci esenta dal rapporto con l'altro, un rapporto che necessita della presenza corporea. Avere uno spirito disincarnato sembra dare libertà, autonomia e controllo.

Spesso si dice che nell'anoressica c'è un diniego massiccio dei bisogni fisiologici e dello stato di fatica. Lamas *et al.*⁹³⁴ citano nel loro testo uno studio realizzato da Couturier e Lock nel 2006 e condotto su 86 adolescenti anoressici: “il diniego della magrezza riguardava solo un terzo dei partecipanti. Quindi, si tratta forse prima ancora del rifiuto di riconoscere e di accettare i bisogni vitali⁹³⁵ e di un rigetto della supremazia degli istinti a vantaggio di una valorizzazione estrema del controllo attraverso il pensiero e la volontà”. La parte razionale ha e deve avere il controllo: è un monologo della ragione sulla follia del corpo. Come Charbonneau ha suggerito, possiamo parlare di anoressia militante, con la sua ideologia di un rapporto all'altro on carnale. È un modo intellettuale della presenza, una mediazione assolutamente teorica nel mondo⁹³⁶.

Binswanger, del resto, scrive che Ellen West fa tutto con coscienza e riflessione, sottolineando molte volte che lei non può mai essere e vivere semplicemente. La pura presenza le è negata.

⁹³² Il digiuno serve come stampella per la cenestesi e quindi per l'identità, non direttamente per l'identità. Il punto non è che “io sono colei che riesce a ridurre il proprio apporto alimentare”, ma “con la dieta riesco a sentire il mio corpo e *allora* riesco a fondare la mia identità.”

⁹³³ Bell, 1987.

⁹³⁴ Lamas *et al.* 2012, p. 13.

⁹³⁵ Relativamente a questo c'è quindi un pensiero dietro?

⁹³⁶ Charbonneau, 2012.

L'anoressica cerca di cambiare la fatticità, ma la fatticità è la nostra vita, la nostra mortalità, l'altro e questa battaglia è votata alla sconfitta, che questa sconfitta sia la perdita del controllo sulle proprie pulsioni oppure la morte. È ed è appunto con la morte che si conclude la vita della Ellen West binswangeriana. Il 30 marzo 1921 Ellen West si suicida. Il giorno che precede la sua morte lei mangia, mangia anche del cioccolato (alimento che prima evitava assolutamente), passeggia col marito, legge delle poesie. I membri della famiglia hanno scritto che ella non era mai apparsa così calma, così felice e così in pace con se stessa⁹³⁷. Ella si sente finalmente liberata da quella tomba che è il mondo. “La vertiginosa estasi del digiuno. Il potere di non aver bisogno di niente. Con la forza di volontà faccio di me stessa il folletto impossibile che vive di aria, di acqua, di purezza.”⁹³⁸

Come scrive Strong⁹³⁹ spesso l'autolesionismo e i disturbi alimentari coesistono. “Essi svolgono molte funzioni simili. Entrambe le sindromi sono spesso ingenerate da un trauma, specialmente l'abuso sessuale, e possono servire come modalità di ripetizione simbolica del trauma esercitando nel contempo un certo controllo sulla situazione. Entrambe usano il corpo per risolvere conflitti psicologici, per ottenere sollievo da schiacciati sensazioni di tensione, rabbia, solitudine, vuoto, e odio di sé, e per gestire fisiologicamente sintomi post-traumatici quali dissociazione, flashback, e iper-eccitazione. Entrambi i comportamenti sono impulsivi, tenuti segreti, ritualistici, e pieni di vergogna e sensi di colpa. Inoltre entrambi implicano attacchi al corpo, un disturbo dell'immagine corporea, e un tentativo di controllare i confini del corpo. [...] [I] disturbi alimentari possono davvero essere solo un'altra forma di autolesionismo.” Avevamo detto che anche Favazza “vede i disturbi alimentari come parte di una costellazione di

937 Binswanger, 1944.

938 Kathryn Harrison, *The Kiss*, cit. in Strong 2000 (1998) p. 114. Da notare che nell'astinenza da cibo c'è produzione di endorfine, le quali sostengono il tono dell'umore.

939 Strong 2000 (1998), p. 117.

comportamenti impulsivi intercambiabili insieme con tagliarsi e bruciarsi, abuso episodico di alcol e droga, e cleptomania”.

Anche Pietropolli Charmet e Marcazzan⁹⁴⁰ osservano che le manipolazioni violente del corpo, e in questa espressione includono anche l'anoressia, rappresentano “il tentativo disperato, quasi delirante ed autistico, di intercettare un frammento di rappresentazione di sé e scolpirlo, disegnarlo, incidere sulla pelle, nella carne, nel grasso, nella conformazione scheletrica, in modo che il corpo si incarichi di trattenere, documentare, monumentalizzare e raccontare l'esito momentaneo della propria ricerca della verità intravista nella confusione dei valori e nella babele di identità possibili”.

Il punto chiave nella definizione di questi disturbi è posto da Stanghellini⁹⁴¹ nel disturbo dell'immagine corporea, che porta ad assurgere il corpo a simulacro della propria identità. C'è qualcosa in comune con la dismorfofobia nel mancato vissuto dell'anoressia del proprio corpo che diventa “corpo-per-l'Altro”⁹⁴². L'anoressico non si riconosce (allo specchio) e allora mette in atto una “tecnica del sé” che lo aiuti a definirsi attraverso la definizione del corpo. Come nota Stanghellini “l'assunzione di cibo (o, all'opposto, il digiuno) non sono solo tecniche per modificare il proprio sé corporeo intervenendo sulla propria immagine corporea, ma anche mezzi per modificare il proprio stato di coscienza”. Le abbuffate possono far entrare in uno stato di calma e di “anestesia”, mentre il digiuno può innescare sensazioni fisiche e stati mentali che portano finalmente a sentirsi,

940 Pietropolli Charmet, Marcazzan, 2000, p. 18.

941 Stanghellini, in AA.VV., 2006, voce: “Disturbi del comportamento alimentare”

942 Scrive Sartre che con l'apparire dell'altro sperimento la rivelazione del mio essere-come-un-oggetto. Scrive Sartre che con l'apparire dell'altro sperimento la rivelazione del mio essere-come-un-oggetto. Il corpo in questo caso non mi appare nella modalità cenestesica (il corpo che sono) né nella modalità anatomica, ma come un oggetto esposto allo sguardo dell'altro. Catherine Morris è stata la prima persona che ha avuto l'idea di applicare questa riflessione alla psicopatologia e in un capitolo di “Nature and narrative” analizza la dismorfofobia alla luce del concetto sartriano di corpo vissuto per l'altro.

se non altro attraverso la produzione di endorfine. “Alcune caratteristiche dei disturbi alimentari, come il digiuno o la fissazione nel controllare le proprie misure oggettive, possono essere interpretate come una strategia alternativa per sentire se stessi per quei pazienti che non sono capaci di sentirsi cinesteticamente”⁹⁴³. Ci può essere qui forse una somiglianza con la necessità di percepirsi tramite una ferita autoprovocata. L’idea è: fondo la mia identità agendo sul corpo, provocandolo affinché reagisca.

L’alimentazione può essere sostanza d’abuso, una sostanza tossicomantica euforizzante, allo stesso modo di una droga: i lipidi sono stupefacenti. A volte le pazienti bulimiche dichiarano di raggiungere una situazione di calma estemporanea come quella dell’eroinomane. Nella letteratura aglosassone, in relazione alla consumazione impulsiva, si usa l’espressione di “*craving*” che è un vissuto molto simile a quello di altre condotte di dipendenza e corrisponde, nel caso della bulimia, ad un desiderio spasmodico e irrefrenabile di mangiare⁹⁴⁴. Il flash tossicomantico, la crisi bulimica e l’autolesionismo impulsivo si somigliano anche nel condurre tutti infine ad uno stato di pace, di calma, di sospensione, di ritorno all’inorganico. “Generalmente il sentimento immediato o cenestesico di sé (del proprio sé corporeo) in queste persone risulta altrimenti difettivo e non si può escludere che il cibo potrebbe essere assunto in analogia ad una droga con finalità psichedelica.” Queste persone, osserva ancora Stanghellini, hanno poca percezione e poca coscienza delle loro emozioni. La loro forma di esistenza, e qui Stanghellini cita Pessoa “vive ogni stato d’animo più con l’intelligenza che con l’emozione”. Dall’altro lato però come osservano Lamas *et al.*⁹⁴⁵ l’alessitimia della persona con disturbi alimentari, che troviamo però anche

943Stanghellini, et al. 2012, p.155.

944 I pazienti bulimici danno l’impressione di vivere nella dimensione temporale dell’istantaneità, come i pazienti di area borderline e tossicomantica.

945 Lamas *et. al.*, 2012, p.20.

nelle persone autolesioniste è un tipo di funzionamento che “è vicino a quello di ogni bambino, per il quale non è possibile procedere ad un trattamento cognitivo complesso delle emozioni, perché queste hanno una forma di espressione essenzialmente somatica”. Vi è quindi incapacità di riconoscere le proprie emozioni e di comunicarle.

Nello stesso *Dizionario*⁹⁴⁶, alla voce “Anoressia mentale” leggiamo che il nucleo dell’anoressia mentale è squisitamente e anacronisticamente “etico”⁹⁴⁷, contraddistinto, come abbiamo visto anche nella Ellen West di Binswanger, dall’ascetismo. Il rigore morale dell’anoressica comprende aspre punizioni in caso di infrazioni delle regole mentali che lei stessa si dà; le regole a quel punto diventano ancora più rigide⁹⁴⁸.

È come se l’anoressica “pura” riportasse il problema al desueto conflitto mente-corpo, aspirando alla spiritualizzazione. Scrive Stanghellini: “A questa mancata integrazione sotto il profilo etico tra corpo e spirito a totale discapito del primo, si accompagna spesso una profonda disintegrazione del sentimento incarnato di sé, cioè dell’unità fenomenologica tra corpo e spirito; in altre parole, della carne, in quanto fondamento della vita. L’anoressia non è un tentativo di suicidio, ma un tentativo di riappropriarsi della propria esistenza, sommersa dalla indesiderata carne. “La strategia che segue la persona anoressica per riappropriarsi della vita è togliere materia al corpo (vissuto come ostacolo inerte tra sé e la vita) per lasciar apparire, dalle sue profondità, lo spirito. Ma il corpo non si lascia ridurre senza che togliere ad esso materia non equivalga ad indurirne la carne. E la carne indurita è il residuo di un corpo-vissuto sempre più oggettualizzato ed esterno (Körper), vissuto come un ostacolo sempre più irriducibile e insormontabile che separa

946 Stanghellini, in AA.VV., 2006, voce: “Anoressia mentale”.

947 Un interessante problema etico è quello del conflitto di valori fra il medico curante e l’anoressica: diverse visioni del mondo sono in gioco.

948 Lamas *et al.*, 2012, p. 18.

dal contatto con la vita.”. Nel tentativo di fare emergere soltanto il Leib, l'anoressica si scontra sempre di più con il *Koerper*. Secondo Selvini Palazzoli nell'anoressia la paziente non è spaventata dal cibo, ma dal proprio corpo. [...] l'anoressica ha 'paura del proprio corpo, vive la nutrizione come potenziamento del corpo a spese del suo Sé'⁹⁴⁹.

Il negare il corpo-natura porta ad un “corpo malmenato e negato nella sua dimensione carnale, ma ugualmente spesso investito [...] come indice della ‘vittoria’ ripetuta, eco al bisogno di controllo”⁹⁵⁰. I disturbi del comportamento alimentare mescolano elementi antropologici molto complessi con quelli delle dipendenze. Se, come sostiene Charbonneau l'anoressia è una contro-dipendenza, un rifiuto di ogni legame e una relazione di antidipendenza, può essa essere una dipendenza dal non-mangiare? L'anoressica rifiuta la spazialità affettiva, l' “appello del Noi”⁹⁵¹, tende verso la separazione, al contrario di alcune dipendenze, come l'alcoolismo, che tendono invece verso la relazione e la fusione.

La condotta anoressica, per questa sua negazione continua e prolungata dei bisogni vitali, ha una specificità rispetto alla condotta autolesionista: la prima è più globale e va nella direzione della negazione della vita. Siamo qui sul piano della vita e della morte. Mai l'anoressico conosce un cedimento, che non sia un crollo negli istinti con la crisi bulimica⁹⁵², perché i suoi sintomi sono il sostegno della sua identità, un po' come la droga è la “colonna vertebrale” del tossicodipendente⁹⁵³. Anche nel caso dell'anoressia poi, così come nel caso dei cutter, spesso il disturbo diventa la loro identità e

949 Selvini Palazzoli 2005, (1963), p. 110. Cit. in Chasseguet- Smirgel, 2005 (2003), p. 104.

950 Lamas *et al.*, 2012, p.14.

951 L'espressione è di Charbonneau.

952 È giusto ricordare a questo punto che le abbuffate bulimiche, almeno ad un certo stadio dello sviluppo del disturbo rientrano anch'esse in parte nel controllo, diventando condotte organizzate e pianificate.

953 L'espressione è di Di Petta.

la persona si identifica con il “Io sono anoressica”. Una paziente⁹⁵⁴ dice: “Per quanto possa sembrare strano, il digiuno, le condotte di eliminazione e il tagliarsi possono dare un perverso senso di autostima, un’identità e una struttura in una vita priva di significativi contatti umani.” Il corpo anoressico è un manifesto letterario⁹⁵⁵. Queste donne parlano agli altri con i loro corpi.

Ma vediamo quali sono le strutture che stanno dietro al comportamento anoressico. È evidente innanzitutto un controllo esagerato su un’area particolare della relazione col mondo, in questo caso il cibo. Ricordiamo qui alcune frasi significative della Ellen West di Binswanger: “Questa ossessione è diventata la maledizione della mia vita, mi perseguita giorno e notte, è presente in tutto ciò che faccio come un cattivo spirito; non posso mai fuggirla”; “Vivo come chiusa in una bolla di vetro. Vedo le persone attraverso una parete trasparente, sento le loro voci soffocate. [...] Piango, ma non mi sentono. Tendo le mie braccia [...] ma le mie mani urlano contro i muri della mia bolla di vetro”; “Se esistesse un prodotto che contenesse del cibo nella forma più concentrata e che nello stesso tempo mi permettesse di restare magra, allora vivere mi piacerebbe”.

Ma il vero oggetto del controllo sia nell’anoressia che nell’autolesionismo è il vissuto di efficacia. L’anoressica in particolare vuole dare una sorta di progetto di mondo. Col suo rifiuto di ogni legame, col suo ideale di purezza, di un mondo senza legami, col rifiuto della componente materna⁹⁵⁶ (ma non femminile), l’anoressica fa di sé stessa un manifesto dell’iperautonomia. Il progetto dell’anoressia è un progetto totale e la posta in gioco è la morte⁹⁵⁷.

954 Cit. in Strong, 2000 (1998).

955 Cfr. Matzneff, 1984.

956 Un sintomo decisivo per la diagnosi di anoressia è l’amenorrea in quanto sintomo cardine della disregolazione dell’asse ipotalamo-ipofisi-gonadi. L’amenorrea ci dice che si è rotto un meccanismo molto antico, che vede come compito primario della donna di essere pronta per la riproduzione.

957 Charbonneau G., “Projet de monde” et esthétique anorexique. Corporeité et mondeité”, in corso di pubblicazione. Testo gentilmente concesso dall’autore, che ringrazio.

L'anoressia, lo afferma anche Selvini-Palazzoli, è la fobia della dipendenza, e porta con sé la filosofia della separazione radicale. L'anoressica rifiuta il legame con la “nostrità”⁹⁵⁸, è allergica alla vicinanza, affettiva e mentale, con gli altri. Queste sono le ragioni che portano Charbonneau a vedere l'anoressia come una anti-dipendenza totale. L'anoressica ha il controllo totale sulle azioni, è in questo emerge un tratto ossessivo. L'anoressica è “la santa”, perfetta e generosa, pura, ascetica⁹⁵⁹. Se l'autocontrollo è il centro della vita dell'anoressia, la dimensione della dipendenza è il centro della vita del comportamento polifagico. Nella dipendenza si ha bisogno di qualcosa, mentre nell'anoressia non si ha bisogno di nulla, tantomeno degli altri.

La tensione ideologica dell'anoressica cerca il corpo totale, post-adolescente, immediatamente reattivo⁹⁶⁰, e iperattivo. Si tratta di un corpo forse anche femminile, ma assolutamente non materno, perché materno è un corpo passivo e che accetta l'imperfezione. Lo stile corporeo non è quindi affettivo. L'ideologia anoressica, al contrario, è sempre riflettendo sul pensiero di Charbonneau, è un modo intellettuale della presenza, che comporta un rapporto all'altro non carnale e una mediazione assolutamente teorica nel mondo. “Questo progetto irrealizzabile dà all'Io decorporeizzato un senso di sicurezza perché esonerandolo dal continuo rapporto con gli altri, che richiede una presenza corporea e l'ingresso nel mondo, gli concede libertà, autosufficienza e controllo, finché il progetto non si profila come irraggiungibile nel momento in cui la dimensione corporea e materiale riemerge preponderante.⁹⁶¹» In un certo senso si potrebbe parlare di un “vissuto di rivelazione”, che porta a disfarsi della propria corporeità e di

958 Charbonneau G., “Projet de monde” et esthétique anorexique. Corporeité et mondeité”. Il grasso, scrive Charbonneau, è un legame di “nostrità”. Il cibo riunisce convivialmente.

959 È ad ogni modo importante distinguere l'anoressia da certi tipi di pratiche ascetiche.

960 L'anoressia va spesso di pari passo con il tabagismo. Il tabacco tende a ridurre la fame e a non far sentire bene il sapore dei cibi.

961 Martinotti, 2009, p. 149.

tutto ciò che c'è di carnale. L'anoressia è “il rifiuto di ogni appetito, di ogni bisogno, di ogni desiderio. Eppure, sotto la maschera dell'autosufficienza, gli anoressici, come i cutters e i bulimici soffrono di un'insaziabile fame di cibo, di amore, di contatto con l'altro che gli dia approvazione e protezione.⁹⁶²”

C'è una forma di presunzione nella messa a distanza dell'anoressica, come se ella dichiarasse di essere di un'altra razza. Non esiste la dimensione del dono nell'anoressia. Come osserva Moss⁹⁶³ nel suo Saggio sul dono, ricevere un dono obbliga, obbliga alla reciprocità e all'essere legato a qualcun altro. L'unico dono dell'anoressica è quello del cibo, ma, come osserva Lacan, ella dona agli altri il veleno che non vuole per sé. L'impressione è che l'anoressia sia quasi strutturata in un discorso⁹⁶⁴, cosa che non accade nell'autolesionismo.

Nell'anoressia, dicevamo, abbiamo da un lato una diatesi propiocettiva, una consapevolezza disturbata del proprio sé corporeo, mentre dall'altro la concretizzazione dell'esperienza emotiva diventa paradossalmente simbolizzazione. Scrive Cross⁹⁶⁵ a proposito di comportamenti autolesionisti, tra cui il tagliarsi, ma anche i disturbi alimentari: “La distinzione metaforica tra corpo e Sé collassa: la magrezza è autosufficienza, il sanguinare è catarsi emozionale, l'abbuffarsi è sollievo alla solitudine, e le condotte eliminatorie sono la purificazione morale del Sé.”⁹⁶⁶

962 Strong, 2000 (1998) p. 129. Non dimentichiamo anche l'obesità, problema spesso trascurato dagli psichiatri. Cfr. Devlin, 2000.

963 Moss, 1923.

964 Si può ipotizzare un delirio o l'esame di realtà è adeguato? Forse, per rispondere a questa domanda bisognerebbe distinguere tra anoressia strutturale e anoressia sintomo.

965 Cross, 1993, cit. in Strong, 2000 (1998), p. 126.

966 Potremmo aggiungere a questa lista che a volte il grasso degli obesi è uno scudo protettivo. Alcune persone che subiscono violenze sviluppano binge-eating. Con questo corpo obeso sono meno spaventate che certe esperienze si ripresentino. Per alcuni obesi avere un corpo brutto o non desiderabile può essere (inconsciamente) un obiettivo, non un problema.

La bulimia si differenzia dalla violenza anoressica, ma ci sono degli elementi in comune. Sentirsi tramite il digiuno è il reciproco di anestetizzarsi⁹⁶⁷ tramite l'abbuffata. Il cibo spesso serve per smorzare, attutire, gestire le emozioni. Come scriveva Binswanger di Ellen West, “per lei la fame, come per moltissimi tossicomani, non è soltanto un bisogno condizionato somaticamente, ma è al tempo stesso il bisogno di riempire un vuoto esistenziale”⁹⁶⁸. Nell’ottica del *sensation seeking behavior*⁹⁶⁹, e della coppia anestesia- anedonia, il cibo è sostanza d’abuso, usato come stupeficante e che dà infine una calma crepuscolare. Scrivono Drappo e Casonato⁹⁷⁰: “Non è difficile avvicinare l'abbuffata patologica della bulimica, espulsa attraverso il vomito autoindotto, alla ‘abbuffata’ di rabbia della *cutter*, espulsa attraverso l'autolesione.”

Se il corpo è “sotto assedio”⁹⁷¹ nell’autolesionismo, esso è “ostaggio di sé”⁹⁷² nella anoressia. Queste persone “[s]embrano sempre più [...] degli scheletri ambulanti, al punto da evocare, nelle forme gravi, una automutilazione esistenziale”⁹⁷³. Continua Jonckheere: “il corpo è preso come ostaggio di sé al fine di sospendere il tempo della vita. Sein und Zeit! C'è una rottura interna, una disarticolazione tra essere e tempo. Non c'è più processo, ma stagnazione volontaria, blocco, rifiuto del movimento della vita”. L'anoressia è la mente che vince sul corpo. “[L]'avvento della modernità, che strappa l'uomo alla natura e crea l'individuo è forse l'ultima spiegazione

967 L'assunzione di cibo vorace in una certa tipologia di soggetti ha un compito anestetizzante rispetto ad eventi traumatici più o meno riattualizzati. L'abbuffata diventerebbe allora una auto-terapia (più o meno consapevole).

968 Binswanger, 2001 (1945), p.181.

969 La ricerca di sensazioni per sentirsi vivi. Cfr. Dell'osso, 2013, p.7-8, che parla di *novelty seeking* e di *sensation seeking* come il contrario di *harm avoidance*.

970 Drappo, Casonato, 2005.

971 Favazza, 1987.

972 Jonckheere, 2009, p. 47.

973 Jonckheere, 2009, p.56.

della separazione di quest'ultimo sia dal mondo che dal proprio corpo”⁹⁷⁴. Leggiamo in Chasseguet- Smirgel⁹⁷⁵: “il distacco del corpo da se stesso coincide con il rifiuto delle pulsioni di cui il corpo costituisce la sede”. Commenta infine l'autore: “Liberarsi dal corpo è il denominatore comune di condotte come l'anoressia e i tentati suicidi?”

6.2 Le dipendenze⁹⁷⁶ e l'alcolismo

Il problema clinico delle dipendenze è nuovo e legato all'avvento della modernità? È indubbio che oggi ci sia un'estensione dell'ambito delle dipendenze. Un tempo si parlava di peccati capitali, come ad esempio la gola, come bisogno immediato di accumulo, oggi si parla di alcool, droghe, gioco e acquisto compulsivi, dipendenza dalla seduzione⁹⁷⁷ o dal sesso⁹⁷⁸. Ad ogni modo ciò che determina una dipendenza non è il suo oggetto, ma la sua struttura. Non si elimina mai una dipendenza, la si neutralizza oppure la si sostituisce con un'altra, più accettata socialmente⁹⁷⁹.

Le dipendenze non appartengono all'equilibrio nevrotico. Esse esistono solo associate a personalità patologiche e, come abbiamo visto, si inscrivono nell'idea di impossibilità a deprimersi delle personalità patologiche. Al posto della depressione, invece di porre e ritirare certi investimenti di ruolo, con

974 Le Breton, 1990, cit. in Chasseguet- Smirgel, 2005 (2003), p.9. È utile sottolineare che sono in aumento quadri di disturbi alimentari NAS (non altrimenti specificati) e le cosiddette forme sottosoglia, che non sono meno gravi in quanto il modo di pensare è lo stesso.

975 Chasseguet- Smirgel, 2005 (2003), p.9.

976 Lasceremo da parte le nozioni neurofarmacologiche del sistema di ricompensa interno, per concentrarci ancora una volta sul vissuto esistenziale.

977 L'isteria è una dipendenza dalla seduzione e dagli eventi della scena sociale. Rivio a Charbonneau, 2007.

978 Osserva Charbonneau che la dipendenza sessuale è una ricerca di intensità permanente. Siamo qui al limite del concetto di dipendenza, che nella società contemporanea si estende sempre più.

979 Charbonneau, *Anthropo-phénoménologie de l'addiction*, Texte de cours, Verona 12.11.2011.

relativa soddisfazione o sentimento di scacco, il soggetto prova un bisogno di re-eccitamento o di evento. L'importanza delle dipendenze nella patologia è il loro realizzare uno spostamento furtivo dalla coppia angoscia-depressione verso quella dipendenza-impulsività che, come abbiamo visto, caratterizza la contemporaneità. Abbiamo già visto la differenza tra dipendenze e disturbi ansiosi⁹⁸⁰ e depressivi, e anche la differenza tra dipendenza e atto compulsivo, che non suppone la stessa regolarità. Abbiamo anche già detto alcune cose sulla temporalità delle dipendenze. Vedremo ora di approfondire altri aspetti della questione.

La storia dell'uomo è anche storia degli stupefacenti, dalla mescalina, agli sciamani, ai poeti maledetti, alle orge del dio Bacco, fino ad oggi, alla nostra società tossicomana⁹⁸¹. Ciascuna dipendenza, lo abbiamo visto, ha una relazione affettiva particolare con lo spazio pubblico⁹⁸², un disturbo della fiducia nell'altro e un modo peculiare di essere nel mondo. “La persona con dipendenza 'ricompatta' la presenza, vuole darle degli avvenimenti incessanti [...] ciò perché mai il nulla venga percepito”⁹⁸³.

Scrivono Di Petta: “L'istantaneità come unica totalità possibile, il concetto di tutto, ora, subito. Nell'intervallo tra un picco emotivo ed un altro sussistono, galleggiano, zone di anestesia emotiva che equivalgono strettamente alla percezione intollerabile di non sentirsi vivi. Questa la chiave: produrre un evento emozionale forte o fortissimo per spaccare la crosta ghiacciata della

980 Di fronte all'impulsività e ai comportamenti di dipendenza gli ansiolitici non fanno effetto.

981 Di Petta.

982 Un altro aspetto da tenere in conto per la relazione allo spazio pubblico è che generalmente dove c'è dipendenza c'è menzogna. Dichiarare una dipendenza poi può essere anche un modo per proteggerla. (Charbonneau, Seminari a Parigi VII, 2012). L'ebbrezza è impossibilità e se l'alcool è una droga che richiama lo spazio pubblico e la nostrità (ma non c'è un incontro io-tu, bensì un incontro con “gli altri”), l'eroina è invece l'opposto. (C'è una forte differenza tra l'eroina e le altre droghe). Il flash eroinomane sfonda quel vuoto dell'esistenza per precipitare in una sorta di fusionalità, ma non con lo spazio pubblico. Di Petta parla a questo proposito del mito della fusione oceanica con la grande madre. Vi è anche un legame tra dipendenza, trasgressione, disinibizione. La dipendenza è una forma di intemperanza che ritira ogni riserva. Cfr. Charbonneau. Sulla nostrità alcoolica cfr. Pringuey, 2001.

983 Charbonneau, *Anthopo-phénoménologie de l'addiction*. Texte de conférence, ISRP, 12.04.2012.

noia e del vuoto (*boredom, spleen*)⁹⁸⁴. Il tossicomane infatti ha un'esperienza del proprio vivere che pare quasi attutita e il corpo⁹⁸⁵ viene vissuto come un contenitore vuoto, inutile, insensibile, da riempire con la sostanza. Scrive Correale: "Il tossicomane soffre profondamente di una modificazione penosa non della conoscenza di sé, ma del senso di sé, della coscienza di sé. L'esperienza del proprio vivere sembra parziale, attutita, ridotta."⁹⁸⁶

Anche l'esperienza tossicomane ha a che fare con un disturbo dell'identità. La tossicodipendenza è la soluzione ad un problema, è l'unico modo trovato per stare al mondo: la pratica del "farsi" dà un'identità, è una pratica per supplire ad una assenza di identità. Il tossicomane è un uomo tragico e alla ricerca di senso⁹⁸⁷. Abbiamo anche visto che c'è un legame inevitabile tra noia, instabilità, sonnolenza e dipendenza. L'accidia è un terreno preparatorio alla relazione addittiva, è abulia, è perdita di dinamismo come sensazione di armonia dell'io con la vita. Ma è anche indifferenza, scoraggiamento, fino al nichilismo del pensare che tutto sia uguale a tutto. C'è una povertà di investimento della vita reale. La noia "restringe la propria esistenza, dissolve il desiderio e la speranza, die esperienze fondamentali del trascendere"⁹⁸⁸. La persona tenta quindi disperatamente di trovare un palliativo al difetto di investimento del mondo. La dipendenza risponde al bisogno-desiderio di re-eccitazione o di evento, sullo sfondo dell'atonìa e dell'indifferenza momentanea al mondo. La struttura del tempo nei tossicomani è ciclomorfo, è un tempo circolare centrato sull'ingurgitazione

984 Di Petta, 2006, p.49 nota 20.

985 Charbonneau ha parlato di una decorporeizzazione tossicomantica, che è la volontà di fuggire l'impressione corporea vissuta come pesantezza e limite, e al limite una volontà di fuggire ogni impressione corporea.

986 Correale in Gilberto di Petta (a cura di) 2009, p. 21.

987 Ricordiamo qui Camus, *Il mito di Sisifo* (Camus, 1942): "Anche la lotta verso la cima basta a riempire il cuore dell'uomo. Bisogna immaginare Sisifo felice".

988 Rovaletti, in Granger, Charbonneau (sous la direction de), 2009, p.131.

sul vuoto⁹⁸⁹. Secondo Bion il tossicomane è colui che non sa aspettare: la persona è sempre in fuga, cortocircuitando l'aspetto elaborativo, e la tentazione è quella di eludere la questione dell'essere e di evitare la preoccupazione che chiede il fatto di esistere⁹⁹⁰, per andare verso una libertà⁹⁹¹ che è in realtà profonda illibertà. Di Petta chiama la tossicodipendenza “la malattia dell'infinito”, nella quale i tossicomani sarebbero “cercatori di assoluto”: tutto o niente. Spesso si tratta di persone con grande sensibilità, che usano le sostanze per proteggersi dalla vulnerabilità e dalla fragilità, diventando quindi personalità “congelate”⁹⁹², fino ad arrivare al vuoto di mondo. Le sostanze coprono, coprono proprio il vuoto, l'inconsistenza dell'io e l'assenza di fondamento⁹⁹³, andando a dare una sorta di colonna vertebrale al corpo. Ma sostanze pesantemente stimolanti rompono poi equilibri precari, facendo collassare la struttura di personalità.

La tossicodipendenza è anche disturbo della fiducia nell'altro e può declinarsi nell'anaffettività, nel non sentire l'altro. Il tossicomane, come si esprime Di Petta, è un soggetto che non ha paura di perdere, perché ha già perso tutto, ma è anche una persona a cui manca qualcosa e questa mancanza esprime un significato. Il dolore è di nuovo domanda, richiesta, appello. Il parter umano è imperfetto, perdibile, instabile, al contrario della sostanza, perfetta e sempre acquisibile⁹⁹⁴. Il tossicodipendente non ha parole per gli

989 Di Petta.

990 Come sostiene Charbonneau la persona che ha una dipendenza da acquisti compulsivi, vi trova una sorta di senso di liberazione, di leggerezza, uno spazio di libertà, senza vera coscienza delle conseguenze e del futuro.

991 Psichedelico deriva da *δηλος*, che significa svelamento, manifestazione.

992 Sono i pazienti *frozen* di cui parla Di Petta.

993 “Non mi gettare di nuovo in dubbi pieni di paura. Lasciami andare e io spenderò la mia vita in una piacevole follia” (W. Konrad)

994 Charbonneau osserva che la sostanza può far vivere momenti “di libertà spaziale e di oltrepassamento delle barriere intersoggettive”, nel rilassamento e nella pura essenza. Il tossicomane, sempre secondo Charbonneau, è solitario. La tossicomania è l'iperindividualismo totale, dove “l'inferno sono gli altri”.

affetti⁹⁹⁵, affetti che quindi non trovano spazio simbolico, spesso è incapace di parlare di ciò che sente. Rimane aperta la domanda se ci sia una povertà sensoriale primaria.

Naturalmente le sostanze, come le dipendenze, hanno profonde differenze al loro interno. Esiste la sostanza performante, di chi vuole essere competitivo nel mondo, la sostanza dello sballo, dell'adesso, dell'istante, la sostanza del flash, dell'orgasmo fusionale col grande mare, dell'eternità e del per sempre⁹⁹⁶. Il flash si caratterizza per il suo andare immediatamente fino all'estremo, fin là dove non c'è più niente. È la ricerca del definitivo che può abolire il reale, è un vissuto di liberazione e di libertà⁹⁹⁷. Il *craving*, termine che abbiamo visto usato nel ambito della tossicodipendenza, ma anche della bulimia, rappresenta l'intenzionalità coartata alle sostanze, il "nulla è mai abbastanza". In realtà questo porta, paradossalmente, una qualche analogia con la passività psicotica: non posso decidere quando e dove andare⁹⁹⁸. Il tipo di sostanze usate, come sostiene Di Petta, sono un indicatore psicopatologico. Il mondo di chi usa il crack è diverso da quello di chi usa cocaina, che a sua volta è molto diverso da quello di chi usa eroina.

Grazie all'essere tossicodipendente il paziente si consolida. Le sostanze danno un coagulo, sono egosintoniche. Anche i tossicodipendenti, come i *cutters* e gli anoressici, si identificano col sintomo e ne ricavano identità.

E importante richiamare ancora una volta la struttura di azione, la tensione di attività e di impulsività presso i tossicomani, perché sono persone molto vicine all'agito. L'intolleranza al vuoto, nel loro mondo pieno di vuoto e dove il vuoto è concepito come un nulla, pora a cercare la chiusura immediata del momento, ad arrivare immediatamente al fatto compiuto. Nelle sue riflessioni

995 Si tratta dell'alessitimia.

996 Di Petta. L'eroina è un sedativo, ed è una sostanza che agisce anche similmente ad un antipsicotico.

997 Cfr. Charbonneau. Che si tratti di liberazione dai legami del corpo sociale, come nella dipendenza da gioco, o di liberazione da quelli del corpo psichico o da quelli della mente.

998 Ad ogni modo non c'è alcuna condizione umana fatalmente consegnata all'ineluttabilità del destino.

sulla tossicodipendenza Charbonneau richiama la povertà strutturale dell'investimento della durata⁹⁹⁹. Invece di lasciare essere il momento nel suo compimento, con la possibilità di gustarlo, la dipendenza va alla massimalizzazione immediata del piacere. Si perde così l'estensione del momento. Ecco perché, secondo Charbonneau, la dipendenza è una patologia del momento, intendendo il momento come luogo fenomenologico non temporale, unità di vita e di azione¹⁰⁰⁰.

Ma cosa cerca il tossicodipendente nella sostanza? E perché la sostanza dà un coagulo? È interessante a questo proposito leggere le parole che seguono e che sono una riflessione sul concetto di “sballo”: “Lo sballo è definibile come [...] piacere negativo, ovvero [...] piacere derivante al soggetto dall'assenza di nocicezione, ovvero dall'abolizione della percezione dolorosa. È noto che il dolore è sensazione antica e veicolata da circuiti ancestrali e profondi del cervello e delle vie nervose. È noto anche che il dolore è arricchito e anzi strutturato da una componente emotiva notevolissima”¹⁰⁰¹. Nello sballo abbiamo il vissuto di una “coscienza liminare, chiaroscurale, crepuscolare”¹⁰⁰². E ancora: “Il sistema degli oppioidi è dislocato lungo le vie afferenti ed efferenti ai e dai centri del piacere e del dolore. Questo sistema è preposto ai meccanismi della gratificazione, all'ammortizzazione degli eventi affettivi e delle percezioni dolorose ed è cruciale nella percezione emotiva della realtà. Il carattere di evidenza che hanno i fenomeni reali è direttamente connesso con il loro grado di inferenza emotiva, con la loro carica affettiva, con l'investimento affettivo. Il sentimento di realtà è avvalorato dall'investimento affettivo sulla realtà stessa. Sulla base di queste evidenze e

999 Cfr. Bergson.

1000 L'istante è il luogo del contatto. Se la dipendenza è la patologia del contatto e il racconto abolisce l'istante, più c'è dipendenza e meno c'è racconto.

1001 Di Petta 2003, p.113 nota 72.

1002 Di Petta, 2004, p. 105.

di altri dati è verosimile che il sistema degli oppioidi sia interconnesso in modo determinante nella regolazione del rapporto tra il soggetto e il mondo e nella capacità di finalizzare il comportamento del soggetto rispetto al mondo”¹⁰⁰³. Secondo Charbonneau, anche la carenza assiologica può trovarsi all’origine dell’esperienza tossicomana: l’anaffettività esterna può spingere a cercare delle esperienze di sé interne. Le prove estreme cui il tossicomane si sottopone dislocano l’equilibrio del campo assiologico¹⁰⁰⁴ e lo polarizzano sul godimento interno del flash: più nulla sarà all’altezza di questo godimento.

Anche Green, nella sua riflessione sulle pulsioni di distruzione, esamina la questione delle droghe, distinguendo innanzitutto quelle “che ‘uccidono rapidamente’ e quelle che hanno un’azione più benigna, più lenta, che non segnalano i loro effetti nocivi che tardivamente e senza mettere in causa la prognosi vitale”¹⁰⁰⁵. L’overdose¹⁰⁰⁶, scrive Green, “è un suicidio che non sa di esserlo”, è un giocare a nascondino con la morte.

È interessante ricordare, in questo lavoro dedicato primariamente all’autolesionismo, un aspetto della sottocultura della tossicodipendenza, che vede la figura del needle freak. Scrive Favazza¹⁰⁰⁷: “I ‘needle freaks’ (needle = ago e freak= strambo) sono ben conosciuti all’interno della sottocultura della tossicodipendenza. Essi sembrano derivare così tanta gratificazione iniettandosi la sostanza che l’atto di conficcarsi un ago nella pelle sembra

1003 Di Petta 2003, p.118 nota 77

1004 Sostiene ancora Charbonneau come la relazione con la cannabis induca una sorta di indifferenza assiologica, che rende tutto irrisorio, disinteressante. Droghe che danno un senso di de-contrazione sono anche alcool, o psicofarmaci come l’alprazolam.

1005 Green, 2010, (2007), p. 97.

1006 Riguardo all’overdose e alle dipendenze, fa notare dell’Osso che “nel [gioco d’azzardo patologico], contrariamente a quanto avviene per altre forme di dipendenze (ad esempio, nell’alcoolismo e nelle tossicodipendenze), non esiste la possibilità di overdose, poiché non esiste un punto di saturazione, fintanto che il soggetto abbia disponibilità economica o accesso a una qualche forma di credito”. (Dell’osso, 2013, p.21)

1007 Favazza, 2011 (1987), p.138.

tanto importante quanto la droga stessa. Alcuni dipendenti da eroina, per esempio, sono capaci di ottenere piacere e di ridurre i sintomi di astinenza semplicemente conficcandosi un ago nel braccio”.

6.3 I comportamenti ordalici

Scrive Freud¹⁰⁰⁸: “La vita si impoverisce, perde interesse, nell’istante in cui nei giochi della vita non è più possibile rischiare la posta suprema, ovvero la vita stessa”. Ma allo stesso tempo Freud sostiene che “ciò che non può essere rappresentato nell’inconscio è la morte”¹⁰⁰⁹. Come fa notare Le Breton, certamente in altro senso rispetto a quello Freudiano, oggi la morte non è concepita come un destino dell’uomo, ma come incidente di percorso. Lo stesso Baudrillard scrive ironicamente: “Non è normale essere morti al giorno d’oggi, e questo è nuovo”.

La morte è il “convitato di pietra” delle condotte a rischio. Siamo qui a volte molto vicini a tentativi di suicidio che non si riconoscono come tali. Ordalia è una parola che troviamo nel diritto medievale germanico. L’accusato di un qualche crimine veniva sottoposto ad una dura prova fisica. Si pensava che l’esito rappresentasse il giudizio di Dio e quindi se la persona superava la prova era dichiarata innocente. Le condotte a rischio o condotte limite sono comportamenti indiretti e dannosi o a lungo termine, oppure dove la vita può giocarsi in un attimo, come una sorta di *roulette* russa. Si cerca il rischio con grave temerarietà ed imprudenza, si espone il corpo a situazioni forti che aiutano a definirsi, forse perché altrimenti si percepisce la vita come insipida. “L’impressione penosa di esistere al cuore della morte richiama la ricerca della morte per poter esistere”¹⁰¹⁰. La morte non è

1008 Freud, 1915.

1009 Freud, 1915.

1010 Le Breton, 2006, p.36.

rappresentata, ma ci si confronta col limite, come in una specie di continua sfida alla vita.

Abbiamo già detto parlando dell'autolesionismo in senso stretto che quando i limiti mancano, il soggetto li cerca sulla superficie del proprio corpo. In questo caso egli li cerca gettandosi contro il mondo, simbolicamente o a volte realmente)¹⁰¹¹, per mostrarsi padrone della situazione e del suo destino. L'incidente è la più frequente causa di morte in adolescenza ed è anche l'”agito” attraverso cui molti adolescenti segnalano un disagio¹⁰¹².

Lo sport è uno strumento per imparare a provare piacere per il proprio corpo, per far nascere una sensibilità del e per il corpo, ma negli sport estremi¹⁰¹³ la persona può subire ferite gravi e danni fisici permanenti, in caso di errore. “Non si smette di cadere e di farsi male per raggiungere un istante di virtuosismo, come se bisognasse sempre cozzare contro il mondo per sentirsi esistere. In mancanza di limiti di senso ci si scontra infine con un limite fisico. La legittimità di esistere passa attraverso il rischio di perdersi”¹⁰¹⁴. Ci si gioca il tutto per tutto, in una scommessa con la vita o con la morte. A volte si gioca con l'ipotesi della propria morte: “Così come l'autolesionismo è un modo di preservare la vita e evitare il suicidio, altre forme di cutting possono essere un modo di sfidare la morte di onorarne e allo stesso tempo negarne il potere, di avvicinarsi quanto più è possibile al precipizio senza cadervi dentro.”¹⁰¹⁵

1011 Le Breton, 2002.

1012 Carbone, 2003.

1013 Alcuni esempi sono l'alpinismo estremo, il bungee jumping. Esiste anche un'attività curiosa che consiste nel camminare sui tetti.

1014 Le Breton, 2002.

1015 Strong, 2000 (1998), p. 153.

L'individuo provoca uno scambio simbolico con la morte, con “un significante al di là del sociale e infinitamente più potente”. Il contatto con i limiti “passa per la possibilità di distruggersi o di mutilarsi”¹⁰¹⁶. Questo, secondo Le Breton risponde alla “necessità antropologica di fabbricare senso, di immergersi in una intimità sacra nel costeggiare simbolicamente la morte”.

Come scrive Calvi¹⁰¹⁷, la morte è terribilmente seduttiva: “Bisogna pensare che ci sia un elemento d'attrazione, che passa da una generazione all'altra e che induce i giovani a misurarsi con la morte come se questa racchiusesse in sé il valore più grande. Non c'è edonismo così intenso, non c'è consumismo così dorato, non c'è ideologia così suggestiva, non c'è niente, si direbbe, che possa rivaleggiare con la morte. Più di ogni altra cosa, la morte conquista e va conquistata”. “Il giovane non progetta mai la propria morte senza immaginare un'apertura sulla vita, che gli permetta di contemplarne il “dopo”, di gustare gli effetti scuscati, di assistere al rimpianto che si aspetta. Egli mette in atto un vero e proprio ricatto affettivo. Porta ad un limite estremo di tensione il contatto interpersonale anche a costo di toccare il punto di non ritorno, perché il suo stato di ipereccitazione emotiva gli fa credere che, dopotutto, un ritorno non possa non esserci”¹⁰¹⁸. In questo Calvi ravvisa “l'arroganza della morte e le sue pretese d'esorbitare dal suo statuto naturale di momento in cui cessa la vita per assumere lo statuto d'evento esistenziale”¹⁰¹⁹.

Charbonneau richiama, a proposito dei comportamenti di rischio estremo, la carenza di costituzione assiologica¹⁰²⁰ delle cose: “Questo non-senso

1016 Le Breton, 1991.

1017 Calvi, 2007, p. 157.

1018 Calvi, 2007, p.158.

1019 Calvi, 2007, p.160.

1020 Cfr. anche Max Scheler.

radicale può esprimersi in atto col fatto di rischiare il tutto per tutto. Tutto e nulla sono allora vicini. Nella configurazione assiologica, nulla è sentito come valore di resistenza.¹⁰²¹ Prosegue Charbonneau dicendo che esistono “dei comportamenti di autolesionismo il cui senso è quello di provarsi radicalmente, di abitare un deserto di senso”.

Sostiene Charbonneau che “i valori danno un orizzonte di senso, direzioni all’esistenza, scopi, senso di realizzazione e soddisfazione. In senso negativo essi ci avvertono della scomparsa del senso e impediscono l’indifferenza ai

nostri fallimenti. Essi non rendono vana l’esistenza e le danno degli scopi”. I comportamenti ordalici in cui il soggetto assume su di sé un rischio mortale procedono secondo Charbonneau da questa abolizione di ogni sistema di finalità. Il vissuto nichilistico, di inattività, vacuità, inutilità (la nausea di Sartre) esprime una sofferenza derivante dalla perdita di riferimenti assiologici. Il soggetto non trova più senso e anche questa è una possibilità (temporanea) della presenza umana. Forse col comportamento ordalico il soggetto vuole proprio ricreare del senso, dei valori, della profondità di sé e di mondo, ridare un valore a ciò che poteva perdere.

Questo ci richiama di nuovo al concetto di accidia, già richiamato per la “ricerca di evento” delle dipendenze e di alcuni atti impulsivi. Galimberti definisce l’accidia come “la condizione che caratterizza molti giovani del nostro tempo, afflitti da assenza di interessi, monotonia delle impressioni, sensazioni di immobilità, vuoto interiore, rallentamento del corso del tempo”. Un tempo peccato capitale, l’accidia è una costellazione psicologica che conduce al disinteresse, all’abbandono della cura del mondo e di sé. Charbonneau la definisce anche come “la seduzione dell’abbandono, del lasciar andare, del lasciare alle cose il loro corso”.

1021 Charbonneau, 2010, p.184.

Con i comportamenti ad alto rischio l'esistenza viene rivitalizzata. A volte essi derivano anche da una traumatofilia, ma ad ogni modo ciò che conta è la scarica di adrenalina, l'intensità del momento, senza limiti.

6.4 Le situazioni limite: l'autolesionismo del corpo psichico¹⁰²²

Ci sono dei problemi a stabilire le frontiere dell'autolesionismo. L'onicofagia e la tricotillomania sono autolesionismo? E al limite la depilazione può esserlo? La rasatura totale delle sopracciglia? L'autolesionismo ha anche degli equivalenti nella violenza pilifera (tagliarsi i capelli da soli), oppure nello strapparsi i vestiti. Vi può essere poi anche una spiccata tendenza a correre rischi e a comportamenti che favoriscano fallimenti continui e umiliazioni. E, su un altro piano ancora, la prostituzione è una forma di autolesionismo? E una promiscuità sessuale portata all'estremo¹⁰²³, oppure condotte sessuali a rischio? Sono condotte che potrebbero servire alla ricerca di una prova tangibile della mia esistenza, un po' com certe condotte di autolesionismo in senso stretto. Nella prostituzione comunque si tratta di alienare una parte di sé stessi, in una estraniamento e esteriorizzazione di sé. Non ci si appartiene più, si è in uno stato di indifferenza abbastanza vicino alla psicopatologia. Nella prostituzione il corpo non è più luogo di esperienza perché si nega il rapporto emozionale al proprio corpo. È una sorta di autolesionismo psicologico, non fisico, ma attraverso il corpo.

Siamo qui alle frontiere dell'autolesionismo, ma il pensiero non riesce a trovare dei limiti esatti a cosa sia la prostituzione e cosa l'autolesionismo. Vanno pensati poi, oltre agli attacchi al proprio corpo di carne e sangue,

1022 Ringrazio il Prof. Georges Charbonneau per avermi suggerito questa espressione, che tanto bene inquadra l'aspetto della prostituzione che vorrei qui mettere in evidenza.

1023 Cfr. il fenomeno delle junk girls.

anche gli attacchi alle cose, a lettere, a fotografie con particolare valore affettivo.

Un altro problema di frontiera è quello dell'avvelenamento volontario. C'è ancora discordanza nella letteratura scientifica sul considerare come autolesionismo l'ingestione di sostanza velenose. La letteratura inglese ad esempio non fa questa distinzione. Favazza non include nell'autolesionismo "l'inghiottire oggetti (vetri, unghie, etc.), auto-avvelenarsi, o fare un'overdose"¹⁰²⁴. Scrivono Wlash e Rosen¹⁰²⁵: "Nel caso di ingestione di pillole o veleno, il danno causato è incerto, ambiguo, imprevedibile e fondamentalmente invisibile. Nel caso di una auto-lacerazione il grado di autolesionismo è chiaro, non ambiguo, prevedibile nel suo decorso e molto visibile. In più, l'auto-lacerazione spesso esita in uno sfregio duraturo o permanente del corpo, che non è il caso dell'overdose."

La prostituzione può essere autolesionismo del corpo psichico, quando è nella negazione del rapporto emozionale al proprio corpo. Naturalmente bisogna distinguere cosa spinge una persona alla prostituzione e in questa sede non tratteremo della prostituzione delle persone ridotte in schiavitù. La prostituzione, quando è "volontaria", conduce ad alienare una parte di sé stessi, a scindersi dal corpo. In questo è autolesionismo e non è possibile senza una certa dose di indifferenza a sé e di depersonalizzazione. La prostituzione "volontaria" è un atto spesso iscritto nella costellazione psicopatica o borderline, senza contare l'area tossicomana dove però ha altro senso, ovvero il senso di ricerca disperata di ogni modo per avere del denaro. La prostituzione è corporeità senza intimità e senza "essere insieme, una intimità quindi paradossale e indifferente. Questo naturalmente è solo un aspetto di una questione complessa e una sua trattazione completa esulerebbe dallo scopo di questo lavoro.

¹⁰²⁴ Favazza, 2011 (1987), p.198.

¹⁰²⁵ Wlash, Rosen 1988, p.32.

Esiste un'altra forma di "autolesionismo" facente parte del possibile dell'umano: l'abbandono di sé, quella costellazione che Jean Furtos¹⁰²⁶ ha chiamato "la sindrome di autoesclusione" e che cerca di approcciare con una clinica psicosociale "della precarietà". Si tratta di un modo di vita autodistruttivo, dove troviamo poca cura del proprio corpo, indifferenza alla dimensione sociale del corpo e quindi al progetto di un "corpo sociale". "Ciò che unisce queste scene eterogenee è la disperazione dell'esclusione sociale, l'impressione di non fare più parte dell'umanità, associata al sentimento depersonalizzante della vergogna bianca, questa forma di disperazione assoluta"¹⁰²⁷.

Ci si abbandona alla trascuratezza grave nella cura di sé, alla degradazione fisica, all'incuria del luogo dove si vive. Spesso si accumulano rifiuti di ogni tipo. Vi è una rottura attiva dei legami, spesso vagabondaggio e abolizione del pudore. "I soggetti non percepiscono più il loro corpo staccato dalla carne del mondo, che erra come organismo dismesso che essi non abitano più"¹⁰²⁸. Vi può essere una propensione agli infortuni che sfocia in incidenti a ripetizione, fino ad arrivare ai "suicidi per anestesia". La negligenza della propria persona può spingere ad ignorare gravi problemi corporei che portano infine alla morte. Scrive Furtos¹⁰²⁹: "Questa anestesia impedisce di sentire i dolori cutanei e organici, ma soprattutto, ed è la sua finalità, impedisce di essere toccati dagli affetti e dalle emozioni che passano necessariamente dal corpo. La sofferenza è quindi negata, sconnessa dal pensiero che si basa sulla sensorialità". Scrive ancora Furtos: "L'insieme della sindrome di autoesclusione è un immenso paradosso in atto, perché si

1026 Furtos, 2008.

1027 Furtos, 2008, p.132.

1028 Jover,2010.

1029 Furtos 2008, p.118.

costruisce sulla logica di impedirsi di vivere al fine di vivere”¹⁰³⁰. Ci sono significative assonanze con quanto abbiamo detto sull’autolesionismo in senso stretto.

Spesso il “ritorno del rimosso” è un ritorno in stati catastrofici nell’urgenza di un pronto soccorso, e la sofferenza si fa sentire in tutta la sua forza dilaniante. A quel punto abbiamo generalmente di nuovo la rottura del legame, il ritorno al vagabondaggio e all’incuria, ma possiamo avere anche violenze e passaggi all’atto¹⁰³¹. Commenta Furtos: “Possiamo comprendere l’urgentificazione globale della nostra società attraverso l’idea di una precarizzazione generalizzata indotta molto direttamente dalle modalità di *management* e di *governance*, con la produzione di una sindrome di auto-esclusione collettiva *a minima*”¹⁰³².

L’auto-lesione in carcere ha caratteristiche e funzioni particolari, che abbiamo già accennato nella nostra trattazione, ma che è utile qui riassumere. Il corpo in carcere¹⁰³³ vive in modo assolutamente peculiare: la carcerazione è un processo di nientificazione della persona e di denaturazione del corpo. Naturalmente è diverso l’approccio al carcere nel caso di prigionieri politici, o di prigionieri per reati cosiddetti “comuni”, o ancora la prospettiva di chi ha una condanna all’ergastolo rispetto a quella di chi ha una condanna a pochi mesi. Ad ogni modo il fenomeno dell’autolesionismo è rilevante nell’ambiente carcerario e anche qui può avere vari sensi: può essere dettato dalla disperazione o da un desiderio di automarchiarsi come rifiutati dal mondo, può essere una protesta come negli scioperi della fame, può essere un tentativo di “manipolazione” per poter passare alcune ore o giorni in infermeria e quindi cambiare, anche se per

1030 Furtos, 2008, p.124.

1031 Furtos, 2008, p.128.

1032 Furtos, 2008, p.128

1033 Cfr. Englebert, 2013; Chamond, articolo in corso di pubblicazione al momento della scrittura di questa tesi.

poco, spazio di vita¹⁰³⁴. I detenuti possono ancora usare il loro corpo “come un memoriale del dolore”¹⁰³⁵. Si può trattare di una sorta di attentato che è un richiamo allo spazio intersoggettivo in una istituzione totale nella quale l'intercorporeità è obbligata e lo spazio intimo è continuamente violato. Se lo spazio intimo è continuamente violato, la preoccupazione per il corpo e per l'involucro della pelle è costante. Vi è una modificazione degli esistenziali e una privazione dei bisogni corporei di base¹⁰³⁶. Come notava Foucault, in prigione la distruzione prende il posto dell'esecuzione¹⁰³⁷.

Come scrivono Rossi Monti e d'Agostino, “chi è in carcere spesso, non riuscendo a smuovere gli ingranaggi del meccanismo penitenziario, tenta di cambiare le cose agendo (anche violentemente), su di sé: una sorta di ricatto che sfrutta il dolore. [...] la ferita autoinflitta ha un vantaggio sulle richieste fatte a parole: si impone all'attenzione, suscita allarme e non può essere ignorata”¹⁰³⁸.

Drappo e Casonato¹⁰³⁹ riportano l'esperienza di una istituzione chiusa dove si è verificata una sorta di epidemia di autolesionismo: “le ospiti di un'istituzione chiusa, dipendenti dagli altri per tutte le proprie necessità (a cominciare da quelle primarie), incapaci di fare qualsiasi cosa circa i problemi personali e familiari, incerte su cosa stia accadendo a loro stesse e ai loro parenti, soffrono inevitabilmente sentimenti di impotenza e frustrazione, che possono essere esacerbati da eventi imprevisi”. C'è poi una

1034 In genere si tratta di detenuti psicopatici che cercano consapevolmente nella ferita un vantaggio.

1035 Le Breton, 2003, p.93.

1036 Englebert, 2013.

1037 Cfr., oltre a Foucault, anche Goffmann, Bentham, e Kafka con *La colonia penitenziaria*. Cfr. anche di nuovo Englebert, per la questione dell'iperadattamento in carcere (in parte simile a quello nei campi di concentramento, anche se per certi versi senza dubbio diverso).

1038 Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p. 53.

1039 Drappo, Casonato, 2005, p. 69.

seconda fase, che dà origine all'imitazione: “Una volta che la donna abbia scoperto quanto efficace possa essere l'autolesione, e l'autolesione abbia ricevuto un rinforzo positivo dall'esterno, la detenuta tenderà naturalmente a reiterarla. Le altre donne vedranno il risultato del suo gesto, e impareranno per imitazione”¹⁰⁴⁰.

Una profonda esperienza di spossessamento di sé induce esperienze estreme. Non raro, in ambiente carcerario, è anche il suicidio.

6.5 Il suicidio: l'ultimo attacco al corpo

“Se il suicidio è permesso, allora tutto è permesso. Se niente è permesso allora il suicidio non è permesso. Questo getta una luce sulla natura dell'etica, poiché il suicidio è, per così dire, il peccato originale”¹⁰⁴¹.

Il suicidio atterrisce. Se l'autolesionismo ci sconvolge perché attacca quel corpo che tutti condividiamo, il suicida attacca direttamente il soffio vitale che è in tutti noi. “L'uomo che uccide un uomo, uccide un uomo. L'uomo che uccide se stesso, uccide ogni uomo; per quel che lo riguarda spazza via il mondo”¹⁰⁴².

Benché per un certo tempo l'autolesionismo sia stato considerato sinonimo di suicidio, l'autolesionismo deve essere primariamente pensato al di fuori di ogni intenzione suicidaria. L'autolesionista non intende distruggere completamente il suo corpo, ma usa il dolore fisico per gestire una sofferenza mentale. Cionostante bisogna conservare un atteggiamento di vigilanza. La scarificazione, soprattutto in adolescenza, è comunque un

1040 Drappo, Casonato, 2005, p. 70.

1041 Wittgenstein, 2009 (1961).

1042 Chesterton, cit in Fairbairn, 1995.

indice di rischio suicidario che deve essere attentamente valutato¹⁰⁴³. C'è nell'autolesionismo una parte che è legata alla pulsione di morte, ma una parte che non lo è e che è invece legata al dare il nostro corpo al mondo. La relazione all'atto suicidario è sempre possibile: il senso dell'autolesionismo può essere quello del suicidio, ma è anche altro. In ogni caso la dislocazione ontologica è diversa da quella della morte: la morte non è il progetto di senso dell'intenzione autolesionista. L'attacco all'integrità corporea nell'autolesionismo è fondamentalmente un antisuicidio. Come dice Le Breton, non si tratta di un tentativo di morire, ma di un tentativo di vivere, di una strategia di adattamento. Il desiderio quindi non è la morte, ma si desidera uscire da un determinato stato. A volte l'autolesionismo può essere l'ultima barriera contro il suicidio, per impedire l'annichilimento totale della morte. "L'autolesionista sceglie in modo pieno cosciente di infierire sul proprio corpo proprio per evitare sentimenti di vuoto e di annientamento. Questo ha come effetto paradossale un violento reinserimento nella realtà, valutabile come attaccamento alla vita."¹⁰⁴⁴

Drappo e Casonato¹⁰⁴⁵ distinguono prima di tutto il tentato suicidio, dall'autolesionismo deliberato non fatale: "Nella prima l'azione è destinata ad essere fatale ed ogni sopravvivenza è accidentale, nella seconda sindrome l'azione non è destinata ad essere fatale e ogni morte è accidentale." L'autolesionista cammina sul filo del rasoio, salva la propria vita solo al prezzo di ferirsi nel corpo. Si attacca alla sopravvivenza, rendendo visibile il suo dolore e tornando alla vita proprio grazie al dolore stesso. "L'*escamotage* dell'autolesione, alternativa al definitivo autoannientamento, trae in salvo la sua esistenza psicologica"¹⁰⁴⁶. Il dolore e la ferita diventano indizi di vita. La

1043 Dargent, Matha, 2011, p.15.

1044 Drappo, Casonato, 2005.

1045 Drappo, Casonato, 2005.

1046 Drappo, Casonato, 2005, p. 44.

differenza tra autolesionismo e suicidio starebbe dunque nell'istinto di sopravvivenza: “L'autolesionismo è una forma di compromesso per evitare il completo annientamento.. Ciò rappresenta una vittoria, sebbene un ‘vittoria di Pirro’ dell'istinto di vita sull'istinto di morte.¹⁰⁴⁷”

La linea di demarcazione è comunque sottile e la galassia borderline ne è un buon esempio. Il punto è porre la differenza tra desiderio positivo di morte e il “far male” al corpo. Il suicidio propriamente detto, al suo punto limite, non è corporeo. Gli attacchi non suicidari al corpo, che abbiamo visto in questo lavoro, sono invece corporei e tutta la fenomenologia dei sentimenti corporei è implicata.

Rimane da capire se nel tentativo di suicidio il desiderio vero sia la morte. Non lo è in senso stretto nei comportamenti sacrificali quali l'immolazione pubblica¹⁰⁴⁸ o in quei suicidi: “come forma di protesta e di sfida contro una potenza sopraffattrice: in questi casi il suicidio diventa il modo estremo di esprimere la più decisa autonomia”¹⁰⁴⁹. In Tellenbach invece ad esempio il suicidio ha lo scopo paradossale di “non morire”: il desiderio di morte della malinconia è un desiderio di preservazione di sé. Scrive Racamier: Se per salvare la vostra esistenza dovete sacrificare la vostra vita, suicidatevi”¹⁰⁵⁰. Si fugge in questo modo dall'annichilimento ontologico, dalla perdita ontologica di sé. Anche Maldiney si esprime in termini simili: “Nella sua vita infinitamente morente [...il malinconico...] può però decidersi, in sé e a partire da sé, di non subire la propria morte. Tale è il progetto paradossale del suicida depressivo-melanconico”¹⁰⁵¹. È questo il suicidio di chi è già

1047 Menninger, 1935, considera l'autolesionismo un suicidio parziale o suicidio focalizzato. Cit. in Drappo, Casonato, 2005.

1048 Così come nell'autolesionismo, anche nel suicidio ci sono aspetti etici. C'è anche una criminologia del suicidio, che si interessa ai casi di suicidio “altruista”.

1049 Jaspers, 1948, cit. in Rossi Monti, d'Agostino, p. 25.

1050 Racamier, 1985, p. 369.

1051 Maldiney 2007 (1991), p.32.

morto: il suicidio non è nulla se la morte è già nella vita. Esiste poi il desiderio quasi “materno” di morte¹⁰⁵², una chiamata all’abbandono e a tornare nell’oceano primordiale protettore. C’è poi il gesto suicidario dell’immaturato, che potremmo forse chiamare parasuicidio, rispetto al quale si chiede Di Piazza se non rappresenti “un modo per confrontarsi con i limiti, come se il confronto con i limiti fosse una specie di sfida alla vita. Si tratta forse di una sorta di rifugio per poter fuggire la vita e la realtà¹⁰⁵³? Oppure, continua Di Piazza si tratta di una sorta di “rito di iniziazione”, di “rito di passaggio” che “segna la fine dell’infanzia, dell’ignoranza [...] e l’inizio di una condizione adulta, di saggezza e di sacralità?”¹⁰⁵⁴ Di Piazza si interroga anche sul fatto se il gesto suicidario dell’immaturato sia espressione paradigmatica della sua ambivalenza emozionale. Probabilmente si tratta più di una morte-fuga che di un desiderio positivo di morte e probabilmente il gesto risponde a impulsi contraddittori. Ricordiamo che il tentativo di suicidio non è il suicidio in quanto tale, e spesso c’è invece una intenzione autolesionista. Insomma, la categoria nosografica di “crisi suicidaria” è alquanto vasta.

Il suicidio fa nascere molte domande, come diceva Camus esso è forse il solo problema filosofico veramente serio¹⁰⁵⁵. Se non tutti i suicidi sono patologici, bisogna ammettere che nell’intenzione suicidaria ci sia una radice di libertà. Se tutti i suicidi sono patologici è necessario comunque chiedersi se nella malattia mentale ci sia libertà. “Due importanti ammonimenti di Karl Jaspers (1913) conservano ancora oggi tutto il loro valore. In primo luogo scrive Jaspers ogni singolo suicidio non si presta mai ad essere compreso o spiegato in maniera sufficiente secondo una legge causale che abbia validità

1052 Si ritiene che sia estremamente raro.

1053 Di Piazza, 2010.

1054 Panger, 2007, cit. in Di Piazza, 2010.

1055 “Vi è un problema filosofico veramente serio: quello del suicidio. Giudicare se la vita valga o non valga la pena di essere vissuta, è rispondere al quesito fondamentale della filosofia. Il resto, se il mondo abbia tre dimensioni o se lo spirito abbia nove o dodici categorie, viene dopo... son giochi”. Camus, *Il mito di Sisifo*.

generale; possiamo soltanto cercare di ricostruire alcune circostanze che lo hanno reso possibile. In secondo luogo è necessario ricordare che la via più semplice e comoda di fronte ad un suicidio è quella di attenersi strettamente all'ipotesi della malattia mentale.¹⁰⁵⁶”

Nella sua analisi di Heidegger in relazione al problema della morte, Dastur¹⁰⁵⁷ sostiene che che l'angoscia della morte non è incompatibile con la gioia di esistere. Il suicidio, dice “non consiste nel darsi da sé la propria morte, ma deve piuttosto essere considerato come un tentativo di fuggire alla morte, a questo evento nel quale siamo totalmente passivi. Colui che sceglie il suicidio rifiuta nello stesso momento di essere mortale, rifiuta che la morte gli venga da fuori”. Si tratta di “lasciar credere che si sceglie liberamente ciò che è tuttavia un destino inesorabile di fronte al quale l'essere umano è in realtà totalmente impotente”. In questo modo è come se si vincessero sulla necessità biologica. Scrive Kafka nei suoi *Diari*: “Il suicida è il prigioniero che, vedendo rizzare un patibolo in cortile, crede che sia destinato a lui, durante la notte evade dalla cella, scende nella corte e s'impicca da solo”.

Di Petta paragona il suicidio ad una epoché¹⁰⁵⁸ terminale, ad una sospensione. Siamo forse vicini ad una voglia di spegnere la consapevolezza piuttosto che ad una ricerca di morte: è l'implosione dell'essere. E ritorniamo quindi di nuovo all'idea dell'intenzione suicidaria come desiderio di preservare qualcosa. Il pensiero è: “Se io continuassi la mia vita, danneggerei troppo tutto quello che ho ottenuto finora”. Il paradosso del suicidio è quello di morire per esistere diversamente.

1056 Rossi Monti, 2000.

1057 Dastur, 1998. Cit. in Jonckheere, 2009, p.46.

1058 Di Petta aggiunge anche che la rottura con la realtà si può realizzarsi in due modi: il suicidio o il delirio.

Scrivono Rossi Monti e d'Agostino¹⁰⁵⁹: “La categoria ‘suicidio’ è costruita ex post sulla base di come va a finire la storia. [...] ‘Che cosa hanno in comune dieci persone che si sono sparate in testa?’ Si è chiesto provocatoriamente il fondatore della suicidologia moderna Edwin Shneidman. Solo una pallottola.” Non esiste un tipo particolare di persona che si suicida più facilmente di un'altra.

Un'altra categoria all'interno della macro-categoria del suicidio è quella del pensiero della propria morte, della fenomenologia delle idee suicidarie. Pensare alla propria morte non coincide affatto con il pianificarla, neppure nel pensiero. E anzi può per alcuni rappresentare un sollievo, una sorta di “uscita di sicurezza” sempre pronta, l'immagine di un'intento liberatorio dal male¹⁰⁶⁰. “Nietzsche, negli Aforismi, scrive che la fantasia del proprio suicidio è un potente mezzo di conforto grazie al quale si superano molte brutte notti. Lo stesso Leopardi scrive che dal pensiero del suicidio nasce un “terribile e quasi barbaro senso di allegrezza”¹⁰⁶¹. Nei suicidi progettati quella vita, senza il progetto suicidario, non sarebbe vivibile: posso vivere solo a patto che progetti di uccidermi. Lungi dall'essere l'anticamera del suicidio, la fantasia suicidaria sembra svolgere al contrario una funzione antisuicidaria. [...] James Hillman (2010) scrive che le fantasie di suicidio offrono la liberazione dalla consueta e ordinaria visione delle cose e costituiscono la manifestazione di una spinta trasformativa: qualcosa deve cambiare, così non si può più andare avanti!¹⁰⁶²” Il rischio concreto del suicidio c'è, in questo caso, solo

1059 Rossi Monti, d'Agostino, 2012, p. 16.

1060 Pagnoni in Borgna et al., 2006, p. 65.

1061 Leopardi, Zibaldone, 1898-1900, 3715. Nella stessa opera Leopardi si ferma anche sulla “naturalità del pensiero del suicidio” (4242- 4243). Scrive Maldiney: “le Erinni abbandonano il melanconico non appena egli si risolve a morire (di qui, spesso, l'euforia che tale decisione porta con sé)” (Maldiney, 2007 (1991), p.65, nota 86.

1062 Rossi Monti, d'Agostino, 2012, p. 20. Scrive Améry (1976) p. 109: “Se tutto va storto posso sempre uccidermi, dice a volte la gente senza pensarci troppo; poi tutto va storto e la gente continua a vivere storta”.

quando questa fantasia non riesce più a mantenere il soggetto in equilibrio¹⁰⁶³.

Schneidman è il padre della suicidologia moderna e colui che ha inaugurato il metodo di indagine dell'“autopsia psicologica”, per ricostruire, ovviamente a posteriori, le varie spinte che hanno causato un suicidio. L'elemento più importante che Schneidman individua è il dolore mentale: *psychache*, una sorta di intensissima fatica emotiva. Commentando la nota di suicidio di Arthur, egli scrive: “Dolore, dolore psicologico, ciò che io chiamo *psychache*. Il vivere gli procura dolore. Egli è avvolto da un dolore psicologico insopportabile che lo possiede, che lo abbatte e che non è adeguatamente filtrato né utile né affatto arricchente. In generale, egli sente di non valere nulla. Si sente estraneo e soffre oltre l'accettabile.¹⁰⁶⁴” E aggiunge: “Sembra che egli non fosse stato in grado di mettere in serbo tutto l'amore, l'accudimento ed il supporto che gli venivano diretti per un ‘giorno piovoso’ delle sue emozioni. Arthur sembrava non avere alcuna riserva psichica [...]. Era consapevole del fatto che non poteva conservare, riottenere o generare sentimenti positivi?¹⁰⁶⁵”

Schneidman conduce una serie di interviste con persone significative della vita di Arthur, e il colloquio è basato su alcune domande che si ripetono: che persona era; perché secondo lei si è ucciso; cosa pensa del suicidio in generale; come si sarebbe potuto prevenire il suicidio di Arthur? Lo stesso Schneidman risponde all'ultima domanda: “Come si poteva salvare Arthur? Forse offrendogli empatia e comprensione incondizionata. Forse convincendolo che c'era un aiuto potenziale tramite il quale imparare ad accettare e a dare amore, sostenersi nel quotidiano, non prendersi troppo seriamente, chiedere aiuto senza sentimenti di debolezza, chiedere e

1063 Maltzberger et al., 2010 cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2012.

1064 Schneidman, 2006 (2004), p. 6.

1065 Schneidman, 2006 (2004), p. 14.

accettare empatia e comprensione ed accettare di essere un paziente.¹⁰⁶⁶”

Nello stesso testo Schneidmann riporta alcune consulenze di altri studiosi. Alcune sono significative e ci offrono un punto di vista interessante; per questo ne riporto vari stralci. Scrive ad esempio Robert Litman¹⁰⁶⁷: “Il dolore mentale (psychache) è la questione centrale di questo suicidio, oppure il fattore più importante è l’inabilità o irragionevolezza di Arthur ad affrontare e superare il suo dolore? Shneidman ha deciso che il dolore mentale è l’elemento centrale del pensiero e delle azioni suicide. Ridurre tale dolore significa prevenire il suicidio. Ho sostenuto che, spesso, la struttura psicologica del rifiuto d’aiuto è più importante, o almeno deve essere affrontata per prima per la prevenzione del suicidio. Arthur era un medico. Sapeva che molti milioni di persone soffrono di depressione e ricevono aiuto da una terapia, ma sentiva che il suo dolore era di una tipologia diversa da quello delle altre persone e il suo destino finale era diverso da quello di altre persone. Egli aveva un destino unico, nella sua mente. C’era un profondo narcisismo e grandiosità nel suo modo di pensare. Quando Arthur disse alla sua ex fidanzata che doveva ritornare da lui per amarlo altrimenti si sarebbe ucciso, dimostrava di avere l’assetto mentale di una persona suicida dai molti pregi: ‘A modo mio o niente’.”

Il narcisismo, la visione del “A modo mio o nulla” pare comune tra le persone a rischio di suicidio. Lo spazio di vita è coartato: la persona sente di essere immersa in un mondo illogico, assurdo, insopportabile. C’è anche una sorta di grandiosità nel loro dolore, dolore che viene vissuto come mai provato da nessun altro. La mancanza di condivisione con gli altri è molla ed esito di questo pensiero che costituisce la cosiddetta “visione a tunnel”. Anche il non cercare una psicoterapia, quando appunto lo scopo della psicoterapia è ridurre il dolore (e Arthur in quanto medico lo sapeva), fa

1066 Schneidman, 2006 (2004), p. 15.

1067 Schneidman, 2006 (2004), p. 37.

parte di questo quadro “quasi-delirante”, di distacco dalla realtà. La “costrizione, la concentrazione, la visione tunnel, il restringimento patologico e il focalizzarsi sul Sé che è una parte conosciuta dello stato suicidario.¹⁰⁶⁸” Se chiamiamo in causa il narcisismo, possiamo anche ipotizzare il suicidio come momento individuante, che definisce finalmente (in tutti i sensi) la nostra identità¹⁰⁶⁹. Hillman¹⁰⁷⁰ giunge addirittura ad ipotizzare, sulla scorta delle riflessioni di Freud sul masochismo, che vi sia una parte di soddisfacimento libidico nel suicidio.

La consulenza di Motto¹⁰⁷¹ riconduce invece ancora al concetto di grave dolore mentale e cerca di ipotizzarne le cause: “Un concetto base nel trattare le persone suicide è che un atto di suicidio può essere atteso se il livello di dolore della persona o il dolore anticipato eccede la soglia di tolleranza del dolore (di quella persona). Così il livello di dolore e la soglia di tolleranza al dolore richiedono un continuo monitoraggio, anche a causa del fatto che possono fluttuare.” Jerome Motto ipotizza in Arthur un disturbo di aerea autistica che “prevenne l’introiezione di relazioni significative che hanno un’influenza stabilizzante essenziale sulla vita emotiva. Descritto come un senso di ‘connessione’ o come un ‘delirio di fusione’, questo elemento centrale non è riconosciuto a livello cosciente.¹⁰⁷²”

Anche Norman L. Farberow¹⁰⁷³ vede qualcosa che “manca” in Arthur: “Ciò che mancava ad Arthur era la fiducia, la credenza che il suo mondo fosse sicuro, la convinzione che i buoni sentimenti nei suoi confronti fossero

1068 Schneidman, 2006 (2004), p. 190.

1069 Gianola in Borgna et. al, 2006, p.76. «È la morte che cambia una vita in un destino” (Malraux, cit. in Amery, 1990 (1976), p.105.

1070 Hillman, 1999.

1071 Schneidman, 2006 (2004), p. 44.

1072 Schneidman, 2006 (2004), p. 45.

1073 Schneidman, 2006 (2004), p. 53.

meritati e potessero durare e opporsi all'immagine svalutante che era divenuta la sua essenza e che molestava ogni piacere che potesse godersi.”

La consulenza di John T. Maltzberger¹⁰⁷⁴ va ancora nella direzione del dolore mentale insopportabile: “Le cause immediate e più dirette di suicidio che possiamo riconoscere si riferiscono all’angoscia intrattabile. Quando non arriva alcun aiuto, colui che soffre disperatamente si rivolge alla morte come all’unico sollievo disponibile.” E ancora: “Arthur non raggiunse mai uno sviluppo sufficiente per accettare i limiti della vita. [...] La maturità richiede che si accetti passivamente di soffrire senza dar vita a scoppi di rabbia contro la vita o contro il proprio corpo.”¹⁰⁷⁵

Arthur che era “sempre in cerca del significato profondo in ogni cosa” e che “si gettava nelle cose.”¹⁰⁷⁶. Arthur era sempre “in instancabile ricerca di una vita che non esiste nel mondo.”¹⁰⁷⁷ Egli aveva anche un bisogno psicologico di inviolabilità, di proteggere il Sé, di mantenere il proprio spazio psicologico. “In modo non amichevole, lui teneva le persone a distanza, eppure lui ne aveva disperatamente bisogno.”¹⁰⁷⁸ C’è questa aura quasi autistica che torna in molte delle testimonianze e delle riflessioni sulla vita di Arthur. La perdita di contatto col mondo e con gli altri stava già avvenendo ben prima di lasciarli.

Nella sua consulenza Maris sostiene che sia la morte che il suicidio possono solo essere rimandati, ma non prevenuti, usando addirittura l’espressione “carriere suicidarie”¹⁰⁷⁹, vite dove esistono fattori di rischio non adeguatamente compensati da fattori di protezione. Si uccide

1074 Schneidman, 2006 (2004), p. 70

1075 Schneidman, 2006 (2004), p. 72.

1076 Schneidman, 2006 (2004), p. 79.

1077 Schneidman, 2006 (2004), p. 83

1078 Schneidman, 2006 (2004), p. 130.

1079 “Morire/ È un'arte, come ogni altra cosa./ Io lo faccio in un modo eccezionale./ Io lo faccio che sembra come inferno./ Io lo faccio che sembra reale./ Ammetterete che ho la vocazione. (Sylvia Plath, *Lady Lazarus*)”

fondamentalmente chi è già morto nell'anima e nel corpo, un corpo che non risponde più al mondo e che non va più verso il mondo¹⁰⁸⁰. Arthur da piccolo era un bambino molto arrabbiato: “Da qualsiasi parte venisse questa rabbia (di certo poteva essere anche di origine biologica) alla fine l'aggressività e la rabbia fecero la loro parte nella condanna di Arthur. Come Menninger ci ricorda, la rabbia tende a rivolgersi contro se stessi. Le persone come Arthur alla fine provano a uccidere il mondo o almeno il loro mondo.¹⁰⁸¹”

Nonostante, di norma, la biologia non sia un destino Malsberger vede una base biologica forte nel rischio suicidario di Arthur, che da bimbo aveva scoppi di rabbia incontrollabili ed esplosioni emotive, sviluppo del linguaggio ritardato, stranezze dietetiche, difficoltà uditive. Egli scrive: “C'era qualcosa che non funzionava veramente nel suo cervello, e noi sappiamo che i bambini con questo tipo di difficoltà sociali sono particolarmente vulnerabili a gravi patologie psichiatriche, compresa la schizofrenia”¹⁰⁸².

Quello che è certo, al di là delle varie interpretazioni è che il suicida lascia un'eredità di dolore e perdita. Il suicidio è un dramma transgenerazionale, un dolore da cui chi resta non si riprende. Come scrive Schneidman: “la persona suicida mette il suo scheletro psicologico nell'armadio del sopravvissuto.”

Altro testo fondamentale per la comprensione del suicidio è quello di Amery¹⁰⁸³, *Levar la mano su di sé* che ha l' “intenzione di collocare il proprio testo 'al di là della psicologia e della sociologia' e di percorrere così vie completamente diverse da quelle battute dalla 'suicidologia scientifica'”¹⁰⁸⁴.

1080 “Nessuno si uccide. La morte è destino”, scrive Cesare Pavese. Cfr. anche il suicidio nel borderline, letto come coincidenza tra vuoto del mondo interno e vuoto del mondo esterno.

1081 Schneidman, 2006 (2004), p. 82.

1082 Schneidman, 2006 (2004), p. 70.

1083 Amery, 1990 (1976).

1084 Introduzione di Cervelli ad Amery, 1990 (1976).

Amery rivendica la possibilità di una “morte libera”, dicendo che essa “è più libertà da qualcosa e non anche, come vorrebbe la logica, libertà per qualcosa [...] Essa è libertà nella sua dimensione estrema, nell'ultima dimensione a noi accessibile.¹⁰⁸⁵”

La riflessione di Amery prende le mosse dalla logica: chi si uccide compie qualcosa di errato a livello logico, in quanto è scisso tra vita e morte. La morte volontaria è l'impensabile, è non-essere, contraddizione, follia. Amery chiama in causa i sentimenti più coinvolti nella mente del suicida: lo scacco, la nausea, il coraggio e la vergogna¹⁰⁸⁶. Ma il punto centrale del discorso di Amery è la libertà di suicidio: “la morte libera esiste. Esiste [...] come risposta allo scacco, come replica alla vita, che ha in sé il proprio scacco, che è quindi negazione di sé stessa: affermazione e negazione al contempo, e perciò assurda, non meno assurda della morte libera”¹⁰⁸⁷. “Per nulla e poi nulla”, dice Amery, che sia la morte naturale o il suicidio.

Amery rifiuta la patologizzazione dell'inclinazione alla morte e rifiuta anche l'idea che sia una sorta di malattia del corpo sociale. Semplicemente la società non capisce il segreto del suicida, in quanto atto assolutamente personale e intimo. È vero, dice Amery, che la morte libera, intesa come negazione assoluta, può essere “senza senso”, ma “l'esigenza della vita è [...] l'imperativo di sfuggire a una vita senza dignità, umanità e libertà. Così la morte si fa vita, così come la vita sin dalla nascita è già morire. E la negazione

1085 Amery, 1990 (1976), p.105.

1086 È utile riprendere qui la distinzione tra colpa e vergogna di Ballerini e Rossi Monti, divisa per punti e citata da Rossi Monti nel suo testo sul suicidio (Rossi Monti, d'Agostino, 2012): 1) “la colpa appartiene all'ordine della trasgressione, la vergogna all'ordine dello scacco”; 2) “la colpa ha a che fare con il Super-Io, la vergogna con l'ideale dell'Io”; 3) “la colpa è un'esperienza circoscritta [...] la vergogna, invece, investe il Sé nella sua totalità”; 4) “la vergogna è un'emozione ricorsiva che si nutre di se stessa” mentre non ci si sente in colpa di sentirsi in colpa; 5) “i sentimenti di colpa possono avere un prolungatissimo decorso” al contrario, la vergogna sommerge l'intera persona, funziona secondo la legge del tutto o nulla e dilaga nel corpo; 6) la colpa prevede l'espiazione, la vergogna è un fatto concreto. (Ballerini, Rossimonti (1997)) Inoltre “se la colpa in qualche modo può essere comunicata a parole, la vergogna non trova facilmente un suo canale linguistico espressivo attraverso cui prendere forma” (Rossi Monti, d'Agostino, 2012, p. 94.

1087 Amery, 1990 (1976), p.44.

all'improvviso si fa positività, sia pure inutile”¹⁰⁸⁸. Amery morirà suicida nel 1978, due anni dopo aver dato alle stampe il testo di cui abbiamo appena parlato.

Fairbairn¹⁰⁸⁹ conduce una riflessione etica sul suicidio e la “inizia” con una definizione: “Con la morte una persona cessa di essere coinvolta in relazioni interpersonali e diventa una Cosa che i suoi simili seppelliscono nel terreno. L’atto tramite il quale una persona diventa una Cosa è chiamato suicidio”¹⁰⁹⁰. Precisa Fairbairn che “il suicidio è l’atto più personale, ma per il suicida che non intende con questo atto porre fine alla sua vita è forse il più pubblico degli atti”¹⁰⁹¹. Questo ci fa tornare alle varie tipologie di suicidio che abbiamo richiamato e che sono tutte diverse tra loro: suicidio, parasuicidio, tentato suicidio, suicidio “fallito”, minaccia di suicidio.

Nella sua riflessione Fairbairn riflette sulla razionalità¹⁰⁹² del suicidio, e in base a questo tenta un confronto con l’autolesionismo, sostenendo che il primo sia più “comprensibile” del secondo: “Paradossalmente ci possono essere buone ragioni per pensare che tutti gli autolesionisti siano pazzi, ma non c’è ragione di pensare che tutti i suicidi lo siano. Se nessuno sano di mente può pensare di farsi male, in certe circostanze la vita può essere così dolorosa che la morte può essere vista razionalmente come una via di uscita”¹⁰⁹³. Se il suicidio può essere razionalizzato da chi resta, anche a seconda delle sue credenze, l’autolesionismo è così insensato che ci perseguita. La vittima è lì davanti a noi, ancora viva, e continua perseguitarci

1088 Amery, 1990 (1976), p.124.

1089 Fairbairn, 1995.

1090 Cfr. Chapman, 1970.

1091 Fairbairn, 1995, p.138.

1092 Nella persona aspirante suicida il discorso ha un carattere ragionevole, cosa che non succede ad esempio con lo psicotico.

1093 Fairbairn, 1995, p.30.

con la sua carne martoriata, come assistessimo ad una continua passione di Cristo.

Il sociologo Barbagli¹⁰⁹⁴ esplora il suicidio in Occidente e Oriente, dandoci così ulteriori spunti di riflessione. Non è questa la sede per ricostruire la storia del suicidio, peraltro magistralmente esposta nel testo appena menzionato, quindi prenderò da questa storia alcuni snodi essenziali che ci risultano utili per il nostro ragionamento. Nell'antica Roma il suicidio era un gesto di libertà, anzi, “esso era considerato la forma di espressione più alta della libertà”¹⁰⁹⁵ e spesso si svolgeva in pubblico. Ma con la filosofia cristiana il dolore dell'esistenza, che per i greci era irrimediabilmente tragica, cambia volto: Agostino attribuì [...] un senso al dolore, lo considerò un mezzo per raggiungere un fine, perché permetteva all'uomo di 'afferinarsi nella sua essenza, come creatura che soffre per la gloria del suo creatore'. E dunque egli pensava che meritasse maggiormente di essere definito 'grande l'animo capace di sopportare una vita di affanni, senza sottrarsi ad essa'»¹⁰⁹⁶. Il suicidio inizia quindi a diventare addirittura “vietato” con leggi apposite, che prevedevano pene¹⁰⁹⁷ severissime, fino al paradosso della pena di morte per l'aspirante suicida. Negli ultimi decenni del Cinquecento la morale intorno alla morte volontaria è entrata in crisi grazie a illuministi e materialisti: “grande importanza ha avuto l'affermazione del diritto di ciascuno non solo alla vita, alla libertà, e alla proprietà, ma anche alla scelta di quando congedarsi dal mondo”¹⁰⁹⁸.

1094 Barbagli, 2010 (2009).

1095 Barbagli, 2010 (2009), p.57.

1096 Barbagli, 2010 (2009), p.60.

1097 Interessante è la prospettiva di Szasz (Szasz 2011), secondo la quale in Occidente il suicidio da colpa morale è diventato crimine. Szasz sostiene che il suicidio è un diritto umano fondamentale, leggendo il congedarsi dal mondo come risultato di una decisione e non di una malattia.

1098 Barbagli, 2010 (2009), p.90.

La persona e le sue decisioni riguardo alla propria vita e alla propria morte balzano in primo piano. John Donne¹⁰⁹⁹, nella prefazione di un'operetta, scrive: "Ogni volta che l'angoscia mi assale, penso che possiedo le chiavi della mia prigione". Scrive Barbagli: "il grande aumento del numero dei suicidi, iniziato tra la fine del Seicento e i primi decenni del Settecento e continuato per tutto l'Ottocento, non fu tanto un sintomo di patologia sociale quanto piuttosto una conseguenza della crescita dell'autonomia individuale, dell'affermazione di un nuovo diritto, quello 'di vita o di morte su se stesso', come recitava l'articolo 6 della Dichiarazione dei diritti dell'uomo e del cittadino, proposto e discusso nel 1793, durante i lavori per la nuova costituzione francese. Un diritto che si affiancava a quelli di proprietà, di libertà, di opinione, di espressione, di culto. Un diritto originariamente borghese, del quale [...] cominciarono a valersi gli appartenenti ai ceti più elevati, ma che con il tempo si sarebbe esteso a tutti gli altri»¹¹⁰⁰.

Il numero statistico di suicidi nella storia è variato nelle varie epoche, ma è importante fare una precisazione. Le emozioni sono universali. Ma il modo in cui le proviamo e le esprimiamo sono profondamente influenzate dal luogo, dal tempo, dalla cultura in cui viviamo. Esse "hanno una natura eminentemente plasmabile. In primo luogo, dipendono dalle credenze e dalle norme sociali, dal linguaggio e dagli schemi di classificazione. In secondo luogo, le emozioni sono prodotte da un processo cognitivo e valutativo, dalle aspettative e dalle aspirazioni che abbiamo, da come percepiamo un evento, dal significato che gli attribuiamo»¹¹⁰¹.

Il suicidio è un modo per avere controllo sul proprio destino, come nel caso della situazione degli ebrei tedeschi nel periodo delle deportazioni di

1099 Cit. in Barbagli, 2010 (2009), p.135.

1100 Barbagli, 2010 (2009), p.137.

1101 Barbagli, 2010 (2009), p.164.

massa, oppure nel caso dei detenuti in attesa di giudizio¹¹⁰². Vi è qui un parallelismo tra suicidio e autolesionismo. In entrambi, più o meno consciamente, si decide della propria vita, si è padroni di sé, si guida e non si subisce il proprio destino.

Il suicidio è un modo per porre fine ad una vita che non ha più senso, né speranza. Anche in questo caso due esempi sono la vita in carcere e le deportazioni naziste. Chi deve scontare una pena detentiva molto lunga vede la vita perdere di senso e la stessa cosa vale per chi è in cella da solo. In una condizione estremamente diversa ma molti ebrei destinati ad essere deportati a Mauthausen si uccisero perché consci di non avere alcuna speranza.

Paradossalmente nei campi di concentramento non erano così frequenti i veri e propri suicidi: “Ogni giorno era una lotta per la vita. Come era possibile, conducendo questa battaglia, lasciare la vita? C'era uno scopo - uscire dalla sofferenza - e una speranza : incontrare le persone che uno amava»¹¹⁰³. In quel periodo infausto della storia umana anche molti non ebrei si tolsero la vita, tra cui lo scrittore Menno Ter Braak. “Di lui un amico scrisse : 'Non si è suicidato, ha ucciso Hitler nel suo corpo. Non voleva vedere quell'uomo e l'unico modo che aveva era di chiudere gli occhi'»¹¹⁰⁴.

Non sono le condizioni oggettive di vita a spingere a togliersi la vita: la situazione dei campi di concentramento è un esempio. Un altro esempio è quello dell'abolizione della schiavitù negli Stati Uniti: la fine della condizione di schiavitù ha visto un aumento del numero di suicidi e non una diminuzione. In epoca più recente, il disorientamento e la perdita di certezze¹¹⁰⁵ può essere una spinta al suicidio, anche se - e questo in tutte le

1102 Barbagli, 2010 (2009), p.182. Il rischio di suicidio in carcere è più elevato per i detenuti in attesa di giudizio che per i condannati.

1103 Evgeny Gnedin, cit. in Barbagli, 2010 (2009), p. 184.

1104 Noomen, 1975, cit. in Barbagli, 2010 (2009), p. 184.

1105 Barbagli sottolinea l'importanza della regolamentazione (per esempio il matrimonio “disciplina, modera, contiene”). “La probabilità che un individuo si uccida cresce quando nella sua vita si verificano improvvisamente eventi impreveduti che sconvolgono progetti e aspettative.” Barbagli, 2010 (2009), p.385.

epoche la disponibilità di mezzi “che non siano troppo difficili o troppo ripugnanti da usare”¹¹⁰⁶ per compiere il gesto estremo influisce decisamente sulla scelta di farlo. Una rete ampia di relazioni significative riduce inoltre la probabilità di suicidio. “Nello studio della predisposizione al suicidio, si è unanimamente riconosciuto il ruolo importante ricoperto dall’isolamento interumano, strettamente legato alla perdita di significato e di senso della propria esistenza.”¹¹⁰⁷

Abbiamo detto che le emozioni subiscono una forte influenza dalla cultura, dalla società e da come esse vengono razionalizzate. Per questo il senso del suicidio in Oriente è così diverso. Nella Cina tradizionale ad esempio le giovani ragazze avevano un unico modo per opporsi ai matrimoni combinati: togliersi la vita¹¹⁰⁸. Le donne cinesi vedove che non volevano risposarsi “si difendevano innanzitutto con quel potente mezzo di produzione di significati che era il loro corpo. Vi erano vedove giovani e affascinanti che si mutilavano e sfiguravano il volto, tagliandosi il naso o le orecchie»¹¹⁰⁹.

In Cina inoltre, soprattutto in passato, ci si suicidava “contro” qualcuno. La persona responsabile di essere la causa del suicidio di qualcun altro è colpevole moralmente e legalmente e vive nel terrore. Scrive Barbagli: “In Occidente ci si chiede 'Perché?' e si cerca la causa in qualche evento drammatico e nello stesso stato d'animo della vittima ; in Cina invece la domanda che ci si fa più spesso è : 'Chi? Chi l'ha spinto a questo? Chi è il responsabile?' e ci si mette alla caccia del colpevole.”¹¹¹⁰

In Papua Nuova Guinea ci sono donne che si tolgono la vita per vendetta nei confronti del marito, quando questi le maltratta. In questo caso egli viene deriso dalla comunità perché non è riuscito a tenere il controllo su di lei.

1106 Barbagli, 2010 (2009), p. 219.

1107 Galimberti, 1992, voce “suicidio”.

1108 Barbagli, 2010 (2009), p.295.

1109 Barbagli, 2010 (2009), p.304.

1110 Barbagli, 2010 (2009), p. 324.

Scrive Barbagli: “Tutti questi suicidi commessi per vendetta, o comunque con finalità rivendicative o aggressive, ben lungi dall'essere un effetto delle condizioni di assoluta subordinazione dell'individuo al gruppo, hanno sempre costituito un atto di disubbidienza, di ribellione, di protesta, di sfida. Sono sempre stati l'atto potente di un impotente, l'atto di forza di un debole, l'atto di speranza di un disperato. Hanno rappresentato un attentato contro la comunità»¹¹¹¹.

Barbagli ha riassunto le intenzioni di senso di chi commette suicidio, dividendole in “contro chi” e “per chi”. Ci si può uccidere solo per se stessi (per porre fine ad una sofferenza giudicata insopportabile), oppure si rinuncia alla vita anche per il bene di qualcun altro. Questi sono rispettivamente il suicidio egoistico e altruistico. C'è poi un suicidio aggressivo, dove non si attacca solo se stessi, ma anche altri: da un lato si esce dalla sofferenza e dall'altro si punisce chi l'ha provocata. “È soprattutto in coloro che sono privi di mezzi di aggressione diretta, come ad esempio i bambini, che più frequentemente nasce il pensiero della morte, involontaria o volontaria, come mezzo per punire qualcuno, facendolo sentire in colpa.”¹¹¹²

La deregolamentazione dell'autoconservazione fa anch'essa parte dell'umano e va oltre la distinzione tra patologia e normalità-libertà. Ci si uccide perché si è al mondo, perché si sente¹¹¹³. Scrive Pessoa: “Quando ieri mi hanno detto che il garzone della tabaccheria si era suicidato ho avuto un'impressione di menzogna. Poveretto, anche lui esisteva ! Ce ne eravamo dimenticati tutti, tutti noi che lo conoscevamo allo stesso modo di coloro che non l'hanno conosciuto. Domani lo dimenticheremo meglio. Ma che egli avesse un'anima, questo è certo : era indispensabile per uccidersi. Passioni ?

1111 Barbagli, 2010 (2009), p.382.

1112 Barbagli, 2010 (2009), p.388.

1113 Secondo Freud il primo pensiero nasce nell'animo umano quando è di fronte ad un cadavere.

Angosce ? Senza dubbio... Ma per me, come per tutti gli altri, resta solo il ricordo di un sorriso stolto sopra una giacca di fustagno, sporca e con le spalle disuguali. È quanto resta a me di chi ha sentito così intensamente *da uccidersi perché sentiva ; perché, in fin dei conti, nessuno si uccide per nient'altro...*¹¹¹⁴,

Se la morte può essere un'dea regolatrice, il nichilismo¹¹¹⁵ è l'interiorizzazione del concetto di morte, in quanto annientamento di un'esperienza vitale del mondo. Come scrive Galimberti nel suo Dizionario di Psicologia¹¹¹⁶, “prima che un sintomo di patologia mentale, il suicidio è un concetto familiare all'individuo normale per il quale possiede un valore affettivo, un valore etico e un significato esistenziale”. La possibilità di uccidersi nasce con la possibilità di vivere, la morte è l' “unica verità che tutto contiene e annulla che è la verità finale della morte”¹¹¹⁷.

Il suicida col suo gesto vuole affermare qualcosa sulla vita e sulla comunità umana: “Ho vinto”. Uccidersi è un atto per il quale serve un'enorme forza. La logica del suicida è quella di celebrare la sua vittoria sulla sua morte, ma bisogna già essere morto per non poter più aspettare quel momento. Nel suicidio le tre estasi temporali collassano, scomparendo: la morte è un farsi padrone anche del tempo e di annientare un futuro privo di possibilità.

Abbiamo detto che la differenza tra chi tenta il suicidio è chi “intende” “solo” autolesionarsi è che il primo vuole annullare definitivamente le proprie sensazioni, mentre il secondo vuole sperimentarle con l'obiettivo di stare meglio. A volte non è immediato distinguere tra un suicidio fallito e un para-suicidio senza idea di morte. Walsh e Rosen¹¹¹⁸ individuano alcune

1114 Pessoa, 2003, pp.53-54. Corsivo mio.

1115 Chi si pone nella condizione di dover giustificare l'esistenza già di per sé è un nichilista.

1116 Galimberti, 1992, voce “suicidio”.

1117 Carotenuto, 1994, p.162.

1118 Walsh, Rosen, 1988, p. 42

differenze tra autolesionismo e tentato suicidio, secondo le seguenti variabili: causa, sollecitazioni, scopo, risultato, alterazione della coscienza e della consapevolezza, atteggiamento interno, stato cognitivo, effetto.

Lo stimolo al suicidio, secondo i due autori, è una sofferenza psichica insopportabile, mentre nell'autolesionismo è un dolore intermittente o una esclamazione di disagio psichico. Gli agenti stressanti per il suicidio sono dei bisogni psicologici frustrati, mentre per l'autolesionismo si tratta di bisogni psicologici procrastinati. L'obiettivo del suicida è la cessazione della coscienza, mentre quello dell'autolesionista è una alterazione della coscienza. L'emozione primaria del suicida è la mancanza di speranza e il senso di impotenza, quella dell'autolesionista l'alienazione. L'atteggiamento interno del primo è la rassegnazione, quello del secondo l'ambivalenza. Lo stato cognitivo del suicida è di "costrizione", la cosiddetta visione a cono, lo stato del secondo è frammentato. Lo scopo del primo è la ricerca di una soluzione e l'esito è la fine di ogni cosa. Lo scopo del secondo è quello di ottenere subito un sollievo e l'esito una reintegrazione nel mondo¹¹¹⁹. Vediamo quindi come i piani siano estremamente diversi.

Nissilä et al.¹¹²⁰ hanno effettuato uno studio sui pensieri legati alla morte e all'immortalità di persone con passati tentativi di suicidio o comunque autodanneggiamento è molto interessante. Pare che nessuno dei pazienti avesse idee precise sul suo gesto. Le idee del "dopo morte" erano ricchissime di fantasie compensatorie. Ognuno voleva ottenere qualcosa di molto personale con la propria morte: l'amore "postumo" degli amici, la libertà da situazioni difficili, o da un conflitto, un cambiamento nell'ambiente. Vi è un pensiero di finalità e "funzionalità" nella morte e questo ci fa pensare che sembra davvero che la propria morte sia l'"impensabile" assoluto. Nonostante

¹¹¹⁹ 'Se tento il suicidio voglio morire, ho perso ogni speranza. Quando mi taglio voglio dare sollievo al dolore emotivo e continuare a vivere. Il suicidio è un'uscita permanente. L'autolesionismo mi aiuta a superare il momento.'" Una ragazza autolesionista. Cit. in Strong, 2000 (1998).

¹¹²⁰ Nissilä, K. Larivaara, P. Väisänen, E., 1993.

il disinvestimento nella vita che pare accompagna ogni suicida, una sorta di nichilismo dei valori, è come se la persona immagini di poter partecipare alla vita da morto, proprio in virtù della finalità che egli attribuisce alla propria dipartita.

Anche Stanley¹¹²¹ ha messo a confronto la personalità di chi si suicida e di chi commette atti di autodanneggiamento e ne ha concluso che “gli autolesionisti avevano più spesso un passato di bambino abusato, comportamento più aggressivo, instabilità affettiva e difficoltà di relazione, sentimento di vuoto e di essere respinti” che sono tutte in realtà tratti distintivi della galassia borderline.

1121 Stanley, 2001, cit. in Rossi Monti, 2005.

Parte 7: Il corpo e la scena sociale

*“...mentre il corpo c'è, e c'è e c'è
e non trova riparo”*

Wisława Szymborska

7.1 La body art: l'emblema della nuova scena del corpo

La body art¹¹²² è l'emblema della società dell'immagine. È il proprio corpo distrutto, dilaniato, aperto, posto espressamente sulla scena del mondo per essere opera d'arte o performance estetica". È lo spettacolo della carne e del sangue che si fanno materia prima.

Se il suicidio è l'ultimo, definitivo attacco al corpo, la body art è l'arte ultima. Cosa può esserci dopo la body art sulla scena artistica? Dopo che dalla tela e dalla pietra che raffigurarono il mondo (che sia interno od esterno) si è passati al corpo come materia e questa materia è stata distrutta. La body art è in questo senso l' "ultima" arte, o, vista da un altro punto di vista, anche un attacco all'arte.

Il corpo della body art è un corpo colpito, esposto alla violenza, privato di identità coperto di sangue. L'artista scrive sul corpo e col corpo, scolpisce col sangue le parole nella carne. Egli usa l'emersione spettacolare del corpo come se fosse un testo. In un'intervista a Franko B.¹¹²³, l'artista dichiara: "Questo è il mio corpo : io lo apro e lo voglio portare fuori." La ferita, sulla scena, diventa metafora. Franko B. trasforma "il suo corpo in oggetto di discussione, di dibattito, di fuoriuscita da quella lingua unica che vuole uniformare i molteplici linguaggi dell'esistenza."¹¹²⁴

Vi è una mutazione dei generi artistici nel contemporaneo: "L'ambito dell'arte, di per sé stesso, tende a rimettere sistematicamente in discussione

1122 Il termine nasce nel 1969, con Vito Acconci e Jan Wilson.

1123 Betti Marenko in Alfano Miglietti, Caronia, 1997.

1124 Alfano Miglietti, Caronia, 1997, IV di copertina.

ogni confine”¹¹²⁵. Il corpo è ormai al centro della scena artistica, fulcro della comprensione del mondo. Questo è anche frutto della storia, certamente: dal femminismo ai progressi della medicina l’immagine della forma umana è cambiata¹¹²⁶. Il cambiamento fondamentale è che il corpo non è più ritratto, ma presenza concreta, in carne, sangue e fluidi corporei. L’arte non imita la realtà, la realtà diventa arte: l’uomo “è completamente dissolto in una radicale esteriorità”. Il corpo, da chiuso diventa “diffuso”¹¹²⁷, aperto verso l’interno e verso l’esterno. Da materia diviene materiale e l’artista si fonde con questa materia-materiale.

Verso la metà degli anni settanta, lo abbiamo visto, la decorazione corporea muta nell’immaginario pubblico. Rinasce anche il tatuaggio, prima nel continente americano e poi in Europa. Ma le radici culturali della body art sono da cercare più indietro, negli anni sessanta, con una nuova concezione della libertà del corpo, della possibilità della sua esposizione e della liberazione sessuale. Dopo il movimento hippy, la body art si fa strada, facendo diventare opera d’arte un corpo che “diventa esternazione di diversità, malattia, prodotti corporali, violazione e violenza”¹¹²⁸. Il corpo è un corpo sovraccarico e sovraccaricato, gravemente imperfetto, torturato, bruciato.

I caratteri fondamentali di questa forma di arte è che è una performance in pubblico, documentata e preparata nei minimi dettagli, presentata su una scena che è componente essenziale. L’elemento dello spettatore è al centro delle preoccupazioni dell’artista: quest’ultimo agisce proprio sulle paure, le ossessioni e le idiosincrasie di chi gli sta di fronte. Ciò che distingue la body art da un attacco al corpo “privato” è proprio questo: la performance, lo spettacolo, l’immagine per l’altro. Lo spettatore raggiunge spesso i limiti

1125 Rossi Monti, d’Agostino, 2009, p. 9.

1126 O’Reilly, 2011.

1127 Vattese, 2003.

1128 Drappo, Casonato, 2005.

della sopportazione: l'obiettivo è colpire, scioccare, infastidire, spaventare, provocare, provocare reazioni, domande, al limite anche solo malessere. L'arte del corpo, nel suo spirito di attentato, spinge sempre più lontano il suo desiderio di insurrezione, negando il dolore, la collettività estetica, il desiderio, la sensualità, la condivisione.

Vorrei riportare qui alcune riflessioni sulle performance di Franko B, perché ci aiutano a meglio focalizzare la questione: “Il linguaggio per Franko B. passa attraverso il suo corpo, un corpo che diviene zona di confine, stanza di resistenza, spazio di fuoriuscita dal sé. I sistemi di reclusione si fondano proprio sulla perdita di controllo sul proprio corpo e sulla propria esistenza. [... Nelle istituzioni totali si modificano la vista, l'udito, la sessualità, la percezione del tempo e dello spazio. [...] Il corpo recluso è un corpo modificato, un corpo a cui viene intedetta la possibilità di relazione con altri corpi, è un corpo potenziato, un corpo che esperisce stati modificati : attraverso l'anestetizzazione dell'alcoolismo, tagliandosi la pelle del corpo, con trance autoerotiche¹¹²⁹».

Le azioni di Franko B. rimandano quindi al vissuto del corpo nelle istituzioni totali e alle sue limitazioni fisiche. Le domande si scatenano negli spettatori, se riescono a superare le impressioni di malessere, paura, anche schifo; sono domande sull'identità, sul corpo malato, sul corpo ristretto, sull'appartenenza del corpo stesso. “Quando e fino a quando ci appartiene il nostro corpo ? Solo se siamo sani, economicamente autonomi e non troppo vecchi e malandati, altrimenti sono le istituzioni a 'prendersi cura' del nostro corpo : ospedali, ospizi, cliniche, case di cura e di riposo... E così le cure, le diete, i ritmi della pulizia, le necessità dell'aria aperta, le relazioni, gli orari e la frequenza delle visite, sono decisi da altri, altri che si prendono cura di noi e del nostro corpo insufficiente.... E questo il corpo di cui mostra il segno Franko B. nelle sue performance... Corpo estremo? Molto più estrema

1129 Alfano Miglietti, Caronia, 1997, p.7.

l'esistenza»¹¹³⁰. È il corpo totalitario che diventa con prepotenza e sulla scena corpo totale, ma è anche “sfida alla necessità di avere un corpo, un corpo che non vuole essere dimenticato, un corpo che incarna le proprie ossessioni, le proprie esperienze, le proprie perversioni, un corpo che si ribella ad un mondo sempre più sterilizzato, tecnologizzato e smaterializzato»¹¹³¹. Sulla scena delle performance di Francko B. invece c'è sangue ovunque, il suo sangue. Lui si taglia prima di entrare in scena perché non vuole che lo spettatore si concentri sul taglio. Ed ecco che il sangue diventa “la dispersione, l'eccesso, la vitalità, sintetizza per metafora la guerra, la famiglia, l'ereditarietà, la malattia»¹¹³².

Interessante è anche un'intervista rilasciata dallo stesso artista¹¹³³, dove dice che la gente si vergogna del corpo e dei suoi rifiuti. Ciò che viene messo in scena è invece proprio il rifiuto del corpo, senza vergogna, è un corpo percosso, legato, in sedia a rotelle, schiaffeggiato, insultato. E la gente deve leggerlo, perché il corpo di Franko B. diventa “corpo sociale, denuncia, esposizione di modificazioni indotte e non controllabili¹¹³⁴». Sul palco, quali strumenti di creatività, si alternano “violenza, sadismo, peversione, solitudine, disperazione, isolamento e alienazione”¹¹³⁵. Sono elementi di disturbo violenti che servono a farci capire quanto si può alienare-anestetizzare il corpo e quando noi siamo anestetizzati-alienati.

Alla luce di queste parole capiamo meglio il senso del titolo di un testo di Bataille: l'arte come espressione di crudeltà¹¹³⁶. L'arte è piacere del sacrificio e esercizio di crudeltà. Scrive Bataille: “la pratica del sacrificio è sì una

1130 Alfano Miglietti, Caronia, 1997, p.7.

1131 Alfano Miglietti, Caronia, 1997, p. 8.

1132 Alfano Miglietti, Caronia, 1997, p. 8.

1133 Marenko in Alfano Miglietti, Caronia, 1997.

1134 Alfano Miglietti, Caronia, 1997, p. 8

1135 Marenko, in Alfano Miglietti, Caronia, 1997, p. 11.

1136 Bataille, 1949.

volontà di distruggere, ma è anche il desiderio di rivelare il piacere del tormento, che affonda le sue radici nell'inconscio e senza il quale non esisterebbe passione, e quindi scoperta, cambiamento, metamorfosi. Tutta l'esplorazione dell'inconscio racconta che è il piacere a spingerci verso la distruzione. Quello stesso piacere che, fin da bambini, ci porta a sconvolgere l'ordine in cui soffochiamo e a tentare di decifrare il cielo o i quadri, passare oltre lo sfondo di stelle o le tele dipinte, guardare attraverso le faglie del mondo"¹¹³⁷. Anche nell'arte troviamo il dolore come metamorfosi e sacrificio, perché troviamo il mondo reale, crudele e sporco e ingiusto. Scrivono Rossi Monti e d'Agostino: "Con la body art il mondo dell'arte da rarefatto e simbolico si trasforma in perturbante"¹¹³⁸: "quella sorta di spaventoso che risale a quanto ci è noto da lungo tempo, a ciò che ci è familiare"¹¹³⁹.

E l'effetto delle performance sono perturbanti, nel loro misto di degradazione, perversione, ripugnanza, ma dove "repulsione e attrazione, paura e desiderio, dolore e piacere, rifiuto e complicità si mescolano e si confondono."¹¹⁴⁰ Riguardo alla sua performance *Latte caldo*, Gina Pane afferma: "Avevo toccato un nervo scoperto: l'estetica delle persone. La faccia è tabù, è il cuore dell'estetica umana, l'unico luogo che mantiene un potere narcisistico"¹¹⁴¹.

L'azione del performer infrange tutti i tabù, estetici, morali, fisici. L'azione e l'immagine parlano più di ogni parola. Sostiene Warr¹¹⁴²: "Penso che in

1137 Bataille 1949, p.2. Cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p.89.

1138 Rossi Monti, d'Agostino, 2009, p. 84.

1139 Freud, 1977 a (1919), p.270.

1140 Perniola, 2000, cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

1141 Rossi Monti, d'Agostino, 2009, pag. 121. Favazza, 2011 (1987). Pare che una delle operazioni di chirurgia plastica più diffuse sia la rinoplastica. Il volto è parte fondamentale nell'estetica della persona. Come osserva Favazza, "La testa è significativamente associata a due grandi aspetti della vita umana: estetica e controllo". Favazza, 2011 (1987), p. 73.

1142 Warr, 2006, cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

passato, con un approccio metafisico, si considerasse la pelle come una superficie, come un'interfaccia. La pelle è sempre stata la gabbia dell'anima, del Sé, e contemporaneamente l'apertura al mondo. Quando la tecnologia allunga e penetra la pelle, la gabbia si infrange". Un'altra riflessione di Warr sulle suoi "esperimenti": essi "sono un modo per conoscere quello che le persone non sanno, per raggiungere la saggezza. Come possiamo sapere che cosa si prova ad essere feriti da un'arma da fuoco se non ci è mai capitato?"¹¹⁴³

Il movimento dei Modern Primitives ha un orientamento di senso diverso, ma vicino, e fa capo a Fakir Musafar. Queste persone si richiamano a pratiche corporee di popoli primitivi di vari continenti, estrapolandole però dal contesto culturale¹¹⁴⁴ in cui sono nate e vivono, per farle diventare "supplementi d'anima"¹¹⁴⁵. Secondo Fakir Musafar un modern primitive è "una persona non tribale che reagisce a impulsi primari intervenendo in qualche modo sul proprio corpo"¹¹⁴⁶. Non è quindi autolesionismo, ma tentativo di accedere a stati superiori di coscienza e di ridefinirsi. Queste modificazioni corporee "funzionano da tempo immemorabile come agenti di comunicazione tra mondi, passaggio tra categorie e ridefinizione dell'individuo"¹¹⁴⁷.

Il potere di creazione dell'individuo si amplifica, egli esce dalle forme, si de-forma, perché le forme limitano. Il mondo diventa un'immagine, o forse meglio ancora una didascalia. Non siamo in una società dell'immagine, ma di ciò che ti dico di guardare dell'immagine. La body art è rivolta contro

1143 Warr, 2006, cit. in Rossi Monti, d'Agostino, 2009.

1144 In questo fenomeno Clifford nota anche l'aspetto del *merchandising* di esoticità ad uso e consumo degli occidentali. Clifford 1996, 197. Cit. in Le Breton, 2002, p. 210.

1145 Le Breton, 2002, p. 202.

1146 Marenko, 2002, p. 43.

1147 Marenko, 2002, p.27.

l'interiorità e negazione dell'intimità. E in questa dispersione di verità il corpo ritorna ad essere radice e “autenticità da riconquistare”¹¹⁴⁸. E il dolore unico testimone di sé, in una nuova estetica della solitudine. Scrive Marenko: “oggi il corpo e le sue ferite sono diventati “fattori caratterizzanti la contemporaneità”¹¹⁴⁹.

La body art non fa altro che riproporre comportamenti che troviamo nell'autolesionismo cosiddetto patologico, ma, come abbiamo detto, li dispiega su una scena e alla presenza di un pubblico. Naturalmente il vissuto interiore dell'evento è completamente differente, ma il comportamento osservabile esteriormente può essere identico. La body art ha portato la mutilazione e la lesione nella normalità: “La crescita dell'approvazione sociale di almeno una parte della cosiddetta body art, ha sfumato il confine tra l'espressione di sé e la patologia”¹¹⁵⁰. Scrive Le Breton sugli “artisti del corpo”: “Il loro disperato desiderio di esistere li conduce ai limiti della condizione umana”¹¹⁵¹, in una instancabile esplorazione delle possibilità del corpo e dell'umano. Come notano Rossi Monti e d'Agostino (parlando di Orlan), “la sofferenza dell'artista rappresentata sulla scena perde l'evanescenza dell'esperienza estetica. [...] Le azioni messe in scena dalla body art hanno una marcata tensione verso la crudeltà: crudeltà fisica verso sé stessi ma anche crudeltà psicologica verso il pubblico”¹¹⁵². Ma gli artisti del corpo sostengono di non provare dolore o che il dolore è indifferente e affermano di avere il pieno controllo della loro esperienza corporea. Dice Fakir Musafar : “Per me non c'è reale dolore, solo una cosa, la sensazione. È

1148 L'espressione è di Le Breton.

1149 Marenko, 2002, p.46.

1150 Strong, 2000 (1998), p. 138.

1151 Le Breton, 2003, p.18.

1152 Rossi Monti, d'Agostino 2009, p. 88.

formidabile provarla poiché senti che sei veramente vivo”¹¹⁵³. E allora la sensazione del dolore diventa altro, diventa qualsiasi altra cosa, ma soprattutto diventa richiamo alla vita. La distruzione diventa costruzione, lo sfigurare diventa rfigurare.

Anche il corpo diventa altro. Gina Pane¹¹⁵⁴ in un’intervista afferma che: “Le mie esperienze corporee hanno per obiettivo di demistificare l’immagine comune del corpo sentito come bastione della nostra individualità per proiettarlo nella sua realtà essenziale di funzione di mediazione sociale... Il corpo è lo strumento primo e naturale della sociologia”. Nella body art cade l’individualità perché c’è una assenza di distanza con lo spettatore¹¹⁵⁵. Si rompe la sacralità sociale del corpo, si infrange quel tabù che impone di non far scorrere il proprio sangue¹¹⁵⁶, si impone l’orrore e la repulsione: è il ritorno radicale del rimosso. La body art, scrive Recalcati¹¹⁵⁷, è “realismo psicotico”.

Bob Flanagan, tra le altre cose anche artista di body art aveva un approccio molto particolare alla sua arte, che vale qui la pena trattare nella sua particolarità. Egli si sottoponeva a vere e proprie torture fisiche con l’obiettivo di ricavarne forza per combattere la sua malattia, la fibrosi cistica. Flanagan dice: “ho appreso così a combattere il male con il male”¹¹⁵⁸. Il dolore individuale combatte e denuncia il dolore del mondo. “L’artista è carnefice di sé stesso perché attraverso la violenza autoinflitta si possono anestetizzare brutalità e censure del mondo esterno?”¹¹⁵⁹

1153 Le Breton, 2003, p.114.

1154 Gina Pane, intervista del giugno 1974, cit. in Le Breton.

1155 Korff-Sausse, in AA. VV. 2004, p.174.

1156 Che è anche il tabù della reversibilità di tutte le modificazioni corporee.

1157 Recalcati, 2007.

1158 Flanagan 1989, cit in Le Breton, 2005, p. 128.

1159 Savoca, 1999.

Flanagan spiega il suo pensiero in quello che ha chiamato un “poema epico” e ha intitolato “*Perché*”¹¹⁶⁰: “Perché dovevo svestirmi e infilarmi nel gigantesco sacchetto di plastica, in modo che i dottori potessero raccogliere il mio sudore; perché una volta avevo la febbre così alta che i miei genitori dovettero spogliarmi e avvolgermi in lenzuoli bagnati per fermare le convulsioni; perché miei genitori mi amavano anche di più quando stavo male; perché sono nato in un mondo di sofferenza; perché arrendersi è dolce; perché ne sono attratto; perché ne dipendo, perché le endorfine nel cervello sono una specie di eroina naturale”. Flanagan moriva tante piccole morti per prepararsi alla grande morte: “Gran parte delle pratiche sadomaso sono proprio questo: piccole storie progettate per somigliare alla morte. [...] Soprattutto nei primi tempi, queste sensazioni subivano un crescendo finché ero costretto a farlo. Ma quando avevo provato emozioni a sufficienza e mi ero spinto abbastanza lontano, avvertivo subito un senso di sollievo e mi sentivo in pace, calmo, lucido e capace di qualunque cosa”¹¹⁶¹.

Secondo Favazza “[p]er la maggior parte delle persone che si occupano di modificazioni corporee, non c'è connessione con l'autolesionismo patologico. Per alcuni, comunque, può servire come sublimazione o sostituto controllato, mentre per altri può servire da trampolino di lancio”¹¹⁶².

7.2 Il corpo come *agorà* pubblica

“[I]l corpo è quel terreno attraverso cui gli individui assorbono valori e entrano nel mondo ed è il luogo in cui sono iscritte contraddizioni e verità sociali”¹¹⁶³.

1160 Cit. in Drappo, Casonato, 2005.

1161 Juno, Vale, 1993.

1162 Favazza, 1987, p.208.

1163 Ricci, 2008, p.85.

Il corpo è sempre, inevitabilmente, spazio sociale che trascende l'individuo. Le emozioni sono universali, ma la cultura ne condiziona sia la produzione che l'espressione¹¹⁶⁴: la cultura è in un certo senso “prescrittiva” nella regolazione del proprio mondo interiore ed esteriore. “Il corpo umano individuale rispecchia il corpo sociale collettivo, e ciascuno continuamente crea e sostiene l'altro.”¹¹⁶⁵

Il corpo quindi non è solo natura, ma è in larga parte cultura e società. Oggi inoltre, a differenze delle società tradizionali, il corpo esiste “come categoria che permette di pensare il suo titolare come un agente distinto e autonomo rispetto ad un altro agente”¹¹⁶⁶ e l'uomo stesso esiste come essere individuale, separato dalla sua comunità. “Le filosofie e le pratiche del corpo che annunciano la tarda modernità e la post-modernità radicalizzano il principio moderno del dualismo tra corpo e spirito e quello dell'eccentricità, cioè della non-coincidenza dell'uomo con se stesso (con il proprio corpo-natura); e ancor di più la giustapposizione tra i due “corpi” [*Leib* e *Koerper*] annunciata dalla fenomenologia.”¹¹⁶⁷ Il corpo, come corpo liberato, assume il primato sullo spirito, non è più un corpo ingenuo¹¹⁶⁸, perché l'incarnazione non è più scontata. Ora l'uomo dispone del proprio corpo e ne fa arte sulla scena del mondo: nella sua nuova libertà il corpo trova la sua nuova alienazione. “[I]l corpo si estroflette, e diviene immagine. Il denominatore comune di queste pratiche disparate è l'identificazione con un corpo che è visto come un oggetto esterno al sé e, in virtù delle biotecnologie, diviene sempre più manipolabile. Il rapporto tra sé e corpo è mediato dalla vista, dal

1164 Barbagli, 2010 (2009) p.19.

1165 Favazza, 2011 (1987) p.277.

1166 Stanghellini, in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

1167 Stanghellini, in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

1168 Galimberti, 1983.

senso che più tiene a distanza le cose”¹¹⁶⁹. È quella dimensione del corpo di cui parla Sartre¹¹⁷⁰ e di cui abbiamo già ragionato: “io esisto per me come conosciuto da altri” e non: “io esisto per me perché mi sento, mi percepisco”. Come scrive Stanghellini, “[i]n questa modalità ontologica, è proprio in quanto visto e conosciuto da altri a titolo di corpo che io prendo coscienza di me. L’altro così diventa lo specchio nel quale percepisco e definisco me stesso in quanto corpo visibile”¹¹⁷¹. Le nuove tecniche di modificazione del corpo vanno diritte all’etica, passando per l’estetica: “Non disporre di un corpo efficiente e bello è una colpa individuale e una vergogna sociale. Le bio-tecnologie (dalla chirurgia estetica alla manipolazione genetica) non sono altro che applicazioni pratiche della “vecchia” etica rivelata dall’antropologia filosofica della prima metà del secolo scorso (il corpo come compito, come materia a cui dare una forma sociale); il corpo a cui sono rivolte e di cui si prendono cura è il *Koerper*, il corpo-oggetto o corpo in terza persona messo in luce dalla fenomenologia.¹¹⁷²” Il corpo, nel suo essere l’analogo della scena sociale, diventa status e attraverso il mio corpo mi identifico con il corpo dell’altro.

Il mio corpo deve essere all’altezza, deve essere performante¹¹⁷³, sveglio, vivo, per assolvere a questo mostruoso compito di infondermi continuamente identità. Quando il corpo “fallisce” in questo immane compito, precipitiamo nella vergogna. Kohut ci ha insegnato che siamo passati dall’uomo della colpa all’uomo della vergogna. L’uomo tragico¹¹⁷⁴, nella vergogna, rischia di

1169 Stanghellini, in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

1170 Sartre, 1943.

1171 Stanghellini, in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

1172 Stanghellini, in Barale *et al.* (a cura di), 2009.

1173 È molto interessante il pensiero del transumanesimo, che spera di eliminare malattia e vecchiaia ed entrare così in un’era post-umana.

1174 Il tragico greco, fondato sul destino, non è il tragico moderno, fondato sull’angoscia individuale.

perdere l'immagine di sé¹¹⁷⁵. Amery, descrive così “la solitudine esistenziale del singolo: essa ci è immediatamente data in ogni istante. Così come ci è data la duplice sensazione di essere alla mercé dell'altro che ci giudica, e di avere bisogno dell'altro, affinché possiamo giudicarlo”¹¹⁷⁶. Abbiamo già accennato alla distinzione tra vergogna e colpa¹¹⁷⁷, basterà qui ricordare come la vergogna travolga la persona alle radici della sua identità, “la vergogna sommerge l'intera persona, funziona secondo la legge del tutto o nulla e dilaga nel corpo”, senza poter trovare “un suo canale linguistico espressivo attraverso cui prendere forma”¹¹⁷⁸.

Scrive Di Petta: “La cultura contemporanea, post-moderna, riconosce ancora un brandello di valore solo al corpo, al corpo che ho (körper). Il corpo da bucare, da dipingere, da vestire, da fotografare, fa denudare, da prostituire, da vendere, da pubblicizzare, da automatizzare, da cosmetizzare, da estetizzare, da smontare e da sostituire, da protesizzare, da deformare. Fino a che il corpo che ho non diventi il corpo che sono. Lo scarto tra la rappresentazione del proprio corpo e il proprio corpo è abolito. Il mio corpo concreto deve essere il mio corpo ideale”¹¹⁷⁹. E significativamente si richiama all'esperienza anoressica: “L'anoressica scaccia quel corpo che è sopravvissuto, così, a secoli di storia e di valori, allo stesso nichilismo, al relativismo, al determinismo, solo il corpo, nella sua opacità, nelle sue cosificazioni, sopravvissuto alle mode, ai concetti, ai linguaggi che lo hanno esaltato e lo hanno tradito”¹¹⁸⁰.

1175 Pietropolli Charmet, Piotti, 2009, p. 86.

1176 Amery, 1990 (1976), p.95.

1177 Ballerini, Rossimonti, 1997.

1178 Rossi Monti, d'Agostino, 2010, p. 94.

1179 Di Petta 2003, p.95 nota 59.

1180 Di Petta 2003, p.95.

Il corpo, nella sua ingenuità e naturalità, non è più strutturante, la corporeità è “manifesto di mondo” in un senso molto diverso da come lo intendeva Merleau-Ponty quando pronunciava queste parole. Ma Merleau-Ponty diceva anche che “Il corpo è sempre altro da ciò che è, sempre sessualità nello stesso tempo che libertà, radicato nella natura nel momento in cui si trasforma attraverso la cultura, mai chiuso su se stesso e mai oltrepassato”¹¹⁸¹.

Nel post-moderno il corpo è quasi completamente modificabile e sostituibile nelle sue parti. Esso è diventato una sorta di manifesto letterario, una “messa in scena di sé”¹¹⁸² che muta profondamente la relazione affettiva allo spazio comune e il suo immaginario. Scrive Marenko: il corpo è diventato come una linea di confine tra la nostra mente e le tensioni dell'immaginario collettivo. È un corpo ibrido, a tratti mostruoso, che vuole riaffermare il diritto alla singolarità in un'epoca di omologazione. E' 'differenza incarnata (embodied difference)¹¹⁸³. È fondamentale “dare un'immagine di sé”.

La modifica violenta, esteticamente sgradevole, del proprio corpo è l'iscrizione di una dichiarazione di distanza dallo spazio comune. Scrivono Pietropolli- Charmet e Marcazzan sui punk, fenomeno degli inizi degli anni Ottanta: “Furono proprio i punk a rendere pienamente visibile il fenomeno del tatuaggio, insieme alle famose spille da balia, ai chiodi, alle borchie e alle creste iridescenti, dandogli immediatamente una connotazione di trasgressione e aggressività. Era loro intento dichiarare nella maniera più cruda e violenta, sino ad arrivare all'autolesionismo, la morte di ogni

1181 Merleau-Ponty, 1945a, p.231.

1182 L'espressione è di Le Breton.

1183 Marenko, 1997.

possibile comunità”¹¹⁸⁴. Il marchio corporeo oggi è marchio di individualismo¹¹⁸⁵. Ma il paradosso è che l’individuo scompare sotto il suo marchio per esistere solo come quello stesso marchio e tramite esso inserirsi in una categoria a priori¹¹⁸⁶: “Tatuaggi e piercing fanno necessariamente appello allo sguardo dell’altro. È ingenuo pensare o dire che sono fatti solo per sé. Essi fabbricano un’estetica della presenza.¹¹⁸⁷» e forniscono una prova di sé. Quando si ha un tatuaggio o un piercing non si è mai davvero nudi: i piercing sul viso ad esempio impediscono di vedere il viso per come è. Negli anni 60 e 70, lo abbiamo detto, il tatuaggio e segno di rottura e di differenza, senza valenza estetica. È un riappropriarsi della propria differenza. Scrive Le Breton, di nuovo sull’esempio dei punk: “L’odio del sociale si volge in odio del corpo che simbolizza esattamente il rapporto obbligato agli altri”¹¹⁸⁸. Un’estetica, scrive altrove¹¹⁸⁹ Le Breton, mette in campo simultaneamente un’etica.

Il corpo è codice di appartenenza, esso ha un valore per il legame sociale. Lacerare il corpo è lacerare brutalmente il legame sociale, entrambi aspetti sacrali per l’umano. L’attacco al corpo è una profanazione, una umiliazione, e questo lo si capisce bene in alcune proteste politiche. È profanazione soprattutto contro società, come le nostre, edoniste e che cercano di sopprimere ogni dolore. Nel regno dello sguardo, si afferma violentemente la

1184 Pietropolli Charmet, Marcazzan 2000, p.43.

1185 “L’individualismo libera il soggetto della sua fedeltà morale al sociale. Egli non se ne libera completamente, ne resta tributario sotto molti punti di vista, ma il suo margine di creazione si amplifica tanto più che la cultura circostante è senza un reale spessore e funziona al modo di un vasto supermercato di beni materiali e simbolici.” (Le Breton, 2003, p.121)

1186 Le Breton, 2002, p. 130.

1187 Le Breton, 2002, p.131.

1188 Le Breton, 2002, p.67.

1189 Le Breton, 2002, p.65.

propria esistenza. La nostra società è una cultura della ferita. “La cultura moderna è tutta incentrata sul trauma: una cultura dell’esibizione della crudeltà; una cultura dove la gente “indossa” le proprie ferite come un distintivo d’identità o accessorio di moda; una cultura dove il sangue fa persino ‘audience’”¹¹⁹⁰.

Il corpo è materia prima, accessorio, costruzione personale, oggetto manipolabile¹¹⁹¹, levigabile e liscio, da cui si toglie il superfluo, che sia grasso o peluria o imperfezioni.

Come osserva Borel¹¹⁹², “mai nel nostro tipo di società il corpo è stato così poco utilizzato e mai se ne è così tanto parlato. [...] Più ci si eleva nella gerarchia sociale, più decresce il lavoro manuale, più il corpo è investito per se stesso e non per produrre”. Nella società del consumismo¹¹⁹³ il più bell’oggetto di consumo è il corpo”, perché, come dichiara Lacan, “l’uomo nudo è un mollusco”¹¹⁹⁴. Così com’è, senza vestiti, non può vivere. E allora fin dall’infanzia la società agisce sull’uomo, come se la sua nudità fosse pericolosa¹¹⁹⁵. Il corpo è luogo di mancanza. Il corpo manchevole va adornato, vestito, modificato, affinché il corpo reale finisca per aderire alla mia idea di corpo. Una persona è tanto più autentica quanto più somiglia all’idea che ha di sé stessa.

“Ciò che è iscritto nella carne umana è un’immagine della società.”¹¹⁹⁶
Come fa notare Borel, tutte le società manipolano il corpo, ma ci sono dei gradi di profondità. “Tra trucco e chirurgia estetica, c’è un limite : quello

1190 Seltzer, 1998, cit. in Rossi Monti, 2009.

1191 Le Breton, 2002.

1192 Borel, 1992, p.211.

1193 Baudrillard 1974. Siamo nella società dell’iper-consumo (Lipovetscky) e nel tempo del troppo veloce (Nietzsche).

1194 Borel, 1992, p.223.

1195 Borel, 1992, p. 15.

1196 Strong, 2000 (1998).p. XVIII. Strong cita l’antropologa Mary Douglas, la quale descrive come il cutting funziona nelle società che non conoscono la scrittura. (Douglas, 1966).

dell'epidermide"¹¹⁹⁷. Ad un estremo c'è il vestito, che si mette e si toglie senza conseguenze, all'altro estremo ci sono le mutilazioni irreversibili, passando attraverso quel "vestito incarnato" che è la traccia sulla pelle e attraverso la depilazione che sfiora soltanto l'epidermide. Come fa notare Borel la depilazione è una pratica universale. È possibile considerarla, prosegue lo studioso, come un passo verso l'idealismo e la forma essenziale? Curiosamente delle collettività intere "si accordano ad un dato momento per definire che tale o talaltro dettaglio anatomico è superfluo, o dannoso e che bisogna quindi liberarsene"¹¹⁹⁸. Si cerca anche poi di rendere il corpo più strutturato, più "duro". Pensiamo non solo alla magrezza occidentale, ma anche alle pratiche (di tortura) per modellare il cranio presso gli indiani d'America o per modellare i piedi in Oriente. La durezza del corpo per trovare l'essenza, leggevamo in Calvi più sopra. Violenza e piacere di seduzione si intrecciano, cultura del sangue e della ferita e società edonista che nasconde il dolore si intrecciano anch'esse. La modernità fa un'apologia dell'autolesionismo quando dice "Bisogna soffrire per essere belli". Da un lato si ha una esasperata cura del corpo, dall'altro lo si attacca, e anzi spesso la cura diventa in realtà attacco. Da un lato c'è un sospetto verso la materialità corporea e il desiderio di oltrepassarla, dall'altro c'è un fortissimo investimento sul corpo. Ma quale corpo?

Siamo già da sempre nell'immagine. "L'esistente vuole mettersi in scena e questo volere (desiderio, pulsione) appartiene all'esistere"¹¹⁹⁹. Il rimettere il corpo in primo piano della nostra epoca, lo abbiamo visto, è in realtà una profonda ambiguità tra nascondere e mostrare: il corpo sparisce sotto al segno. Qual è quindi il corpo che appare oggi? Che sia per esigenze di estetica, di terapia, di appartenenza, la pelle è sempre e di nuovo attore

1197 Borel, 1992, p.48.

1198 Borel, 1992, p.53.

1199 Nancy, 2010.

sociale, organo di adeguazione alla comunità umana e status che viene celebrato pubblicamente: “In ogni cultura attraverso la storia, gli uomini e le donne hanno decorato la loro pelle e alterato i loro corpi per molte delle stesse ragioni per le quali le persone lo fanno oggi: per rendersi più desiderabili sessualmente, per cercare il favore di Dio, per denotare il proprio status sociale o l'appartenenza tribale, per mettere alla prova la loro resistenza, per intimidire i loro nemici, o per tenere alla larga il male o la malattia”¹²⁰⁰. L'uomo crea e ricrea continuamente i significati con i quali vive¹²⁰¹.

La vista è il senso della distanza, scrive Straus¹²⁰², quindi guardare è avere l'oggetto a distanza, e averne quindi la pura superficie. Guardare traduce le cose in simulacri di cose: divento una pelle. La visione svuota il corpo della sua materia. Così come la vergogna è vergogna della superficie esposta allo sguardo. “Jean-Luc Nancy ha coniato il termine “*expeausition*” per indicare l'esposizione al mondo ostile degli sguardi e degli orecchi altrui “ad indicare quanto l'esposizione sia un evento che coinvolge interamente l'individuo, lo apre carnalmente al mondo e ne coinvolge tutto l'essere”¹²⁰³. La nuova frontiera della nostra “identità liquida” e della nostra epoca di sovra-investimento visivo non è però manipolare il fuori, ma il dentro: si agisce sugli organi interni, sul DNA, su feti ancora in formazione, si cambiano i connotati sessuali¹²⁰⁴, si trapianta, si progetta la neuropreservazione¹²⁰⁵. Con il trapianto d'organi non si chiama in causa solo la morte, ma anche i limiti da

1200 Stron, 2000, 1998. p. 139.

1201 Le Breton, 2006.

1202 Straus, 1935.

1203 Nancy, 1992, cit. in Martinotti, 2009, p. 67.

1204 Secondo Baudrillard il transessualismo è l'icona del post-moderno.

1205 Sono le utopie post-umane. Crf., tra gli altri, Sterlac o Minsky.

individui¹²⁰⁶. La tecnica si integra al corpo. Le potenzialità fisiologicamente finite (il rapporto determinato allo spazio, al tempo, alla nascita e alla morte, alla ripartizione sessuale del genere umano) si piegano alla onnipotenza dei pensieri. La struttura stessa dell'utopia è emanciparsi dal corpo, diceva Foucault.

Il dentro diventa il fuori, appena dopo che il fuori era diventato il dentro: il corpo sociale non è più periferico. “Nel postmoderno¹²⁰⁷ solo ciò che è visibile esiste e solo ciò che è oggetto di discorso esiste”. La vita psichica è anch'essa costantemente una messa in scena. Anche se nella nostra società lo spazio comune è ormai disperso dai nuovi mezzi di comunicazione e il suo posto è stato occupato dal corpo. La scena individuale del corpo viene a prendere il posto della pubblica piazza. Ma cosa è pubblico e cosa è privato o intimo? Scrive Foessel che l'intimo designa “l'insieme dei legami che l'individuo decide di tagliare dallo spazio sociale degli scambi per preservarli per sé e elaborare la sua esperienza al riparo degli *sguardi*”. Secondo Foessel il corpo, per poter diventare una proprietà privata e perché l'individuo potesse nascondere dagli sguardi altrui, ha dovuto manifestare la sua pretesa di autonomia. L'intimo dunque “non è un dato naturale, ma il risultato di una conquista sociale e politica”. Foessel esprime poi un dubbio che qui ci interessa particolarmente: “la questione è capire se, a forza di voler trovare se stessi, non si perda il mondo e gli altri. La promozione dell'Io si fonda generalmente sull'ignoranza di ciò che oltrepassa l'individuo”¹²⁰⁸.

1206 Cfr. Nancy, 2000. L'intruso, l'organo trapiantato, è “la non identità nell'identità del soggetto stesso”.

1207 Non esiste in realtà il periodo post-moderno perché è *in progress*. Possiamo comunque individuare i segni del postmoderno in questi aspetti: rifiuto di una verità finale (relativismo); rifiuto dell'obiettività (soggettivismo); dipendenza dal contesto (prospettivismo); l'osservatore diventa parte dell'osservato; ambiguità del linguaggio.

1208 Foessel, 2008, p.57.

Una conclusione *in fieri*: la violenza estetica¹²⁰⁹ e la comunità degli umani

Corporeità è presenza¹²¹⁰. Oggi siamo cittadini per promiscuità sociale, ma cerchiamo disperatamente e continuamente nuove aggregazioni. L'arte del corpo, la presentazione di sé, ci aiuta. Vi è una dimensione isterica nel privilegio della teatralità del corpo. Il corpo è centro semiologico e materia di simbolismo. Dalla lieve modificazione all'autolesionismo con esito fatale l'atto estetico è messa in scena di sé nell'apparire di un mondo condiviso. Questo può essere sia fenomenologico che psicopatologico.

Cosa significa mostrare una violenza al corpo, il quale a sua volta viene mostrato? Sulla scena del *Mit-sein*, un attentato estetico ritira quel dare il nostro corpo al mondo che fonda l'intercorporeità. Il senso esterno di un atto autolesivo è l'attacco ciò che tutti abbiamo in comune: il corpo umano che rispettiamo e condividiamo. E tutto ciò è favorito da una scena del corpo sociale che dà importanza all'autolesionismo, alla ferita, al taglio, fosse anche solo per un intervento chirurgico.

Se “la base della socialità è il fenomeno dell'intercorporeità, cioè un fenomeno eminentemente percettivo, che innesca la risonanza di una carne con un'altra carne”¹²¹¹, io sento l'altro nel mio corpo. Per questo una ferita *dell'altro* mi colpisce così profondamente. Se il sé è naturalmente incarnato, anche l'orientamento sociale è incarnato¹²¹². “Le braccia e le gambe sono piene di imperativi muti”, scrive Bourdieu. Il corpo dà un ordine sociale, ogni corporeità esprime un progetto di socialità e testimonia di un certo mondo. Siamo nell'ambito estetico, l'ambito nel quale noi appariamo. Il

1209 Ringrazio il Prof. Georges Charbonneau per avermi dato l'idea di questo concetto.

1210 Per parafrasare il titolo dell'opera di Gennart, *Corporeité et présence*.

1211 Bourdieu, 1980, cit. in Stanghellini, p.113.

1212 Bourdieu.

primo contatto con l'altro è immediatamente estetico. Violentare questa comunione estetica è una rinuncia allo spazio comune, un abbandono sociale, mentre la dimensione della condivisione è l'invito a condividere un mondo: l'alterità non è solo morale o etica, è anche estetica e in essa ciascuno esprime una posizione di senso in rapporto al suo mondo. Il progetto di un "corpo sociale" viene annientato nel suicidio: "L'uomo che uccide un uomo, uccide un uomo. L'uomo che uccide se stesso, uccide ogni uomo; per quel che lo riguarda spazza via il mondo"¹²¹³.

Il proprio corpo [...] è corpo del proprio essere nel mondo"¹²¹⁴. È un manifesto letterario¹²¹⁵. Le persone che si autodanneggiano parlano agli altri con i loro corpi. "I disturbi alimentari, così come l'autolesionismo, sono una potente forma di comunicazione. Essi esprimono, nei termini più grafici, una angoscia non altrimenti esprimibile. I corpi scheletrici ed emaciati degli anoressici costringono gli altri a vedere il loro dolore. I cutters e i bulimici usano quasi lo stesso linguaggio per descrivere i loro rituali di purificazione, il loro bisogno urgente di espellere il veleno, i demoni, il male."¹²¹⁶ Camminare per il mondo con un corpo martoriato significa prendere una posizione dalla quale non possa ritirarmi e che tutti possano vedere. Il corpo è divenuto un nuovo luogo di comunicazione in una società già satura di messaggi impersonali.

Distruggere il mio corpo è un gesto indirizzato (indirettamente) a qualcuno, a una collettività, da cui ci si sente abbandonati¹²¹⁷ o che si vuole abbandonare. L'estetica diviene patetica quando è il marchio di una sofferenza, di una crisi di adattamento: allora l'estetica della presenza si

1213 Chesterton, cit in Fairbairn, 1995.

1214 Amery, 1990 (1976), p.97.

1215 Crf. Matzneff, 1984.

1216 Strong, 1999 (1998) p. 130.

1217 L'escluso impedisce il funzionamento del luogo comune sociale.

rivolta in provocazione estetica e giunge fino alla violenza estetica, in uno strappo corpo-mondo. L'odio di sé è odio del mondo.

La violenza estetica è l'affermazione patica del rifiuto di partecipare al mondo, di darsi in accordo col mondo. Come esistono una violenza corporea e una violenza psicologica così esiste anche una violenza estetica. Esiste la violenza (che sia corporea, psicologica o estetica) perché esistono gli accordi¹²¹⁸ tra umani, taciti o espliciti. Quando questi accordi si rompono, ecco che nasce concettualmente l'agito violento. Anche nel caso dell'estetica c'è una comunità di condivisione di un mondo vissuto, una normatività, un dialogo estetico con gli altri, dialogo che noi siamo. Questo dialogo dell'apparire manifesta qualcosa, dà identità estetica e risonanza nel mondo: siamo l'uno per altro¹²¹⁹. L'etica si lega indissolubilmente all'estetica. Trasgredire, in questo ambito, è profanare quel monumento simbolico che è l'integrità corporea.

Ogni segno è indirizzato a qualcuno, se non altro alla collettività implicita. La violenza estetica ritira la propria in-scrizione in questa collettività implicita e ritira la nostra presentazione in questo spazio. Si tronca l'appartenenza a ciò a cui ci si aspetta che apparteniamo. Si rompe anche la possibilità di essere belle o belli. La costituzione dello spazio pubblico (ma anche del privato) subisce un contraccolpo.

Esiste, oscuramente, un destinatario dell'atto autolesivo: esso è indirizzato alla comunità degli uomini che condividono il corpo. È un attentato al corpo in quanto tale, non solo al mio corpo: ha il senso di un atto terrorista, che vuol fare esplodere la serenità del rapporto che ciascuno ha col corpo, perché tocca l'intera figura dell'uomo e della donna.

1218 In altro ambito, cfr. in lavori di Musalek sull'estetica sociale e l'estetica della situazione, che ha delle implicazioni pratiche per la medicina.

1219 C'è certamente qualcosa di isterico in questo. Qualcosa che riguarda la "centralità isterica". Cfr. Charbonneau, 2007.

Se il mio corpo è alienato, l'umanità intera è alienata. La violenza autolesionista contiene un appello intersoggettivo nascosto nell'interruzione violenta della continuità del mio corpo. È un atto complesso che scaturisce da intenzioni plurivoche, mal elaborate, abortite o precipitate e, per questo, difficili da interpretare. Ciononostante l'esplorazione dei fenomeni dei tatuaggi, dei piercing estremi o di altre manifestazioni estetiche che implicino un atto di violenza alla pelle o alle mucose, aiuta a comprenderne la dinamica. Ricomporre il cammino di senso che permette a questi agiti di restare al di qua di un atto autolesionista è di grande importanza, sia per la ricerca clinica, che per quella psicopatologica che per l'etica. Allo stesso modo intuire il senso di un gesto autodistruttivo, che sia esso ad esito moderato o fatale, ci fa essere più umani tra gli umani. "C'è più di un modo di stare a galla nel vasto mare della vita."¹²²⁰

¹²²⁰ Schneidman, 2006 (2004).

BIBLIOGRAFIA

1. AAVV. (1998). *Psicopatologia e linguaggio del corpo. Un convegno per il centenario della nascita di Wilhelm Reich*, Roma: Psicologia.
2. AAVV. (2001). *Les psychopathies graves*, Evolution Psychiatrique; 66: 632-9. Paris: Elsevier.
3. Abbagnano, N. (1961). *Dizionario di filosofia*. Torino: UTET.
4. Abbott, E. A. (2008). *Flatlandia*. Torino: Bollati Boringhieri.
5. Aceti, F., Giacchetti, N. et al, (1999). Dimensione spazio-temporale dell'esistenza, evento somatico e depersonalizzazione. *Comprendre*, 9-1999.
6. Adler, A. (1908). Der Aggressionstrieb im Leben und in der Neurose. *Fortschritte der Medizin*, 577-584.
7. Agamben, G. (1995). *Homo sacer*. Torino: Einaudi.
8. Agamben, G. (2004). *Le temps qui reste: un commentaire de l'Épître aux Romains*. Paris: Payot & Rivages.
9. Agamben, G. (2006). *Che cos'è un dispositivo?* Roma: Nottetempo.
10. Alexander, H. B. (1953). *The World's Rim; Great Mysteries of the North American Indians*. Lincoln: University of Nebraska Press, 1967.
11. Alfieri, V. (1784-86). *Mirra*. Torino: Einaudi 1988.
12. Allen T. J. et al. (1998), Impulsivity and History of Drug Dependence. *Drug Alcohol Depend*, 50, pp. 137-45.

13. Ameisen, J. C. (1999). *La sculpture du vivant: le suicide cellulaire ou la mort créatrice*. Paris: Éditions du Seuil.
14. American psychiatric association, Andreoli, V., Cassano, G. B., Rossi, R., & Legoprint. (2001). *DSM-IV-TR: manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson.
15. Améry, J. (1987). *Intellettuale a Auschwitz*. Torino: Bollati Boringhieri.
16. Améry, J., & Cervelli, I. (1976). *Levar la mano su di sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1990.
17. Andrieu, B. (1994). *Les cultes du corps: éthique et sciences*. Paris: Éd. l'Harmattan.
18. Andrieu, B. (2000). *Un corps à soi: critique du masochisme*. Saint-Pierre-du-Mont: Eurédit.
19. Andrieu, B. (2006). *Le dictionnaire du corps: en sciences humaines et sociales*. Paris: CNRS Editions.
20. Angyal, A. (1937). The experience of the Body-Self in Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 85(3), 350.
21. Anzieu, D. (1985). *Le Moi-peau*. Paris: Dunod. (Tr. it. *L'io-pelle*, Borla, Roma 1987).
22. Arendt, H. (2001). *La banalità del male: Eichmann a Gerusalemme*. Milano: Feltrinelli.
23. Aretino, P. (1993). *Sonetti lussuriosi (i Modi) e dubbi amorosi*. Roma: Newton Compton.
24. Argentieri, S., & Mondadori. (2008). *L'ambiguità*. Torino: Einaudi.

25. Ariès, P. (1998). *Storia della morte in Occidente*. Milano: Biblioteca universale Rizzoli.
26. Arieti, S., & Appel, K. E. (1969). *Manuale di psichiatria*. Torino: Boringhieri.
27. Articolo: www.amputee-online.com/amputee/acrotomophile.html
28. Associazione per la lotta contro le malattie mentali, Sezione autonoma di Torino. (1971). *La Fabbrica della follia. Relazione sul manicomio di Torino*. Torino: G. Einaudi.
29. Aubray, M-C. (2004). *Attaques du corps*. Paris: Éditions GREUPP.
30. Aurèle, M. (1964) *Pensées pour moi-meme*, Paris: Garnier-Flammarion.
31. Bachelard, G. (1957). *La poétique de l'espace*. Paris: Presses universitaires de France.
32. Baechler, J. (1975). *Les suicides*, Paris: Calmann-Lévy.
33. Baker, C., Crawford, P., & Brown, B. (2011). Health Humanities: Madness and Literature. *Special Edition of Mental Health Review Journal*, 16: 3
34. Balier, C. (1998). *Psychanalyse des comportements violents* (4e^e édition). Paris: P.U.F. *Revue Canadienne Psychoeducation*, 29, Part 2 (2000): 271-274.
35. Balint, M., & Valabrega, J.-P. (1996). *Le Médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot.
36. Ballerini, A. (2005). *Presentazione all'edizione italiana di Bin Kimura, Scritti di Psicopatologia Fenomenologia*, Roma: Giovanni Fioriti.

37. Ballerini, A. (2006). *La psychopathologie phénoménologique*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
38. Ballerini, A. Rossimonti, M. (1997). La vergogna: un affetto trascurato in psicopatologia. *Rivista di psicologia analitica*, 3, 55, pp. 43-54.
39. Ballerini, A., & Rossi Monti, M. (1990). *La vergogna e il delirio: un modello delle sindromi paranoidee*. Torino: Bollati Boringhieri.
40. Ballerini, A., Mistura, S. (2006). *Autismo: l'umanità nascosta*. Torino: Einaudi.
41. Bandler, R., Menzio, A., & Grinder, J. (1981). *La struttura della magia*. Roma: Astrolabio.
42. Bani A., Miniati M. & Di Fiorino M. (1997). *L'aggressività. Aspetti Clinici*. Forte dei Marmi: Psichiatria e Territorio.
43. Barale, F. et al. (a cura di) (2009). *Psiche: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze Vol. 1 Vol. 1*. Torino: G. Einaudi.
44. Barale, F. et al. (a cura di) (2009). *Psiche: dizionario storico di psicologia, psichiatria, psicoanalisi, neuroscienze Vol. 2 Vol. 2*. Torino: G. Einaudi.
45. Barbagli, M. (2009). *Congedarsi dal mondo: il suicidio in Occidente e in Oriente*. Bologna: Il Mulino.
46. Barbetta, P. (2008). *Lo schizofrenico della famiglia*. Roma: Meltemi.
47. Barrault, C. (2005). *L'adolescence à fleur de peau*. Nancy: Université Henri Poincaré-Nancy 1, & Faculté de médecine.
48. Barrault, C. (2009). *Assessing Childhood Psychopathology and Developmental Disabilities*. New York: Springer Science.

49. Basaglia, F. (1973). *Che cos'è la psichiatria*. Torino: Einaudi.
50. Basaglia, F. (1979). *Conferenze brasiliane*. Milano: Cortina 2000.
51. Basaglia, F. (2007). *Corpo, sguardo e silenzio: Psicopatologia, antropologia, psicoanalisi*. Milano: F. Angeli.
52. Bataille, G. (1949), L'art comme expression de cruauté. *Médecine de France*, 4, pp. 21-27.
53. Bataille, G. (1949). *L'art, exercice de cruauté*. Paris: Gallimard.
54. Bataille, G. (1967). *La Part maudite, précédé de la Notion de dépense*. Paris: Editions de Minuit.
55. Baudelaire, C. (1860). *Les Paradis artificiels*. Paris: Pulet Malassais. (tr. it. *I paradisi artificiali*. Milano: Mondadori 2003).
56. Baudrillard, J. (1976). *L'échange symbolique et la mort*. Paris: Gallimard.
57. Bauman, Z. (1974). *La società de consommation*, Paris: Gallimard. (Tr. it. *La società dell'incertezza*. Bologna: Il mulino 1999).
58. Bauman, Z. (2009). *Vite di corsa: come salvarsi dalla tirannia dell'effimero*. Bologna: Il mulino.
59. Bauman, Z., & Vecchi, B. (2003). *Intervista sull'identità*. Roma; Bari: Laterza.
60. Behnke E., A. (1997). Body, In *Encyclopedia of Phenomenology*, Dordrecht: Kluwer, 66-71.
61. Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
62. Bello, A. (2007-2008). The language of our living body. *Comprendre*, 16-17-18, 2006-2007-2008. 15-26.

63. Benasayag, M., & Del Rey, A. (2010). *La salute ad ogni costo: medicina e biopotere*. Milano: Vita e pensiero.
64. Benasayag, M., & Schmit, G. (2003). *Les passions tristes: souffrance psychique et crise sociale*. Paris: Éditions La Découverte. (tr. it. *L'epoca delle passioni tristi*. Milano: Feltrinelli 2005).
65. Benedetti, G., & Ferlini, G. M. (1997). *La psicoterapia come sfida esistenziale*. Milano: Cortina.
66. Benedict, R., F. (1946). *The Chrysanthemum and the Sword: Patterns of Japanese Culture*. Tokyo: Rutland; Charles E. Tuttle Co. 1954. (Tr. it.: *Il crisantemo e la spada. Modelli di cultura giapponese*. Bari: Dedalo 1968; poi Roma-Bari: Laterza 2009).
67. Benhaïm, M. (1991). *La folie des mères: j'ai tué mon enfant*. Paris: Imago 2010.
68. Bergeret, J. (1976). *Depressione e stati-limite: punti di vista teorici, clinici e terapeutici*. Roma: Il pensiero scientifico.
69. Berglas, S., & Baumeister, R. F. (1996). *Il tuo peggior nemico: paradossi del comportamento autodistruttivo*. Roma; Bari: Laterza.
70. Bergson, H. (1940). *Le rire; essai sur la signification du comique*,. Paris: Presses universitaires de France. (Tr. it. *Il riso: saggio sul significato del comico*. Roma; Bari: Laterza 2003).
71. Bergson, H. (1948a). *Essai sur les données immédiates de la conscience*. Paris: Presses Universitaires de France. (Tr. it. *Saggio sui dati immediati della coscienza*. Torino: Bollati Boringhieri 1964).
72. Bergson, H. (1948b). *L'évolution créatrice*,. Paris: PUF. (tr. it. *L'evoluzione creatrice*. Milano: Cortina 2002).

73. Bernard, G., Charbonneau, G. (2003). *Phénoménologie des sentiments corporels. actes de la 5e Conférence internationale de philosophie et psychiatrie. Conférence internationale de philosophie et psychiatrie. Paris, 28-30 juin 2001* 2, 2. Puteaux: Le cercle herméneutique.
74. Bernauer, J., McGushin, E. & Tanke, J, (2005). Special Issue Commemorating the 20th Anniversary of Foucault's Death, n. spécial *Philosophy and Social Criticism*, 31, 5-6.
75. Bernegger, G. (2007). Sulla carezza. A colloquio con Bruno Callieri. *Med. Humanities*, 1,4.
76. Berner, P., Musalek, M. & Walter, H. (1987). Psychopathological Concepts of Dysphoria. *Psychopathology* *Psychopathology*, 20(2), 93 100.
77. Berni, S. (2005). *Nietzsche e Foucault: corporeità e potere in una critica radicale della modernità*. Milano: A. Giuffrè.
78. Bert, J-F. (2003). Mise en scène, mise en image: la représentation du corps in les histoires de Michel Foucault. *Question de Communication*, 4.
79. Bert, J.-F. (2007). *Michel Foucault, regards croisés sur le corps: histoire, ethnologie, sociologie*. Strasbourg: Éd. du Portique.
80. Besoli, S. (2006). *Ludwig Binswanger: esperienza della soggettività e trascendenza dell'altro*: i margini di un'esplorazione fenomenologico-psichiatrica. Macerata: Quodlibet.
81. Bessoles, P, (2006). Criminalité sexuelle et processus autocalmant, *Evolution Psy*, Vol. 71, Issue 4, Oct-Dec 2006, p.619-629.
82. Bessoles, P. (2006). La psychose posttraumatiques. *L'Encephale*, Paris: Elsevier éditions.

83. Bessoles, P. (2008). *Viol et identité: Un génocide individuel*. Paris: MJW.
84. Bettelheim, B., & Fiori, G. (1973a). *Ferite simboliche: un'interpretazione psiconalitica dei riti puberali*. Firenze: Sansoni.
85. Bettelheim, B., & Fiori, G. (1973b). *Ferite simboliche: un'interpretazione psiconalitica dei riti puberali*. Firenze: Sansoni.
86. Bick E. (1968), The Experience of the Skin in Early Objects-relations. *The International Journal of PsychoAnalysis*, 49, pp. 4846.
87. Binswanger L. (1939). *Traum und Existenz* (Tr. it. *Sogno ed esistenza*. Milano: SE 1993; tr. fr. *Reve et existence*. Paris: Bibliothèque des textes philosophiques, 2012).
88. Binswanger, L. (1928). *Lebensfunktion und innere Lebensgeschichte*. Berlin: S. Karger.
89. Binswanger, L. (1945). *Der Fall Ellen West: eine anthropologisch-klinische Studie*. Zürich: Orell Füssli AG. (tr. it. Binswanger, L. S. *Il caso Ellen West*. Torino: Einaudi 2011).
90. Binswanger, L. (1947-55) *Über Phänomenologie. Ausgewählte Vorträge und Aufsätze. Zur phänomenologischen Anthropologie*. Berne: Francke, 1961. (Tr. it. *Per un'antropologia fenomenologica: saggi e conferenze psichiatriche*. Milano: Feltrinelli 1970).
91. Binswanger, L. (1953). *Grundformen und Erkenntnis menschlichen Daseins*. Zürich: Niehans.
92. Binswanger, L. (1956). *Drei Formen missglückten Daseins; Verstiegtheit, Verschrobenheit, Manieriertheit*. Tübingen: Niemeyer. (tr. it. *Tre forme di esistenza mancata: esaltazione fissata, stramberia, manierismo*. Milano: Il saggiatore 1966).

93. Binswanger, L. (1957) “Der Fall Suzanne Urban”. In *Schizophrenie*. Pfullingen: Neske 1957. (Tr. it.: *Il caso Suzanne Urban: storia di una schizofrenia*. Venezia: Marsilio 1994).
94. Binswanger, L. (1971). *Fonction vitale et histoire interieure de la vie*. In Kuhn, R., Maldiney, H. (ed.) *Introduction à l'analyse existentielle*. Paris: Edition de minuit.
95. Binswanger, L. (2010). *Quatre figures de la phénoménologie K. Jaspers, M. Heidegger, J.-P. Sartre, M. Henry*. Paris: Le Cercle Herméneutique.
96. Binswanger, L., (1973). (tr. it. *Essere nel mondo*. Roma: Astrolabio 1973; tr. in. *Being in the World: selected papers of Ludwig Binswanger*. New York: Basic Books 1963).
97. Blankenburg, W. (1971). *Der Verlust der natürlichen Selbstverständlichkeit; ein Beitrag zur Psychopathologie symptomarmer Schizophrenien*. Stuttgart: Enke. (Tr. it. *La perdita dell'evidenza naturale: un contributo alla psicopatologia delle schizofrenie pauci-sintomatiche*. Milano: Cortina 1998).
98. Blankenburg, W. (1991). Prospettività e delirio. *Comprendre* n. 15, 2005.
99. Bleuler, E. (1916). *Lehrbuch der Psychiatrie*. Berlin: Springer.
100. Blondel, C. (1906). *Les auto-mutilateurs: étude psycho-pathologique et médico-légale*, Paris: J. Rousset.
101. Blondel, C. A. A. (1906). *Les auto-mutilateurs; étude psychopathologique et médico-légale*. Paris: Rousset.
102. Blondel, C. A. A. (1933). *Le suicide*. Strasbourg: Libr. Univ. d'Alsace.

103. Bogdashina, O. (2003). *Sensory perceptual issues in autism and Asperger Syndrome different sensory experiences, different perceptual worlds*. London; New York: Jessica Kingsley. (tr. it. *Le percezioni sensoriali nell'autismo e nella sindrome di Asperger*, Uovonero: Cremona 2011).
104. Bond, M.R. (1976), "Psychological and psychiatric aspects of pain". In Howells J.G. (a cura di), *Modern Perspectives in the Psychiatric Aspects of Surgery*. Macmillan, London, pp 109-139.
105. Borel, F. (1998). *Le vêtement incarné: les métamorphoses du corps*. Paris: Calmann-Lévy.
106. Borgna E. (1983). Le metamorfosi del corpo. In Galimberti, U. *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
107. Borgna, E. (1992). *Malinconia*. Milano: Feltrinelli.
108. Borgna, E. (1995a). *Come se finisse il mondo: il senso dell'esperienza schizofrenica*. Milano: Feltrinelli.
109. Borgna, E. (1995b). La solitudine come paradigma della malinconia. In Martignoni, G. (a cura di). *Solitudini*. Comano: Alice 1995.
110. Borgna, E. (1997). *Le figure dell'ansia*. Milano: Feltrinelli.
111. Borgna, E. (2004). *Il volto senza fine*. Firenze: Le lettere.
112. Borgna, E. (2011a). *La solitudine dell'anima*. Milano: Feltrinelli.
113. Borgna, E. (2011b). *Nei silenzi della solitudine*. Milano: Feltrinelli.
114. Borgna, E. (2014). *La fragilità che è in noi*.
115. Borgna, E., Leoni, F. (2008). *Nei luoghi perduti della follia*. Milano: Feltrinelli.

116. Borgna, E., Manica, M., & Pagnoni, A. (2006). *Il suicidio: amore tragico, tragedia d'amore*: saggi sulle esperienze di morte volontaria Roma: Borla.
117. Boss, M. (1959). *Introduction a la medecine psychosomatique*. Paris: Presses universitaires de France.
118. Bourdieu P. (1980). *Il senso pratico*. Armando: Roma 2005.
119. Bowker, J. (1970). *Problems of suffering in religions of the world*. Cambridge: Cambridge University Press.
120. Brambilla, R.. (1986). *Heigegger: l'esistenza tra tempo ed eternità*. Assisi: Biblioteca Pro Civitate Christiana.
121. Brodsky B. S. et al. (1997) Characteristics of Borderline Personality Disorder Associated with Suicidal Behaviours. *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 1715-9.
122. Brossard, B. (2011). L'automutilation: un rituel à même la peau. *Enfances & Psy*, 49(4), 53-64.
123. Bruère-Dawson C. G. (1993). Le corps du sujet. Cliniques du corps en souffrance. *Cliniques méditerranéennes*, 37-38, p.79-85; 2001.
124. Bruner J. (1986), *La mente a più dimensioni*. Laterza: Bari-Roma 1988.
125. Brusset, B. (2008). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*. Paris: Dunod.
126. Buber, M. (1959). *Il principio dialogico*. Milano: Edizioni di Comunità.
127. Buber, M. (1979). *Ich un du*. (Tr. it.: *L'io e il tu*. Pavia: Irsef, 1991).
128. Bunker, E. (2002). *Educazione di una canaglia*. Torino: Einaudi.
129. Buytendijk F. J. J. (1951) *De la douleur*. PUF: Paris.

130. Cabestan, P., Dastur, F. (2008) *Lectures d'Être et temps' de Martin Heidegger quatre-vingts ans après*. L'École Française de Daseinanalyse. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique.
131. Cabestan, P., Dastur, F. (2011). *Daseinsanalyse*. Paris: Vrin, Col. Bibliothèque des philosophes.
132. Callieri B. Castellani A. (1981). On the psychopathology of the life-world. *Analecta Husserliana*, 11, 173-202.
133. Callieri, B. (1990). Il paziente borderline sulla linea di confine tra mondo isterico e mondo narcisista, in P. Sarteschi, P., Maggini, C. (a cura di) *Personalità e Psicopatologia*. Pisa: ETS, pp. 223-230.
134. Callieri, B. (1997). Ancora sull'ambiguità esistenziale del suicidio, in De Maio, D. Guiducci R. & Vaccaneo, F. *Il suicidio*, a cura del Centro Studio "Cesare Pavese" di S. Stefano Belbo, Torino: Omega, pp. 37-41.
135. Callieri, B. (1997). L'esperienza del panico: ai confini del Nulla. *Giornale italiano di Psicopatologia*, 11, 5-13.
136. Callieri, B. (2000). *Quando vince l'ombra: problemi di psicopatologia clinica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
137. Callieri, B. (2003) Dal corpo della psicosomatica all'antropologia della corporeità. *Idee in psichiatria*, 3, 2, 2003.
138. Callieri, B. (2003). Dal corpo della psicosomatica all'antropologia della corporeità. *Idee in psichiatria* 3, 2.
139. Callieri, B. (2007), *Corpo esistenze mondi. Per una psicopatologia antropologica*. Edizioni Universitarie Romane, Roma.

140. Callieri, B. (2007). *Corpo esistenze mondi: per una psicopatologia antropologica*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
141. Callieri, B. (2007). *Corpo, esistenze, mondi: per una psicopatologia antropologica*. Roma: EUR.
142. Callieri, B., & Bernegger, G. (2007). Sulla carezza: a colloquio con Bruno Callieri. *Rivista per le Medical Humanities*, 49 55.
143. Callieri, B., Maldonato, M., & Di Petta, G. (1999). *Lineamenti di psicopatologia fenomenologica*. Napoli: A. Guida.
144. Callieri, B., Priori, R. (1959). L'ambiguità del suicidio, *Il lavoro neuropsichiatrico*, 25, 3.
145. Calvi L. (1963). Fenomenologia dell'espressione e dell'espressività. *Annali di Freniatria*, ora in *Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici sulla carne, il sesso, la morte*. Milano: Mimesis 2007.
146. Calvi, L. (1966). La semantica intenzionale dell'ipocondria e la costituzione trascendentale del corpo proprio. *Psichiatria generale e dell'età evolutiva*, 4, 1, 3-10.
147. Calvi, L. (1992) Osservazioni preliminari sulla fenomenologia della carne nell'ossessione e nell'anoressia. In: Petrangeli L., Vannozzi F. *Nosografia e Transnosografia*. pag. 111, Siena: Tipografia Senese.
148. Calvi, L. (2007). *Il consumo del corpo: esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*. Milano: Mimesis.
149. Calvi, L. (2009). Phénoménologie de la matérialité corporelle, in Fédida, P., Mareike Wolf-Fédida, M. *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*. Paris: Le cercle herméneutique.

150. Cambiano, G. (1983). *La filosofia in Grecia e a Roma*. Roma: Laterza.
151. Cambiano, G., Vernant, J. P. (1991). *L'Uomo greco*. Roma: Laterza.
152. Camilleri, S., Perrin, C. (2011). *Épreuves de la vie et souffrances d'existence: Regards phénoménologiques*. Argenteuil: Le Cercle Herméneutique.
153. Camus, A. (1955). *L'étranger*. New York: Appleton-Century-Crofts.
154. Camus, A. (1962). *Le Mythe de Sisiphe. Essai sur l'absurde*. Paris: Gallimard.
155. Camus, A. (1984). *Il mito di Sisifo*. Milano: Bompiani.
156. Camus, A. (1987). *Lo straniero*. Milano: Bompiani.
157. Canetti, E. (1960). *Masse und Macht*. Hamburg: Claassen.
158. Canetti, E., Jesi, F. (1981). *Massa e potere*. Milano: Adelphi.
159. Canguilhem G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris: PUF.
160. Cantalupo, P. (1997). *L'io mancante: il fantasma dell'identità fra erotismo e potere*. Firenze: Loggia de' Lanzi.
161. Cappa, F., Barone, P. (2009). *Foucault come educatore: spazio, tempo, corpo e cura nei dispositivi pedagogici*. Milano: Franco Angeli.
162. Carbone, M. (1996). *Il sensibile e l'eccedente: mondo estetico, arte, pensiero*. Milano: Guerini.
163. Carbone, P. (2003). *Le ali di Icaro. Rischio e incidenti in adolescenza*. Torino: Bollati Boringhieri.

164. Cargnello, D. (1953). Fenomenologia del corpo. *Annali di Freniatria*, 77: 365.
165. Cargnello, D. (1956). Della morte e del morire in psichiatria. *Sistema nervoso*, Vol. VIII, fasc. 2.
166. Cargnello, D. (1966). *Alterità e alienità: introduzione alla fenomenologia antropoanalitica*. Milano: Feltrinelli.
167. Carotenuto, A. (1991). *Amare tradire: quasi un'apologia del tradimento*. Milano: Bompiani.
168. Carotenuto, A. (1994). *Riti e miti della seduzione*. Milano: Bompiani.
169. Carotenuto, A. (2002). *Il gioco delle passioni: dinamiche dei rapporti amorosi*. Milano: Bompiani.
170. Carrasco, J. L., Lecic-Tosevski, D. (2000). Specific types of personality disorder. In Gelder, M. G., López-Ibor, J. J. & Andreasen, N. C. (a cura di), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
171. Carrique, P. (2010). *Phénoménologie des sentiments corporels. Tome 3*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
172. Carrique, P., Chalier, C., Charbonneau, G., Fontaine, P., & Collectif. (2010). *Phénoménologie des sentiments corporels*: Tome 3, *Joie Jouissance Ivresse*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
173. Casadio, L., D'Alonzo, S. (2008). *A colloquio con il corpo: le impronte delle emozioni e dei sentimenti*. Scandicci: Firenze Atheneum.
174. Catucci, S. (2000). *Introduzione a Foucault*. Roma: Laterza.
175. Cavaciuti, S. (1992). Del rapporto coscienza-corporeità. *Comprendre*, 6.

176. Cazzullo, C. L., Invernizzi, G., & Vitali, A. (1987). *Le condotte suicidiarie*. Firenze: Usus. Ed. scientifica.
177. Célis-Gennart, M. (2011). *Corporité et présence: jalons pour une approche du corps dans la psychose*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
178. Célis, R., Mesot, H. (2002). Le médecin Philosophe aux prises avec la maladie mentale”, édité par Célis R., et Mesot. H. *Études des lettres*, 2-3, 2002, p.223.
179. Chamond, J. (2004). *Les directions de sens: phénoménologie et psychopathologie de l'espace vécu*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
180. Chamond, J. (2012). La dénaturation carcérale. Phénoménologie du corps en prison. Testo di conferenza: Ecole Française de Daseinsanalyse, Paris.
181. Chantraine, P. (1983). *Dictionnaire étymologique de la langue grecque: histoire des mots*. Paris: Klincksieck.
182. Chapman, A. H. (1968). *Put-offs and come-ons; psychological maneuvers and stratagems*,. New York: Putnam.
183. Charbonneau G. Psychopathologie Criminologique. Pour une “clinique de l’acte”, (seminari 2011-12; 2012-13: Paris VII).
184. Charbonneau G., “Projet de monde” et esthétique anorexique. Corporeité et mondeité, en cours de publication.
185. Charbonneau G., Tagliatela C., (2012). Analyse existentielle de la désinvolture. *La Kédia. Gravité, soin, souci*. (18-19). Argenteuil: Le Cercle Herméneutique. p. 129-137.

186. Charbonneau, G. (1999). De quoi 's'agit' l'inconscient phénoménologique? *L'Art du Comprendre: Herméneutique générale. Anthropologie philosophique. Anthropologie phénoménologique. Daseinsanalyse*, 8, pp. 132-146.
187. Charbonneau, G. (2001). Le concept d'identité. *Phénoménologie de identité humaine et schizophrénie* Paris: Le cercle herméneutique.
188. Charbonneau, G. (2007). *La situation existentielle des personnes hystériques: Intensité, centralité et figuralité*. Paris: Le Cercle herméneutique. (Tr. it.: *La situazione esistenziale delle persone isteriche*. Roma: Giovanni Fioriti 2007).
189. Charbonneau, G. (2010a). *Introduction à la psychopathologie phénoménologique. Tome I*. Paris: MJW Fédition.
190. Charbonneau, G. (2010b). *Introduction à la psychopathologie phénoménologique. Tome II*. Paris: MJW Fédition.
191. Charbonneau, G. (2011). Anthro-phénoménologie de l'addiction, Texte de cours, Verona 12.11.2011.
192. Charbonneau, G. (2011). Anthro-phénoménologie de l'addiction, Texte de cours, Verona 12.11.2011.
193. Charbonneau, G. (2012). Addiction, impulsivité, violence. Entre phénoménologie et psychopathologie de l'action. Texte du séminaire. Paris VII, 15.11.2012.
194. Charbonneau, G. (2012). De l'hystérie sombre aux états-limites. Texte du séminaire, Paris VII, 13.12.2012.

195. Charbonneau, G. (2012). Impulsivité, violence et psychopathologie de l'action. Elements de praxéologie psychopathologique. Note de cours, Paris VII, 02.02.2012.
196. Charbonneau, G. (2012). La psychiatrie phénoménologique et existentielle. Texte du séminaire, Paris VII, 25.10.2012.
197. Charbonneau, G. (2012). "Projet de monde" et esthétique anorexique. Corporeité et mondeité. Texte du séminaire, Paris VII, 29.11.2012.
198. Charbonneau, G. (2012a). Impulsivité, violence et psychopathologie de l'action. Elements de praxéologie psychopathologique. Notes de cours, Paris VII, 02.02.2012.
199. Charbonneau, G. (2012b). Intimité et violence. Notes de cours, Approche phénoménologique, Paris VII, 21.06.2012.
200. Charbonneau, G. (2012c). La psychiatrie phénoménologique et existentielle. Texte du séminaire, Paris VII, 25.10.2012.
201. Charbonneau, G. (2012d). Pour une pathétique. Phénoménologie, herméneutique et psychopathologie de la souffrance, Texte de cours, Paris VII, 19.01.2012.
202. Charbonneau, G. (2012e). Troubles du comportement alimentaire et personnalités pathologique. Texte du séminaire. Paris VII, 22.03.2012
203. Charbonneau, G. (2012f). Anthopo-phénoménologie de l'addiction. Texte de conférence, ISRP, 12.04.2012.
204. Charbonneau, G., Granger, B. (2003). Conférence internationale de philosophie et psychiatrie (Eds.). *Phénoménologie des sentiments corporels*. Actes de la V Conférence internationale Philosophie et Psychiatrie. Paris, 28-30 juin 2001. 1, 1. Puteaux: Le cercle herméneutique.

205. Chasseguet-Smirgel, J. (2005). *Il corpo come specchio del mondo*. Milano: Cortina 2003.
206. Chevalier, J. (1997a). *Dizionario dei simboli 1*. Milano: BUR.
207. Chevalier, J. (1997b). *Dizionario dei simboli 2*. Milano: BUR.
208. Chimirri, G. (2004). *Psicologia del corpo: materialità, spiritualità e moralità dell'uomo*. Roma: Armando.
209. Ciavaldini, A. (2003). *Violences sexuelles: le soin sous contrôle judiciaire*. Paris: In press.
210. Cioran, E. M. (1984). *La tentazione di esistere*. Milano: Adelphi.
211. Cirri, M. (2009). *A colloquio: tutte le mattine al centro di salute mentale*. Milano: Feltrinelli.
212. Claes, L., Vandereycken, W. (2009). *Autolesionismo: come smettere di farsi del male*. Milano: Baldini Castoldi Dalai.
213. Clarkin J. F., Hull J.W., Hurt S.W. (1993). Factor Structure of Borderline Personality Disorder Criteria. *Journal of Personality disorder*, 7, pp. 137-43.
214. Clastres, P. (1973). De la torture dans les sociétés primitives. *Homme: revue française d'anthropologie*. VIII: 3.
215. Clifford, J., Sichère, M.-A. (1996). *Malaise dans la culture: l'ethnographie, la littérature et l'art au XXe siècle*. Paris: Ecole nationale supérieure des Beaux-Arts.
216. Collins, D. T. (1965). Head-Banging: Its Meaning and Management in the Severely Retarded Adult. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 29, 205-11.

217. Colombo, G. (2008). *Sulle regole*. Milano: Feltrinelli.
218. Colvin, G. (2009). *La trappola del talento*. Milano: Rizzoli.
219. Corbin, A., Courtine, J.-J., Vigarello, G. (2005). *Histoire du corps*. Paris: Seuil.
220. Corcos, M. Le féminin et le maternel dans l'anorexie mentale, une passivité créatrice: ceci n'est pas une femme. *Ev. Psy.* Vol 68, Issue 2, Avril 2003, pp. 233-247.
221. Correale, A. (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Milano: Raffaello Cortina.
222. Correale, A. (2009). I tre piani della formazione. *Comprendre*, 19.
223. Correale, A. (2009). La difficile differenziazione della identificazione traumatica. La forza gravitazionale del trauma. *Testimonianze*, n° 463 2009
224. Correale, A., et al. (2009). *Borderline: lo sfondo psichico naturale*. 4ª ed. Roma: Borla.
225. Corrias, P. (2007). *Vicini da morire: la strage di Erba e il nord Italia divorato dalla paura*. Milano: Mondadori.
226. Cotard, J. (1882). Du délire de dénégation. *Archives de Neurologie* 11, 152-170 e 282-296.
227. Cotard, J., Camuset, L., Séglas, J., & Tachon, J.-P. (1998). *Du délire des négations aux idées d'énormité*. Paris; Montréal: Éd. L'Harmattan.
228. Coulomb, M., Dastur, F. (2009). *Phénoménologie du Nous et psychopathologie de l'isolement la nostrité selon Ludwig Binswanger*. Paris: Le Cercle herméneutique.

229. Couturier, J., Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa? *The International Journal of Eating Disorders.*, 39(7), 550.
230. Cross, L. (1993). Body and Self in Feminine Psychology: Implications for Eating Disorders and Delicate Self-Mutilation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (1993): 41-68.
231. Csordas, T. J. (1994). *Embodiment and experience: the existential ground of culture and self*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
232. Cutting, J. (1997). *Principles of psychopathology: two worlds, two minds, two hemispheres*. Oxford; New York: Oxford University Press.
233. Cutting, J. (2002). *The Living, the Dead, and the Never-Alive: Schizophrenia and Depression as Fundamental Variants of These*. Forest Row: Forest.
234. Daco, P. (1982). *Che cos'è la psicologia*. Milano: Rizzoli 1991.
235. Daco, P. (2007). *Che cos'è la psicanalisi: la scienza che ha rivelato l'uomo a se stesso*. Milano: Rizzoli.
236. Daddabbo, L. (1999). *Tempocorpo: forme temporali in Michel Foucault*. Napoli: La città del sole.
237. Dalle Luche R., Di Piazza G. (2001). Le psicosi come maschere del niente. Una introduzione alla psicopatologia di Arthur Tatossian. In Dalle Luche, R., Di Piazza, G. *La psicopatologia di Arthur Tatossian. Psych. Gen Età Evol* (Numero monografico), 38,1.
238. Dalle Luche, R. (1994). *Due apologhi sulla fine della psiche*. Viareggio: M. Baroni.

239. Dalle Luche, R., Barontini, A. (1997). *Transfusioni: saggio di psicopatologia dal cinema di David Cronenberg*. Viareggio: M. Baroni.
240. Damasio, A. R. (1994). *Descartes' Error: Emotion, Reason, and the Human Brain*, New York: Putnam (tr. it.: *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*. Milano: Adelphi 1986 (2012); tr. fr.: *L'erreur de Descartes: la raison des émotions*. Paris: O. Jacob 2001).
241. Damasio, A. R. (2000). *Emozione e coscienza*. Milano: Adelphi.
242. Damasio, A. R. (2003). L'esprit est modelé par le corps. *La Recherche. L'actualité des sciences*. N. 368, p. 69.
243. Damasio, A. R. (2003). *Looking for Spinoza: joy, sorrow, and the feeling brain*. Orlando, Fla.: Harcourt (tr. it.: *Alla ricerca di Spinoza: emozioni, sentimenti e cervello*. Milano: Adelphi 2003; tr. fr. *Spinoza avait raison: joie et tristesse, le cerveau des émotions*. Paris: O. Jacob 2003).
244. Dargent, F. Matha, C. (2011) *Blessures d'adolescence*, Paris: PUF.
245. Darwin, C. (1859). *The origin of species*. Oxford: Oxford University Press 1996 (tr. it.: *L'origine delle specie*. Torino: Bollati Boringhieri 2006).
246. Dastour, F. (1995). Le fondement corporel de la subjectivité dans les oeuvres de M.Merleau-Ponty. *L'art du comprendre*, 2, 1995.
247. Dastur, F. (1998). (conferenza) Comment vivre avec la mort? Paris: Pleins Feux.
248. Davidson, D., Engel, P. (1993). *Actions et événements*. Paris: Presses Universitaires de France.
249. De Giacomo, U. et al. (1962). *Le Psicosi sperimentali*. Milano: Feltrinelli.

250. De Luca, M. (2006). Les scarificatiois: le regard de la métamorphose. *Evolution Psy.* 71, Issue 2, Avril-Juin 2006, p. 285-297.
251. De Luca, M. (2012). Les scarifications à l'adolescence: un équivalent suicidaire ? *La psychiatrie de l'enfant.* 2 (55), 637-678.
252. De Luca, M., Bonnichon, D. & Marty, F. (2002). Les scarifications à l'adolescence: un équivalent suicidaire? In *La psychiatrie de l'enfant* 2012/2 (Vol. 55) 334 Paris: PUF.
253. De Martino, E. (1960). *Sud e magia.* Milano: Feltrinelli.
254. De Masi, F. (2007). *La perversione sadomasochistica. L'oggetto e le teorie.* Torino: Bollati Boringhieri.
255. De Monticelli, R. (1982). *Dottrine dell'intelligenza: saggio su Frege e Wittgenstein.* Bari: De Donato.
256. De Monticelli, R. (1998). L'initiative et la compulsion. Pour une phénoménologie de l'action. *Comprendre*, 8.
257. De Vooght L, (2009). Présence et être soi: un passage entre l'informe, l'éprouvé et le réfléchi. *Natureza Humana*, 11(2): 9-32, jul-dez. 2009.
258. De Vooght, L. Vivre l'instant dans les situations limites. II. Séminaire de Psychiatrie phénoménologique 2013. Paris: Sorbonne, salle Halbwachs.
259. Debord, G. (1997). *La società dello spettacolo. Commentari sulla società dello spettacolo.* Milano: Baldini & Castoldi.
260. Del Pistoia L. (2008). Per capire la psicopatologia fenomenologica. *Comprendre*, 16-17-18, p.158-177.

261. Del Pistoia, L. (2008). *Saggi fenomenologici. Psicopatologia, clinica, epistemologia*. Roma: Giovanni Fioriti.
262. Deleuze, G. (1995). *Francis Bacon: logica della sensazione*. Macerata: Quodlibet.
263. Dell'osso, B. (2013). *Gioco, internet, shopping e altri disturbi del controllo degli impulsi*, Roma: Il pensiero scientifico.
264. Dell'Oso, B. (2013). *Senza limiti: gioco, internet, shopping e altri disturbi del controllo degli impulsi*. Roma: Il Pensiero Scientifico Ed.
265. Della Luna, M., Miclavez, A. (2006). *EuroSchiavi e i segreti del signoraggio: chi si sta arricchendo con le nostre tasse? la Banca d'Italia e la grande frode del debito pubblico*. Casalecchio (BO): Arianna.
266. Della Luna., Cioni, P. (2009). *Neuroschiavi: siamo davvero quello che crediamo? □: tecniche e psicopatologia della manipolazione politica, economica e religiosa □: manuale scientifico di autodifesa* Cesena: Macro Edizioni.
267. Deridda, J. (1975). *Economimesis*. Paris: Aubier-Flammarion.
268. Devereux, G. (1978). *Saggi di etnopsichiatria generale*. Roma: Armando.
269. Di Petta G. (2004). Esperienza tossicomane e “status nascendi” psicotico. Atti del convegno “Lo specchio incrinato”, Telesse Terme, 24.09.2004.
270. Di Petta, G. (1999). *Il mondo sospeso: fenomenologia del presagio schizofrenico*. Roma: EUR.
271. Di Petta, G. (2003). *Il mondo vissuto: clinica dell'esistenza: fenomenologia della cura*. Roma: Edizioni universitarie romane.

272. Di Petta, G. (2004). *Il mondo tossicomane: fenomenologia e psicopatologia*. Milano: F. Angeli.
273. Di Petta, G. (2006a). *Gruppoanalisi dell'esserci: tossicomania e terapia delle emozioni condivise*. Milano: F. Angeli.
274. Di Petta, G. (2006b). L'esperienza cocainomane psicopatologia e trattamento dello "stato di base" psicotico. *Mission*, 39-44.
275. Di Petta, G. (2009). *Nella terra di nessuno: doppia diagnosi e trattamento integrato: l'approccio fenomenologico*. Roma: Edizioni Universitarie Romane.
276. Di Petta, G. (2009). Tra Leib e Körper: per una antropologia psicosomatica, *Comprendre*, 19.
277. Di Petta, G. (2010) Il vissuto del vuoto. Tempo, affetti, cambiamento. Per una fenomenologia dell'epoché. *Comprendre*, 21, 2010-2. 130-181.
278. Di Petta, G. (2010). Il corpo: «consummandum» et «habeas» tra fenomenologia e clinica. *Comprendre*, 20, 2010-11.
279. Di Petta, G. (2012). *Nel nulla esserci. Il vuoto, la psicosi, l'incontro*. Roma: EUR 2012.
280. Di Piazza, G. (2009). Del buon uso della crisi. *Testimonianze. Antropologia della crisi*, n. 463.
281. Di Piazza, G. (2010). Les modes critiques de l'immaturation. De l'impossibilité des immatures à la véritable dépression. Relation présentée au Congrès International de Psychopathologie, Paris: Université Paris Diderot.

282. Di Piazza, G. (2010). *Les modes critiques de l'immaturation. De l'impossibilité des immatures à la véritable dépression*. Relazione presentata il 16 gennaio 2010 presso l'Université Paris- Diderot in occasione del Congrès International de Psychopathologie, Parigi
283. Dillon, M. C. (1988). *Merleau-Ponty's ontology*. Bloomington: Indiana University Press.
284. Dilthey, W. (1894). *Idee su una psicologia descrittiva e analitica*. Milano: Angeli 2002.
285. *Dizionario analogico della lingua italiana*. (1991). Milano; Torino: TEA.
286. Donne, J. (1607), *In difesa del suicidio*. SE, Milano 2008.
287. Dordoni, P., Nelson, L., Heckmann, G., & Specht, M. (2009). *Il dialogo socratico: una sfida per un pluralismo sostenibile*. Milano: Apogeo.
288. Douglas, M. (1966). *Purity and Danger: an Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*, London: Routledge & Kegan Paul.
289. Drappo, L., Casonato, M. (2005). *Autolesionismo*. Urbino: Quattroventi.
290. Dudrick, D., (2005). Foucault, Butler, and the Body. *European Journal of Philosophy*, 13, 2, pp. 226-246.
291. Durelmatt, F. (1985). *Il minotauro*. Milano: Marcos Y Marcos 2008.
292. Durkheim, E. (1968). *Les formes élémentaires de la vie religieuse: le système totémique en Australie*. Paris: PUF.
293. Durkheim, E. (2007). *Le suicide: étude de sociologie*. Paris: PUF.
294. Durkheim, E., Guiducci, R., & Scramaglia, R. (1987). *Il suicidio: studio di sociologia*. Milano: Rizzoli.

295. Duvoux, N. (2010). Un syndrome de la précarité. In <http://www.laviedesidees.fr>, 2010.
296. Ehrenberg, A. (1996). *L'individu incertain*. Paris: Hachette.
297. Ehrenberg, A. (1999). *La fatica di essere se stessi: depressione e società*. Torino: Einaudi.
298. Eibl-Eibesfeldt, I. (1970). *Liebe und Hass: zur Naturgeschichte elementarer Verhaltensweisen* München; Zürich: Piper. (Tr. it: *Amore e odio: per una storia naturale dei comportamenti elementari*. Milano: Adelphi 1971; tr. ing: *Love and hate; the natural history of behavior patterns*. New York: Holt, Rinehart and Winston 1972).
299. Eibl-Eibesfeldt, I., (1993). *Etologia umana: le basi biologiche e culturali del comportamento*. Torino: Bollati Boringhieri.
300. Eliade, M. (1980). *La nascita mistica. Riti e simboli d'iniziazione*, Brescia: Morcelliana.
301. Elkin, A. P. (1945). *Aboriginal men of high degree*. New York: St. Martin's Press 1978.
302. Ellenberger, H. F. (1976). *La scoperta dell'inconscio: storia della psichiatria dinamica*. Torino: Boringhieri.
303. Elsevier, BV (2010). *Affective Temperament and Personal Identity*. 126(1-2):317-20. doi: 10.1016/j.jad.2010.02.129. Epub 2010 Mar 16.
304. Englebert, J, Gauthier, J.-M. (2011). Géographie et psychose: territoire et perte du corps commun. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique* *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169 (9), 559-563.

305. Englebert, J. (2013). *Psychopathologie de l'homme en situation: Le corps du détenu dans l'univers carcéral*. Paris: Hermann.
306. Escoubas, E., Gros, C., & Schneider, M. (2005a). *Art et pathologies: au regard de la phénoménologie et de la psychanalyse*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
307. Escoubas, E., Gros, C., & Schneider, M. (Eds.). (2005b). *Art et pathologies: au regard de la phénoménologie et de la psychanalyse*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
308. Ewald, F. (1975). Anatomie et corps politiques. *Critique*, 343, pp. 1228-1265.
309. Ey, H. (1948). *Etudes psychiatriques*. Paris: Desclée de Brouwer.
310. Fahy, T., Eisler, I. (1993). Impulsivity and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry The British Journal of Psychiatry*, 162 (2), 193-197.
311. Fairbairn, G. (1995). *Contemplating suicide the language and ethics of self-harm*. London; New York: Routledge.
312. Fairburn CG, Harrison PJ. (2003). Eating disorders. *Lancet*. 2003 Feb 1; 361(9355): 407-16.
313. Fairburn, G. (2008). *Cognitive Behaviour Therapy and Eating Disorders*, The Guilford Press: Chichester.
314. Falk, P. (1995). Written in the Flesh. *Body & Society Body & Society*, 1 (1), 95-105.
315. Faravelli, C., Ravaldi, C., Truglia, E., Zucchi, T., Cosci, F., & Ricca, V. (2006). Clinical Epidemiology of Eating Disorders: Results from the Sesto Fiorentino Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 75 (6), 376-383.

316. Favazza A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital & Community Psychiatry*, 40 (2), 137-45.
317. Favazza, A. R. (2008). Self-injurious behaviour. In Grunewald, M. *Human Haptic Perception*. Basel: Switzerland.
318. Favazza, A. R., Favazza, B. S. (1987). *Bodies under siege: self-mutilation in culture and psychiatry*. Baltimore: Johns Hopkins University Press 2011.
319. Favazza, A. R., Nemiah J. (1985). "Dissociative disorders" in Kaplan, H. I., Sadock, B., *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed. Baltimore: Williams and Wilkins.
320. Favazza, A. Rosenthal, R. (1993). Diagnostic issue in self-mutilation. *Hospital and Community Psychiatry*, 44, 134-139.
321. Featherstone, M. (2000). Body modification. *Body and Society*, 5 (1-2), London: SAGE.
322. Fédida, P. (1977). *Corps du vide et espace de séance*. Paris: J.-P. Delarge.
323. Fédida, P. (2012). *Le concept et la violence*. Vanves: MJW Fédition.
324. Fédry J. (1976), L'expérience du corps comme structure du langage. Essai sur la langue Sar-Tchad. *L'Homme*, XVI, 1: 65- 107.
325. Fénelon de Salignac, F. (1807). *Les aventures de Telemaque*. Parigi: Bossange a Besson.
326. Ferenczi, S. (1970-72). *Schriften zur Psychoanalyse*. Auswahl in 2 Bänden. Herausgegeben und eingeleitet. Frankfurt am Main.
327. Ferguson, S. (1974). *A guard within*. New York: Pantheon Books.

328. Fichte, G., J. (1794). *Grundlage der gesamten Wissenschaftslehre*. Hamburg: Felix Meiner 1988. (Tr. it.: *Sul concetto della dottrina della scienza. Fondamenti dell'intera dottrina della scienza*. Roma; Bari: Laterza 1987).
329. Fiedler, L. (1978). *Freaks. Miti e immagini dell'io segreto*. Milano: Il Saggiatore Tascabili 2009.
330. Fink, E., (1973). *La filosofia di Nietzsche*. Padova: Marsilio.
331. Flanagan, B. (1999). Why? *Quasimodo*, n.5, 1998.
332. Flanagan, B. (Documentario) (1997). *Sick: The Life and Times of Bob Flanagan, Supermasochist*.
333. Flanagan, B., Juno, A., & Vale, V. (2000). *Bob Flanagan: Supermasochist*. New York: Juno Books.
334. Flannery, D. J., Vazsonyi, A. T., & Waldman, I. D. (2007). *The Cambridge Handbook of Violent Behavior and Aggression* (1 edition.). New York: Cambridge University Press.
335. Flaubert, G. (1880). *Dictionnaire des idées reçues*. (Tr. it.: *Dizionario dei luoghi comuni*. Milano: BUR 2013).
336. Flaubert, G. (1990). *Dizionario dei luoghi comuni; Album della marchesia; Catalogo delle idee chic*. Milano: Adelphi.
337. Foessel, M. (2008). *La privation de l'intime: mises en scène politiques des sentiments*. Paris: Seuil.
338. Foresti, G., Rossi Monti, M. (2010). *Esercizi di visioning: psicoanalisi, psichiatria, istituzioni*. Roma: Borla.

339. Forthomme, B. (2000). *De l'acédie monastique à l'anxio-dépression: Histoire philosophique de la transformation d'un vice en pathologie*. Paris: Institut d'édition Sanofi-Synthélabo.
340. Forthomme, B. (2000). *De l'acédie monastique à l'anxio-dépression. Histoire philosophique de la transformation d'un vice en pathologie*, Paris: Institut d'édition Sanofi-Synthélabo.
341. Foucault, M. (1961). *Histoire de la folie à l'âge classique. Folie et déraison*. Paris: Plon. (Tr. it. *Storia della follia nell'età classica*. Milano: BUR 2012).
342. Foucault, M. (1963). *Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical*. Paris: PUF. (Tr. it.: *Nascita della clinica: una archeologia dello sguardo medico*. Torino: 1969).
343. Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir: naissance de la prison*. Paris: Gallimard. (Tr. it.: *Sorvegliare e punire: nascita della prigione*. Torino: Einaudi 1975).
344. Foucault, M. (1976). *Histoire de la sexualité 3*. Paris: Gallimard. (Tr. it.: *Storia della sessualità*. Milano: Feltrinelli 1984).
345. Foucault, M. (1982). *L'herméneutique du sujet. Cours au Collège de France, 1981-1982*. Paris: Seuil/Gallimard, 2001.
346. Foucault, M. (1992). *Tecnologie del sé: un seminario con Michel Foucault*. Torino: Bollati Boringhieri.
347. Foucault, M. (2009). *La vita degli uomini infami*. Bologna: Il mulino.
348. Foucault, M. (2011). *L'uso dei piaceri*. Milano: Feltrinelli.

349. Frances, A., Firts, M. B., & Pincus, H. A. (1995). *Guida al DSM-IV. Il completamento fondamentale al manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Masson 1997.
350. Frankl, V. (2009). *Nos raisons de vivre. A l'école du sens de la vie*. Paris: InterEditions.
351. Franko, B. F., Miglietti, A., & Caronia, A. (1997). *Estensioni*, Milano: Costa & Nolan/Virus Mutations.
352. Fraser, N. (1983). Foucault's Body Language: A Posthumanist Political Rhetoric? *Salmagundi*, 61, pp. 55-70.
353. Frazer, J. G. (1915). *Il ramo d'oro: studio sulla magia e la religione*. Torino: Boringhieri 1973.
354. Freud, S. (1895). *Entwurf einer Psychologie* (tr. it. *Progetto di una psicologia*, in *Opere Vol. II, 1892-1899: Progetto di una psicologia e altri scritti*. Bollati Boringhieri: Torino 2013).
355. Freud, S. (1899) *Die Traumdeutung*. (tr. it. *L'interpretazione dei sogni*. In *Opere Vol. III, 1900-1905: L'interpretazione dei sogni*. Torino: Bollati Boringhieri 2013).
356. Freud, S. (1901). *Zur Psychopathologie des Alltagslebens. Über Vergessen, Versprechen, Vergreifen, Aberglaube und Irrtum*. (tr. it. *Psicopatologia della vita quotidiana: dimenticanze, lapsus, sbadataggini, superstizioni ed errori*. In *Opere Vol. IV, 1900-1905: Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti 1900-1905* Torino: Boringhieri 1965).
357. Freud, S. (1905) *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie* (tr. it. *Tre saggi sulla teoria sessuale*. In *Opere Vol. IV, 1900-1905: Tre saggi sulla teoria sessuale e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 2013).

358. Freud, S. (1912-13) *Totem und Tabu*. (tr. it. *Totem e tabù: alcune concordanze nella vita psichica dei selvaggi e dei nevrotici*, in *Opere Vol. VII, 1912-1914*. Torino: Bollati Boringhieri 2013).
359. Freud, S. (1915-17). *Metapsychologie*. (tr. it. *Metapsicologia* in *Opere Vol. VIII, 1915-1917: Introduzione alla psicanalisi e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1976).
360. Freud, S. (1915-17). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. (tr. it. *Introduzione alla psicanalisi*, in *Opere Vol. VIII, 1915-1917: Introduzione alla psicanalisi e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1976).
361. Freud, S. (1915). *Zeitgemäßes über Krieg und Tod* (tr. it. *Perché la guerra?: 1932; Considerazioni attuali sulla guerra e la morte: 1915* □; *Caducità: 1915*. Torino: Boringhieri 1975. Tr. fr. *Actuelles sur la guerre et la mort: et autres textes*. PUF: Paris 2012).
362. Freud, S. (1919). *Das Unheimliche*. (tr. it. *Il perturbante*, in *Opere Vol. IX, 1917-1923. L'Io e l'Es e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1977).
363. Freud, S. (1919). *Ein Kind wird geschlagen. Beitrag zur Kenntnis der Entstehung sexueller Perversionen* (tr. it. *Un bambino viene picchiato. Contributo alla conoscenza dell'origine delle perversioni sessuali*. In *Opere, Vol. IX, 1917-1923: L'Io e l'Es e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 2013).
364. Freud, S. (1920). *Jenseits des Lustprinzips* (tr. it. *Al di là del principio del piacere*, in *Opere vol. IX, 1917-1923: L'Io e l'Es e altri scritti*. Bollati Boringhieri: Torino 2013).
365. Freud, S. (1923). *Das Ich und das Es*. (tr. it. *L'Io e l'Es*, in *Opere Vol. IX, 1917-1923. L'Io e l'Es e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1977).

366. Freud, S. (1924). *Der Untergang des Oedipuscomplexes* (tr. it. *Il tramonto del complesso edipico*, in *Opere Vol. X, 1924-1929*. Torino: Bollati Boringhieri: Torino, 1990).
367. Freud, S. (1925). *Die Verneinung*. (tr. it. *La negazione*. In *Opere Vol. X, 1917-1923: Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1981).
368. Freud, S. (1927) *Die Zukunft einer Illusion*. (tr. it. *L'avvenire di un'illusione*, in *Opere Vol. X, 1917-1923: Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1981).
369. Freud, S. (1939). *Das Unbehagen in der Kultur*. (tr. it. *Il disagio della civiltà*. In *Opere Vol. X, 1924-1929: Inibizione, sintomo e angoscia e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1971; *Il disagio nella civiltà*. Torino: Einaudi 2010).
370. Freud, S. & Breuer, J. (1895). *Studien über Hysterie*. (tr. it.: *Studi sull'isteria*, in *Opere Vol. I. 1886-1895. Studi sull'isteria e altri scritti*. Torino: Bollati Boringhieri 1984).
371. Frigon, S. (2004). *Femmes et emprisonnement: le marquage du corps et l'automutilation*. Montreal: Les Presses de l'Université de Montréal Érudit.
372. Fromm, E. (1973). *The Anatomy of Human Destructiveness*. New York: Holt, Rinehart and Winston. (Tr. it.: *Anatomia della distruttività umana*. Milano: Mondadori 1975).
373. Fuchs, T. (2002). The Phenomenology of Shame, Guilt and the Body in Body Dysmorphic Disorder and Depression. *Journal of Phenomenological Psychology*, 33, 223-244.

374. Fulford, K. W. M. (2003). *Nature and narrative: an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford; New York: Oxford University Press.
375. Furtos J. (a cura di) (2008). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Masson: Paris 2008.
376. Gadamer H. G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina 1993.
377. Gadamer, H. G. (1983). *Verità e metodo*. Milano: Bompiani.
378. Gadamer, H. G. (1994). *Il movimento fenomenologico*. Roma; Bari: Laterza.
379. Gaddini, E. (1968). *Sull'imitazione* in *Scritti (1953-1985)*. Milano: Raffaello Cortina 1989.
380. Galimberti, U. (1975). *Heidegger-Jaspers e il tramonto dell'Occidente*. Torino: Marietti.
381. Galimberti, U. (1979). *Psichiatria e fenomenologia*. Milano: Feltrinelli. (Tr. fr. *Les raisons du corps*. Paris: Grasset: Mollat 1998).
382. Galimberti, U. (1983). *Il corpo: antropologia, psicoanalisi, fenomenologia*. Milano: Feltrinelli.
383. Galimberti, U. (1987). *Gli equivoci dell'anima*. Milano: Feltrinelli.
384. Galimberti, U. (1992). *Dizionario di psicologia*. Torino: UTET.
385. Gallagher, S., & Zahavi, D. (2012). *The phenomenological mind*. London; New York: Routledge.
386. Gallagher, S., Shear, J. (1999). *Models of the self*. Thorverton: Imprint Academic.

387. Gallese, V. (1998). Mirror neurons and the simulation theory of mind-reading. *Trends in Cognitive Sciences*, 2 (12), 493-501.
388. Gallese, V. (2003) The roots of empathy su psychopathology. *Psychopathology*, 36:171-180.
389. Gallese, V. (2007), Dai neuroni specchio alla consonanza intenzionale. Meccanismi neurofisiologici dell'intersoggettività. *Rivista di Psicoanalisi*, LIII, 197-208.
390. Gallese, V., Sinigaglia, C. (2010). The bodily self as power for action. *Neuropsychologia*, 48 (3), 746-755.
391. Galzigna, M. (1988). *La malattia morale: alle origini della psichiatria moderna*. Venezia: Marsilio.
392. Galzigna, M., Basso, E. (2008). *Foucault, oggi*. Milano: Feltrinelli.
393. Garelli, J. (1978). Le recel et la dispersion. *Sub Stance*, Vol. 8, No. 2/3, 23-24.
394. Garelli, J. (1982). *Artaud et la question du lieu: essai sur le théâtre et la poésie d'Artaud*. Paris: J. Corti.
395. Gautier, T., Marolle, E. (1845). *Le club des hachichins*. Paris: aux éditions du "Bossu."
396. Geberovich, F. (1996). *Un dolore irresistibile: tossicomania e pulsione di morte*. Milano: Angeli.
397. Gehlen, A. (1950). *Der Mensch; seine Natur und seine Stellung in der Welt*. Bonn: Athenäum-Verlag. (Tr. it.: *L'uomo. La sua natura e il suo posto nel mondo*. Milano: Mimesis 2010).

398. Gely, R. (2000). La question de l'événement dans la phénoménologie de Merleau-Ponty. *Laval Theologique et Philosophique*, 56, 353-366.
399. Genovese, R. (1976). L'impensato e il corpo: note su Foucault. *Aut-Aut*, 170-171 (1979), pp. 85-97.
400. Gens, J.-C. (2008). *La Krisis de Husserl approches contemporaines*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
401. Gentili, C. M. C., Ballerini A, & Agresti E. (1965). Psicopatologia del vissuto corporeo nella schizofrenia: studio clinico e fenomenologico dei deliri a tema somatico. *Rivista sperimentale di freniatria e medicina legale delle alienazioni mentali*, 89(5), 1077-1139.
402. Gergen, K. J. (1991). *El yo saturado: dilemas de identidad en el mundo contemporáneo*. Barcelona: Paidós.
403. Giancanelli, F. (a cura di) (1970). *Per un'antropologia fenomenologica. Saggi e conferenze psichiatriche*. Milano: Feltrinelli.
404. Gicquel, L., Corcos, M. (2011). *Les automutilations à l'adolescence les données du problème, la prévention, l'évaluation, la stratégie de soins*. Paris: Dunod.
405. Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern age*. Cambridge: Polity Press in ass. with Basil Blackwell.
406. Giddens, A. (1999). *Runaway World: How Globalization is Reshaping Our Lives*. London: Profile Books.
407. Gide, A. (1891). *Il trattato di Narciso*. Milano: Marietti 1989.
408. Ginsborg, P. (1998). *L'Italia del tempo presente: famiglia, società civile, Stato, 1980-1996*. Torino: Einaudi.

409. Gioanola, E. (2003). *Cesare Pavese: la realtà, l'altrove, il silenzio*. Milano: Jaca book.
410. Girard, R. (1972). *La violence et le sacré*. (tr. it. *La violenza e il sacro*. Milano: Adelphi 1980).
411. Girard, R. (1987). *Il capro espiatorio*. Milano: Adelphi.
412. Giunta, C. (2008). *L'assedio del presente: sulla rivoluzione culturale in corso*. Bologna: Il mulino.
413. Gladwell, M. (2005). *In un batter di ciglia: il potere segreto del pensiero intuitivo*. Milano: Mondadori.
414. Gladwell, M. (2009). *Fuoriclasse: storia naturale del successo*. Milano: Mondadori.
415. Gnassoungou, B. (2007). *Textes clés de la philosophie de l'action. Action, raison et délibération*. Paris: Vrin.
416. Godfroid, I. (1999). Le syndrome de Ferjol. *La psychiatrie de la femme*. Paris: PUF.
417. Goffman I. (1973). *La mise en scène de la quotidienneté*, T. II, *Les relations en publique*. Paris: Minuit.
418. Gombrich, E. H. J. (1995). *La storia dell'arte raccontata da Ernst H. Gombrich*. Milano: Leonardo.
419. Gould, R. A. (1969). *Yiwara; foragers of the Australian desert*. New York: Scribner.
420. Grabska, E. et al. (1984). *La souffrance au Moyen Age (France XIIIe-XVe s.)*. Actes du Colloque organisé par l'Institut d'Etudes Romanes et le Centre d'Etudes Francaises de l'Université de Varsovie (octobre 1984).

Warszawa: Editions de l'Université de Varsovie 1988 (Les cahiers de Varsovie 14).

421. Graff, H. Mallin, R. (1967). The syndrome of the wrist-cutter. *American Journal of Psychiatry*, 124, pp. 36-42.
422. Granger, B., Charbonneau, G. & Depraz, N. (2003). *Phénoménologie des sentiments corporels. Tome 2, Fatigue, lassitude, ennui*. Puteaux: Le Cercle Herméneutique 2003..
423. Grant, J. E., & Potenza, M. N. (2012). *The Oxford handbook of impulse control disorders*. Oxford; New York: Oxford University Press.
424. Green, A. (2010). *Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort?* Paris: Ithaque.
425. Grinker, R., R., Werble, B. & Drye, R., C. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books.
426. Grivois, H. (1991). *Naître à la folie*. Paris: Laboratoires Delagrangé.
427. Grivois, H., Alessandrini, M. (2002). *Nascere alla follia: un approccio agli esordi psicotici*. Roma: Edizioni scientifiche Magi.
428. Gros, C. (2009). *Ludwig Binswanger entre phénoménologie et expérience psychiatrique*. Chatou: Éd. de la Transparence.
429. Grossman E. (2004). *La Défiguration*. Paris: Artaud, Beckett, Michaux, Minuit.
430. Guidano, V., F. (2010). *Le dimensioni del sé. Una lezione sugli ultimi sviluppi del modello post-razionalista*. Roma: Alpes.
431. Hacking, I. (2008). The Suicide Weapon. *Critical Inquiry*, 35 (1), 1 32.

432. Haim, A. (1969). *Les suicides d'adolescents*. Paris: Payot.
433. Hamza C., A., Willoughby, M., & Willoughby, T. (2013). Nonsuicidal Self-Injury and Suicidal Behavior: A Latent Class Analysis among Young Adults, March 27, *PLoS ONE*, 8(3): e59955. doi: 10.1371/journal.pone.0059955.
434. Handke, P., Bianchi, B. (1982). *Prima del calcio di rigore: romanzo*. Milano: Feltrinelli.
435. Harlow Harry F. (1958). The nature of love. *American Psychologist*, 13, p.673-685.
436. Hawley, K. (2001). *How things persist*. Oxford; New York: Clarendon Press; Oxford University Press.
437. Heidegger, (1987). *Zollikoner Seminare: Protokolle, Gespräche, Briefe*. Frankfurt am Main: V. Klostermann. (Tr. it: *Seminari di Zollikon: protocolli seminariali, colloqui, lettere*. Napoli: Guida 1991).
438. Heidegger, M. (1924). *Il concetto di tempo*. Milano: Adelphi 1998.
439. Heidegger, M. (1927). *Sein und Zeit*. Halle: M. Niemeyer. (Tr. it.: *Essere e tempo*; *L'essenza del fondamento* Torino: UTET 1978).
440. Henry, M. (1963). *L'essence de la manifestation*. Paris: PUF.
441. Henry, M. (1965). *Philosophie et phénoménologie du corps; essai sur l'ontologie biranienne*. Paris: PUF.
442. Henry, M. (1985). *Généalogie de la psychanalyse: le commencement perdu*. Paris: PUF.
443. Henry, M. (1990). *Phénoménologie matérielle*. Paris: PUF.

444. Henry, M. (2000). *Incarnation: une philosophie de la chair*. Paris: Seuil.
(Tr. it: *Incarnazione: una filosofia della carne*. Torino: SEI 2001).
445. Herder, J. G. (1772). *Saggio sull'origine del linguaggio*. Parma: Pratiche
1995.
446. Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery: The Aftermath of Violence.
From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.
447. Herpertz S. (1995). Self-injurious Behavior: Psychopathological and
Nosological Characteristics in Subtypes of Self-injurers. *Acta Psychiatrica
Scandinavica*, 91, pp.57-68.
448. Heuze, S. (1990). *Changer le corps?* Paris: Editions La Musardine.
449. Hewitt, K. (1997). *Mutilating the body: identity in blood and ink*. Bowling
Green: Bowling Green State University Popular Press.
450. Hillman, J. (1972). *Il suicidio e l'anima*. Roma: Astrolabio.
451. Hoek, W., Hoeken, van D. (2003). Review of the prevalence and
incidence of eating disorders. *Issue International Journal of Eating
Disorders, International Journal of Eating Disorders*, Volume 34, Issue 4,
383-396.
452. Hollander, E., Stein, D. J. (1995). *Impulsivity and aggression*. Chichester;
New York: Wiley.
453. Hollis, C. (2003). Developmental precursors of child- and adolescent-
onset schizophrenia and affective psychoses: Diagnostic specificity and
continuity with symptom dimensions. *British Journal of Psychiatry*, 182,
37-44.

454. Horn, D. (2001). L'œil expérimenté: l'expertise médicale et le corps criminel au XIXe siècle. In Artières, Ph., Da Silva, E. (éd.), *Michel Foucault et la médecine. Lectures et usages*. Paris: Kimé, pp. 249-269.
455. Huber, G. (1957). Die coenaesthetische Schizophrenie, *Forstschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 25, 491-520. In Stanghellini, G., *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Napoli: Idelson-Liviana.
456. Husserl, E. (1912-1915). *Ideen zu einer reinen Phaenomenologie und phaenomenologische Philosophie. II. Phaenomenologische Untersuchungen zur Konstitution*. In *Husserliana IV*, Den Haag. (Tr. it.: *Idee per una fenomenologia pura e per una filosofia fenomenologica*. Torino: Einaudi 1965).
457. Husserl, E. (1961). *La crisi delle scienze europee e la fenomenologia trascendentale: introduzione alla filosofia fenomenologica*. Milano: Il Saggiatore.
458. Husserl, E. (1989). *Meditazioni cartesiane; con l'aggiunta dei Discorsi parigini*. Milano: Bompiani.
459. Husserl, E. (1992). *L'idea della fenomenologia*. Roma; Bari: Laterza.
460. Husserl, E. (1993). *Lezioni sulla sintesi passiva*. Milano: Guerini.
461. Ianes, D. (1992). *Autolesionismo stereotipie aggressività: intervento educativo nell'autismo e ritardo mentale grave*. Trento: Centro Studi Erickson.
462. James, W. (1884). What is an emotion? *Mind*, (9), 188-205.
463. Jankélévitch, V. (1966). *La mort*. Paris: Flammarion 1993. (Tr. it.: *La morte*. Torino: Einaudi 2009).

464. Jaspers, K. (1913). *Allgemeine psychopathologie, ein leitfaden für studierende, ärzte und psychologen*,. Berlin: J. Springer. (Tr. it.: *Psicopatologia generale*. Roma: Il pensiero scientifico [1965] 2000).
465. Jaspers, K. (1919). *Psychologie der Weltanschauungen*. Berlin: Springer. (Tr. it.: *Psicologia delle visioni del mondo*. Roma: Astrolabio 1950.
466. Jaspers, K. (1946). *La mia filosofia*. Torino: Einaudi.
467. Jaspers, K. (1950). *Einführung in die Philosophie*.
468. Jaspers, K. (1951). *Way to wisdom, an introduction to philosophy*; New Haven: Yale University Press.
469. Jaspers, K. (1970). *Sulla verità*. Brescia: Editrice La Scuola.
470. Jaspers, K. (1978). *Filosofia*. Torino: UTET.
471. Jaspers, K. (1982). *Psicopatologia generale*. Roma: Il Pensiero scientifico.
472. Jaspers, K. (1984). *Piccola scuola del pensiero filosofico*. Milano: Edizioni di Comunità.
473. Jaspers, K. (1991). *Il medico nell'età della tecnica*. Milano: Cortina.
474. Jaspers, K. (1995). *La filosofia dell'esistenza*. Roma; Bari: Laterza.
475. Jaspers, K. (2001). *Genio e follia: Strindberg e Van Gogh*. Milano: Cortina.
476. Jeammet, P. (1990). *Addiction, Dépendence, Adolescence*, in Venisse, J-L. *Les Nouvelles addictions*. Paris: Masson 1990.
477. Jeammet, P. (1992). *Psicopatologia dell'adolescenza*. Roma: Borla

478. Jeammet, P. (2001). Innovations en cliniques et psychopathologie de l'adolescence. *Annales médico-psychopathologique*, Vol. 159, Issue 10, dec 2001, p. 672-678.
479. Jeammet, P., Bochereau, D., & Union nationale des amis et familles de malades psychiques (2007). *La souffrance des adolescents: quand les troubles s'aggravent: signaux d'alerte et prise en charge*. Paris: Découverte.
480. Jean, F., Darcourt, G. (2008). *Les cliniques de la précarité contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
481. Jeanet, P. (1903). *Les obsessions et la psychoasthénie*. Paris: Alcan.
482. Jelinek, E. (1983). *The piano teacher* (tr. it. *La pianista*. Milano: SE 2002).
483. Johnson E. H. (1973). Felon Self-mutilation correlate of stress in prison, In Danto B. (ed.), *Jail house blues. Studies of Suicidal Behaviour in Jail and Prison*. MI: Epic Orchard Lake, pp. 237-271.
484. Jonas, H. (1963). *The gnostic religion; the message of the alien God and the beginnings of Christianity*. Boston: Beacon Press. (Tr. it.: *Lo gnosticismo*. Torino: SEI 1973).
485. Jonckheere, P. (2009a). *Psychiatrie phénoménologique. Tome 1*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
486. Jonckheere, P. (2009b). *Psychiatrie phénoménologique. Tome 2*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
487. Jones, C., Porter, R. (1994). *Reassessing Foucault power, medicine and the body*. London; New York: Routledge.
488. Jouve, J., J. (1925). *Polina 1880*. Paris: Folio 1959.

489. Jouve, P. J. (1925). *Paulina 1880*. Paris: Mercure de France 1959.
490. Jover F., Pringuey, P. (2007). Temps de l'urgence, temps de la crise: pression et précipitation dans la schizophrénie: Suicide et défenestration. Texte du colloque à la Société de phénoménologie clinique et de Daseinsanalyse de Nice , 11.05.2007.
491. Jover, F. (2001). Esquisse d'une topographie hallucinatoire, in *Introduction à la phénoménologie des hallucinations*, Argenteuil: Le Cercle Herméneutique.
492. Jover, F. (2010). La dépression, retour au corps vécu en souffrance. Congrès Français de Psychiatrie, 17.11.2010. Lyon.
493. Kafka J., S. (1969). The body as transitional object: a psychoanalytic study of a self-mutilating patient. *The British Journal of Medical Psychology*, 42 (3), 207-12.
494. Kafka, F. (1904-1924). *Tutti i racconti*. Milano: Mondadori 1980.
495. Kafka, F. (1919). *La colonie pénitentiaire*. Paris: Gallimard, 1948.
496. Kahn, C.H. (1992). Aristotle on thinking. In Nussbaum M.C., Rorty A.O. (a cura di), *Essays on Aristotle's De Anima*. Oxford: Clarendon Press, pp. 343- 379.
497. Kant, I. (1790). *Die Metaphysik der Sitten*. Königsberg: Friedrich Nicolovius (Tr. it.: *La metafisica dei costumi*. Bari: Laterza 1970).
498. Katherine J. Morris. (2003). The phenomenology of body dysmorphic disorder: a Sartrean analysis. In Fulford, K., W., M. et al. (2003). *Nature and narrative : an introduction to the new philosophy of psychiatry*. Oxford; New York: Oxford University Press.

499. Keat, R. (1990). The human body in social theory: Reich, Foucault and the repressive hypothesis. In Sayers, S., Osborne, P. *Socialism, Feminism and Philosophy: A Radical Philosophy Reader*. London; New York: Routledge 1990.
500. Kierkegaard, S. (1849). *Traité du désespoir ou La Maladie mortelle, exposé de psychologie chrétienne pour l'édification et le réveil*. Paris: Gallimard 1988.
501. Kierkegaard, S. (1972). *Il concetto dell'angoscia; La malattia mortale*. Firenze: Sansoni.
502. Kimura, B. (1992). *Ecrits de psychopathologie phénoménologique*. Paris: PUF.
503. Klages, L. (1958). *Die psychologischen Errungenschaften Nietzsches*. Bonn: Bouvier, (Tr. it.: *Nietzsche. Le sue conquiste psicologiche*. Milano: Mimesis 2006).
504. Klein M., Le influenze reciproche dello sviluppo dell'Io e dell'Es. In *Saggi sulla psicologia dell'Io*. Torino: Bollati Boringhieri 1976.
505. Klein, M. (1969). *Amore odio e riparazione*. Roma: Astrolabio.
506. Kleist, H. (1986). *La marchesa von O e altri racconti*. Sesto San Giovanni: Peruzzo.
507. Kleist, H. (2005). *Il teatro delle marionette*. Genova: Il melangolo.
508. Klibanskj, R., Panowsky, E. & Sakxl, F. (1964). *Saturn and Melancholy. Studies in the History of NaturalPhilosophy Religion and Art Saturno e la malinconia*. Torino: Einaudi 1983.
509. Kohl, F. S. (2005). *La force d'être et le tourbillon schizophrénique: représentation étiologique, métaphore et constitution de soi*. Argenteuil: Le

Cercle herméneutique-Société d'anthropologie phénoménologique et d'herméneutique générale.

510. Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. (Tr. it.: *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1976).
511. Kohut, H. (1971). *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. (Tr. it. *Narcisismo e analisi del Sé*. Torino: Bollati Boringhieri 1976).
512. Kojève, A. (1996). *Introduzione alla lettura di Hegel: lezioni sulla Fenomenologia dello spirito tenute dal 1933 al 1939 all'École pratique des Hautes Etudes raccolte e pubblicate da Raymond Queneau*. Milano: Adelphi.
513. Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Berlin: Springer 1951.
514. Kuhn, R. (1999). *Phénoménologie du masque à travers le test de Rorschach*. Paris: Desclée de Brouwer.
515. Kuhn, R. (2007). *Ecrits sur l'analyse existentielle. Textes réunis et présentés par Jean-Claude Marceau*. Paris: L'Harmattan.
516. Lacan, J. (2008). *Libro 7: l'etica della psicanalisi 1959-1960*. Torino: Einaudi.
517. Lacassagne, A. (1881a). *Recherches sur les tatouages et principalement su taouage chez les criminels. Annales d'hygiène publique, industrielle et sociale*, série 3, t.5, n.4, pp.288-304.
518. Lacassagne, A. (1881b). *Les tatouages, étude anthropologique et médico-légale*. Paris: Baillière.

519. Laing, D., Perna, V. (1991). *Il punk: storia di una sottocultura rock*. Torino: EDT.
520. Laing, R. D. (1969). *L'io diviso: studio di psichiatria esistenziale*. Torino: Einaudi.
521. Lajolo, D. (1967). *Il vizio assurdo*. Milano: Il Saggiatore.
522. Lakoff, G., Johnson M. (1980). *Metaphors we live by*. Chicago: The university of Chicago Press.
523. Lakoff, G., Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh: the embodied mind and its challenge to Western thought*. New York: Basic Books.
524. Lamas, C. Shankland R., Nicolas I. & Guelfi J. D. (2012). *Les troubles du comportements alimentaire*. Issy Les Moulineaux: Elsevier Masson.
525. Lambert S. Dupuis G, et al. (2004). Automutilations à répétition du sujet jeune: parler un même langage. *Synapse* (209): 25-8.
526. Lambert, S., Dupuis, G. (2003). *Automutilations à répétition du sujet jeune et addiction quels liens*. Nantes: Université de Nantes.
527. Landsberg, P.-L., & Klossowski, P. (1951). *Essai sur l'expérience de la mort*. Paris: Éditions du Seuil.
528. Laplanche, J., Pontalis, J-B. (1963). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris: Presse univ. de France. (Tr. it.: *Enciclopedia della psicoanalisi*. Roma-Bari: Laterza 2006).
529. Laqueur, T. (1990). *L'identità sessuale dai greci a Freud*. Roma; Bari: Laterza.
530. Lascault, G. (2003). *Michel Thevoz: l'esthétique du suicide*. Paris: Les éditions de minuit, Paradoxe.

531. Lash, S. (1984). Genealogy and the Body: Foucault/Deleuze/Nietzsche. *Theory, Culture & Society Theory, Culture & Society*, 2 (2), 1-17.
532. Laufer, M., Laufer E. (1984). *Adolescenza e breakdown evolutivo*. Torino: Bollati Boringhieri, 1986.
533. Lavelle, L. (1940). *Le Mal et la souffrance*. Paris: Plon.
534. Lavelle, L. (1947). *De l'être*. Paris: Aubier.
535. Lavelle, L. (1970). *L'errore di Narciso*. Padova: Liviana.
536. Lavigne, J.-F. (2009). Sofferenza e identità personale. Riflessioni fenomenologiche alla luce della fenomenologia della vita di Michel Henry. *Dialeghetai. Rivista telematica di filosofia*, anno 11.
537. Le Blanc, J. (2004). *L'archéologie du savoir de Michel Foucault pour penser le corps sexué autrement*. Paris: Harmattan.
538. Le Breton, D. (1990). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
539. Le Breton, D. (1991). *Passions du risque*, Paris: Métailié.
540. Le Breton, D. (1993). *La chair à vif: usages médicaux et mondains du corps humain*. Paris: Editions A.M. Métailié: Diffusion Seuil.
541. Le Breton, D. (1999). *L'adieu au corps*. Paris: Métailié.
542. Le Breton, D. (2001). Le bricolage identitaire de soi. *Cultures en mouvement*, n.38, 2001.
543. Le Breton, D. (2002). *Conduites à risques. Des jeux de mort au jeu de vivre*. Paris: PUF.
544. Le Breton, D. (2002). *Signes d'identité: tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Paris: Métailié.

545. Le Breton, D. (2003). *La peau et la trace: sur les blessures de soi*. Paris: Éditions Métailié. (Tr. it.: *La pelle e la traccia: le ferite del sé*. Roma: Meltemi 2005).
546. Le Breton, D. (2006). *Anthropologie de la douleur*. Paris: Éditions Métailié.
547. Le Breton, D. (2010). *Expériences de la douleur*. Paris: Ed. Métailié.
548. Le Doux, J. (1996). *The emotional brain. The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*. New York: Simon & Schuster.
549. Le Goff, J. (2003). *Il corpo nel Medioevo*. Roma; Bari: Laterza 2007.
550. Le Poulichet, S. (2003). *Psychanalyse de l'informe: dépersonnalisations, addictions, traumatismes*. Paris: Aubier.
551. Le Poulichet, S. (2010). *Les chimères du corps de la somatisation à la création*. Paris: Aubier.
552. Leconte, P., Association Le cercle herméneutique. (2011). *Proximité: lectures du phénomène-éthique*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
553. LeDoux, J. E. (2002). *Il sé sinaptico: come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Milano: Cortina.
554. LeDoux, J. E., & Coyaud, S. (1998). *Il cervello emotivo: alle radici delle emozioni*. Milano: Baldini & Castoldi.
555. Lefteris Petropoulos; Mareike Wolf; Université Paris Diderot - Paris 7. Thèse de doctorat : Recherches en psychanalyse et psychopathologie: Paris 7 : 2010.
556. Leoni, F. (1999). *La vita e lo scheletro. Comprendre*, 9.

557. Leoni, F. (2001). Epistemologia della psicologia e fenomenologia della sensazione in Erwin W. Straus. *Compendre*, 11.
558. Leoni, F. (2005-2006). Corps propre et corps impropre. Schizophrénie et phénoménologie du corps. Paris: *Le Cercle Herméneutique*, n. 5-6.
559. Leoni, F. (2005). *Senso e crisi: del corpo, del mondo, del ritmo*. Pisa: ETS 2006.
560. Leoni, F. (2008). *Habeas corpus: sei genealogie del corpo occidentale*. Milano: Mondadori.
561. Leoni, F. (2010-12). Il corpo, la carne, la follia. Sui rapporti tra fenomenologia e psicopatologia fenomenologica. *Compendre*, 21, 2010-2012.
562. Leopardi, G. (1835). *Operette morali*. Milano: Mondadori 1997.
563. Leopardi, G. (1898-1900). *Zibaldone*. Milano: Mondadori 1997.
564. Lériche, R. (1949). *La chirurgie de la douleur*. Paris: Masson.
565. Lévi-Strauss, C. (1955). *Tristes tropiques*. Paris: Pocket 1974.
566. Lévi-Strauss, C. (1966). *Il crudo e il cotto*. Milano: Il Saggiatore.
567. Lévi-Strauss, C. (1974). *Anthropologie structurale*. Paris: Pocket.
568. Levi, D., Mille, C. (1991) . *A propos de l'histoire d'un enfant psychotique: approche clinique, psychopathologique et thérapeutique de d'auto-mutilation infantile*. Amiens: Médecine.
569. Lévinas, E. (1947). *De l'existence à l'existant*. Paris: Fontaine.
570. Lévinas, E. (1961). *Totalité et Infini*. (tr. it. *Totalità e infinito: saggio sull'esteriorità*. Milano: Jaca Book 1990).

571. Lévinas, E. (1982). *En découvrant l'existence avec Husserl et Heidegger*. Paris: Vrin.
572. Lévinas, E. (1983). *Le Temps et l'Autre*. Paris: PUF.
573. Lévinas, E. (1991). *Entre nous: essais sur le penser-à-l'autre*. Paris: Bernard Grasset.
574. Lévinas, E., Abensour, M., & Agamben, G. (1996). *Alcune riflessioni sulla filosofia dell'hitlerismo*. Macerata: Quodlibet.
575. Lingiardi, V. (2004). *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Milano: Il Saggiatore.
576. Liotard, P. (1998). Bob Flanagan, ça fait du bien là où ca fait mal. *Quasimodo*, n.5, 1998.
577. Liotard, P. (2001). Performances corporelles: chairs triturées et corps exposées. *Cultures en mouvement*, n. 39, 2001.
578. Lipovetsky, G. (2006). *Le Bonheur paradoxal. Essai sur la société d'hyperconsommation*. Paris: Gallimard, 2006
579. Lipovetsky, G. (1998). *La era del vacío: ensayos sobre el individualismo contemporáneo*. Barcelona: Anagrama.
580. Locke, J. (1690). *An Essay Concerning Human Understanding*. (Tr. it.: *Saggio sull'intelletto umano*. Milano: Bompiani 2007).
581. Lombroso, C. (1895). *L'homme criminel: criminel-né, fou moral, épileptique, criminel fou, criminel d'occasion, criminel par passion*: étude anthropologique et psychiatrique. Paris: F. Alcan.

582. Lorenz, K. (1963). *On Aggression*. New York: Harcourt, Brace & World
(tr. it. *Il cosiddetto male: per una storia naturale dell'aggressività*. Milano:
Garzanti 1974; *L'aggressività*. Milano: Il Saggiatore 2008).
583. Lorenzi, P. (2009). *Il corpo vissuto: psicopatologia e clinica*. Firenze:
SEID.
584. Lorenzi, P., Pazzagli, A. (2006). *Le psicosi bianche*. Milano: F. Angeli.
585. Lowen, A. (2011). *Il linguaggio del corpo*. Milano: Feltrinelli.
586. Luhrman, T. (2000). *Of Two Minds. An Anthropologist Looks at American
Psychiatry*. New York: Alfred A. Knopf.
587. Macrì, T. (1996). *Il corpo postorganico: sconfinamenti della performance*.
Genova: Costa & Nolan.
588. Màdera, R. (1999). *L'animale visionario*. Milano: Il saggiatore.
589. Maldiney, H. (1991). *Penser l'homme et la folie: à la lumière de l'analyse
existentielle et de l'analyse du destin*. (tr. it. *Pensare l'uomo e la follia: alla luce
dell'analisi esistenziale e dell'analisi del destino*. Torino: Einaudi 2007).
590. Maldiney, H., & Leoni, F. (2004). *Della transpassibilità*. Milano:
Mimesis.
591. Malinowski, B. (1969). *Sesso e repressione sessuale tra i selvaggi*. Torino:
Boringhieri.
592. Malon DW, B. D. (1987). Hypnosis with self-cutters. *American Journal
of Psychotherapy*, 41 (4), 531-41.
593. Maltzberger, J., T. et al (2010). Suicide Fantasy as a Life-Sustaining
Recourse. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 38, pp. 611-23.

594. Manca, M., Cerruti, R. & Presaghi, F. (2010). *Correlati psicopatologici delle condotte autolesive in adolescenza*. Roma: Armando.
595. Mancina, M. (2005). *Wittgenstein & Freud*. Torino: Bollati Boringhieri.
596. Manfredi, S. T. (1979). *La linea d'ombra delle psicoterapie*. Firenze: Del Riccio.
597. Manganaro, P. (2010). Phenomenology and neuroscience. Living Experience, Empathy and Embodied simulation. *Comprendre*, 20, 2010-1, 153-165.
598. Marchese, G. (1996), La metamorfosi dell'adolescenza: "il corpo disincarnato", in S. Rodighiero, G. Liguori (a cura di), *Tra Scilla e Cariddi. Approdi e percorsi dell'adolescenza*. Castrovillari: Teda, pp. 184-91.
599. Marchetti, V. (2002). La chair et les corps. *Leçons de Foucault*, n. spécial Critique, 53, 660, pp. 354-367.
600. Marchetti, V. (2002). La chair et les corps. *Leçons de Foucault*, n. spécial Critique, 53, 660, pp. 354-367.
601. Marcuse, H. (1977). *Eros e civiltà*. Torino: Einaudi.
602. Marenko, B. (1997). *Ibridazioni: corpi in transito e alchimie della nuova carne*. Roma: Castelvecchi.
603. Marenko, B. (2002). *Segni indelebili. Materia e desiderio del corpo tatuato*. Milano: Feltrinelli.
604. Marhaba, S. (1976). *Antinomie epistemologiche nella psicologia contemporanea*. Firenze: Giunti-Barbèra.
605. Marin, C., Zaccai-Reyners, N. (2013). *La souffrance n'est pas la douleur. Souffrance et douleur: autour de Paul Ricoeur*. Paris: PUF.

606. Marini, L. (2007). *Nella bolla: come si vive con l'autismo*. Trento: Centro studi Erickson.
607. Martinotti, G. (2009). *Fenomenologia della corporeità. Dalla psicopatologia alla clinica*. Roma: EUR.
608. Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique, desorganisations et regressions*. Paris: Payot.
609. Marzano, M. (2011). *Volevo essere una farfalla: come l'anoressia mi ha insegnato a vivere*. Milano: Mondadori.
610. Masullo, A. (1997). "Io": il fantasma dell'identità, in AA. VV. *L'io mancante*. Firenze: Loggia de' Lanzi, 61-83.
611. Masullo, A. (2003). *Patitività e indifferenza*. Genova: Il melangolo.
612. Matson, J. L., Andrasik, F., & Matson, M. L. (2009a). *Assessing childhood psychopathology and developmental disabilities*. New York: Springer.
613. Matson, J. L., Andrasik, F., & Matson, M. L. (2009b). *Treating childhood psychopathology and developmental disabilities*. New York: Springer.
614. Matzneff, G. (1984). *La diététique de Lord Byron*. Paris: Table ronde.
615. Mauss, M. (1936). Les techniques du corps. *Sociologie et Anthropologie*. Paris: PUF 1968.
616. Mauss, M. (1950). Essai sur le don. *Sociologie et anthropologie*, Paris: PUF, 1950.
617. Mauss, M. (1965). *Teoria generale della magia e altri saggi*. Torino: Einaudi.

618. Mazaleigue, J. (2012). Le corps sexuel, entre discipline et biopouvoir. Une lecture critique du «dispositif de sexualité», in Kiefer, A., Risse, D., *La biopolitique outre-atlantique après Foucault*. Paris: L'Harmattan.
619. McElroy et al. (2000). Habit and impulse control disorders. In Gelder M.G., Lopéz-Ibor, J.J., Andreasen N.C. (a cura di), *New Oxford Textbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
620. McGuire, M. T., Troisi, A. (2003). *Psichiatria darwiniana*. Roma: Giovanni Fioriti.
621. McLane J. (1996), The voice on the skin: Self-mutilation and Merleau-Ponty's theory of language. *Hypatian*, 11 (4): 107-121.
622. McWhorter, L. (1989). Culture or Nature? The Function of Term «Body» in the Work of Michel Foucault. *Journal of Philosophy*, 86, pp. 608-614.
623. Meares, R. (2005). *Intimità e alienazione: il sé e le memorie traumatiche in psicoterapia*. Milano: Cortina.
624. Meitinger, S. (2002). *Henri Maldiney, une phénoménologie à l'impossible*. Paris: Le Cercle herméneutique.
625. Melville, H. (1851). *Moby Dick*. Paris: Gallimard 1941.
626. Melville, H. (1853). *Bartleby lo scrivano*. Milano: Feltrinelli 1991.
627. Memmi, D., Guillo, D., & Martin, O. (2009). *La tentation du corps: corporéité et sciences sociales*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales.
628. Menninger, K. A. (1935). A psycho-analytic study of the significance of self-mutilations. *Psychoanalytic Quarterly*, 4: 408-466.

629. Menninger, K. A. (1938). *Man against himself*. New York: Harcourt, Brace.
630. Mercury, M. (2000). *Pagan fleshworks: the alchemy of body modification*. New York: Park Street Press.
631. Merker, N. (2002). *Atlante storico della filosofia*. Roma: Editori Riuniti.
632. Merleau-Ponty, M. (1945). *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard 1979 (tr. it. *Fenomenologia della percezione*. Milano: Bompiani 2003).
633. Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible; suivi de notes de travail*. Paris: Gallimard. (Tr. it.: *Il visibile e l'invisibile*. Milano: Bompiani [1969] 2007).
634. Merleau-Ponty, M. (1967). *Segni*. Milano: Il saggiatore.
635. Merleau-Ponty, M. (1973), The indirect language, in *The prose of the works*. Evanston: Northwestern University Press.
636. Merleau-Ponty, M. (1989). *L'occhio e lo spirito*. Milano: SE.
637. Merleau-Ponty, M. (1998). Le Primat de la perception et ses conséquences philosophiques (1933-34-46). Lagrasse: Verdier 2014.
638. Merleau-Ponty, M. (2004). *Il primato della percezione e le sue conseguenze filosofiche (1946); seguito da, La natura della percezione (1934)*. Milano: Medusa.
639. Metzinger, T. (2000). *Neural correlates of consciousness: empirical and conceptual questions*. Cambridge: MIT Press.
640. Miccoli, P. (2003). *Corpo dicibile: l'uomo tra esperienza e significato*. Città del Vaticano: Urbaniana University Press.

641. Mijolla-Mellor, S. de. (2011). *La mort donnée essai de psychanalyse sur le meurtre et la guerre*. Paris: PUF.
642. Milech, T. (2002). Du corps souffrant au sujet parlant. Approche phénoménologique et thérapeutique d'une personne souffrant d'algies idiopathique. Texte de conférence. ENS, 16.06.2002.
643. Milgram, S., & Zampieri, A. (2003). *Obbedienza all'autorità: uno sguardo sperimentale*. Torino: Einaudi.
644. Miller, A. (1989). *Il bambino inascoltato: realtà infantile e dogma psicoanalitico*. Torino: Bollati Boringhieri.
645. Miller, A. (2005). *La rivolta del corpo: i danni di un'educazione violenta*. Milano: Cortina.
646. Miller, D. (1997). *Donne che si fanno male*. Milano: Feltrinelli.
647. Miller, F. Baskin, E. (1974). Depersonalization and self-mutilation. *The Psychoanalytic Quarterly*, 43 (4), 638-49.
648. Minkowski, E. (1927). *La schizofrenie; psychopathologie des schizoïdes et des schizofrènes*. Paris: Payot. (tr. it. *La schizofrenia: psicopatologia degli schizoidi e degli schizofrenici*. Torino: Einaudi 1998).
649. Minkowski, E. (1968). *Il tempo vissuto*. Milano: Rizzoli 2011.
650. Minkowski, Eugène, Pélicier, Yves, Minkowski, Alexandre, Pilliard-Minkowska, Jeannine. (2005). *Le temps vécu études phénoménologiques et psychopathologiques*. Paris: PUF.
651. Minsky, M. (1988). *Society of Mind*. New York: Simon & Schuster.
652. Mishima, Y. (2003). *Confessioni di una maschera*. Roma: L'Espresso.

653. Money, J. Jobaris, R. & Furth G. (1977). Apotemnophiia. *Journal of Sex Research*. 13: 115-125.
654. Montaigne, M. (1580). *Les Essais*. Paris: Garnier-Flammarion, 1969.
655. Montanari, M. (2013). *L'identità italiana in cucina*. Roma; Bari: Laterza.
656. Monti, M. Princigalli, V. (2009). Psicopatologia borderline: il posto della vergogna. *Psichiatria di comunità*, 8 (3), 129 141.
657. Monti, M. R. (2000). Disforia e condotte suicidarie nel borderline. *Psichiatria e psicoterapia analitica*, 19, 156 162.
658. Moravia, A. (1978). *La vita interiore*. Milano: Bompiani.
659. Moretti, F. (1994). *Opere mondo: saggio sulla forma epica dal Faust a Cent'anni di solitudine*. Torino: Einaudi.
660. Morris, C. (2003). The phenomenology of body dysmorphic disorder: a Sartrean analysis. In AA.VV. *Nature and Narrative. An Introduction to the New Philosophy of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press.
661. Morris, D. (1967). *The naked ape; a zoologist's study of the human animal*. New York: McGraw-Hill; (tr. it. *La scimmia nuda: studio zoologico sull'animale uomo*. Milano: Bompiani 2000).
662. Morris, D. (1969). *The Human Zoo*. New York: McGraw-Hill.
663. Morselli, E. (1891). Sulla dismorfofobia e sulla tafofobia. *Bollettino della Regia Accademia di Genova*, 6, 110-119.
664. Morselli, G. (2004). *Il suicidio*. Pistoia: Via del Vento.
665. Musalek, M. (2008). Zur Leiblichkeit des Menschen. *Editorial Spectrum Psychiatrie* 3, 3.

666. Musalek, M. (2009). Dépression et douleur, dépersonnalisation et re-personnalisation. *Comprendre*, 19, 185-194.
667. Musil, R. (1998). *L'uomo senza qualità*. Milano: Mondadori.
668. Nancy, C. Andreasen, DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophr Bull.* Jan 2007; 33 (1): 108 112.
669. Nancy, J-L. (1992). *Corpus*. Paris: Métailié.
670. Nancy, J-L. (2000). *L'intrus*. Paris: Galilée. (Tr. it.: *L'intruso*. Napoli: Cronopio 2000).
671. Nancy, J-L., (2010). *Le corps, théâtre originaire*, texte présenté au Rencontres Philo, Paris.
672. Nasar, S. (1999). *Il genio dei numeri: storia di John Nash, matematico e folle*. Milano: Rizzoli.
673. Nassikas, K., Maison des adolescents du Rhône. (2009). *Le corps dans le langage des adolescents*. Ramonville-Saint-Agne: Érès éd.
674. National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), N. I. for H. and C. E. (Great B., British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. (2012). *Self-harm: longer-term management*. Leicester; London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists.
675. National Collaborating Centre for Mental Health, N. I. for C. E. (Great B., British Psychological Society, & Royal College of Psychiatrists. (2004). *Self-harm the short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care*. Leicester; London: British Psychological Society; Royal College of Psychiatrists.

676. Natoli, S. (1993). *L'esperienza del dolore: le forme del patire nella cultura occidentale*. Milano: Feltrinelli.
677. Naudin, J. (2012). De la salive, Texte de conférence, Ecole française de psychanalyse, 16.06.2012. Document de travail, gentilmente concesso dall'autore.
678. Nelson, S. H., Grunenbaum H (1971). A follow up study of writs slashers. *Am J Psychiatry*, 127: 1345-49.
679. Nicasi, S., Canestri, J., & Hautmann, G. (2009). *Difesa e psicosi: studio su Freud*. Roma: Fioriti.
680. Nietzsche (1874). *Sull'utilità e il danno della storia per la vita*. In *Opere*, Milano: Adelphi 1972.
681. Nietzsche F. (1888), *Ecce homo. Opere*, Adelphi, Milano 1973.
682. Nietzsche, F. (1895). *L'anticristo: maledizione del cristianesimo*. In *Opere*, Milano: Adelphi 1977.
683. Nietzsche, F. W. (1872). *La nascita della tragedia*. In *Opere*, Milano: Adelphi 1992.
684. Nietzsche, F. W. (1882). *La gaia scienza e Idilli di Messina* In *Opere*, Milano: Adelphi 1992.
685. Nietzsche, F. W. (1883-1885). *Così parlò Zarathustra: un libro per tutti e per nessuno*. In *Opere* Milano: Adelphi 1976.
686. Nietzsche, F. W. (1887). *Genealogia della morale: uno scritto polemico*. In *Opere*, Milano: Adelphi 1984.
687. Nietzsche, F. W. (1889). *Crepuscolo degli idoli, ovvero: Come si filosofa col martello*. In *Opere*, Milano: Adelphi 1983.

688. Nissila, K., Larivaraa, P. et al. (1993), The image of immortality in self-destructive persons. *Psychiatria Fennica*, 24: 125- 133.
689. Nock, M. K. (2009a). *Understanding nonsuicidal self injury: origins, assessment, and treatment*. Washington DC: American Psychological Association.
690. Nock, M. K. (2009b). Why Do People Hurt Themselves? New Insights Into the Nature and Functions of Self-Injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18 (2), 78 83.
691. Nussbaum, M. C. (1996). *La fragilità del bene: fortuna ed etica nella tragedia e nella filosofia greca*. Bologna: Il mulino.
692. Nussbaum, M. C., De Monticelli, R. (2004). Filosofia. L'intelligenza delle emozioni. *L'indice dei libri del mese*, 21 (12), 26.
693. Nussbaum, Martha Craven, Davies, R., & Reale, G. (1998). *Terapia del desiderio: teoria e pratica nell'etica ellenistica*. Milano: Vita e pensiero.
694. O'Reilly, S. (2011). *Il corpo nell'arte contemporanea*. Torino: Einaudi.
695. Oliverio Ferraris, A., Oliverio, A. (1986). *Psicologia: i motivi del comportamento umano*. Bologna: Zanichelli.
696. Ortega, F. (2008). *Il corpo incerto. Bio-imaging, body art e costruzione della soggettività*. Torino: Antigone 2009.
697. Oyebode, F., Sims, A. C. P. (2008). *Sims' symptoms in the mind an introduction to descriptive psychopathology*. Edinburgh; New York: Saunders/Elsevier.
698. Paci, E. (1961). *Diario fenomenologico*. Milano: Il Saggiatore.

699. Paci, E. (1978). *Il problema della monadologia da Leibniz a Husserl: per una concezione scientifica e umana della società*. Milano: Unicopli.
700. Paderi, J., & Violon, A. (2004). *À la douleur du jour: un témoignage d'espoir sur la douleur chronique*. Saint-Malo: Coëtquen.
701. Pani, R., Ferrarese, R. (2007). *Il sé insipido negli adolescenti: compulsioni autolesionistiche, suicidarie, sessuali, disturbi alimentari, abusi, piromania, spray murali*. Bologna: CLUEB.
702. Paracchini, F., Frascini, L. (2004). *Il prisma Binswanger: lo psichiatra che amava i filosofi*. Milano: Mimesis.
703. Paris, J. (1995). La gestione della suicidarietà acuta e cronica nei pazienti con disturbo borderline di personalità. In Oaris, J. *Il disturbo borderline di personalità*. Milano: Cortina.
704. Parry-Jones, B., & Parry-Jones, W. L. (1993). Self-mutilation in four historical cases of bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 163, 1993.
705. Pasini, W., Crépault, C., Galimberti, U. (1988). *L'immaginario sessuale*. Milano: R. Cortina.
706. Pasolini, P. P. (1975). *Scritti corsari*. Milano: Garzanti.
707. Patočka, J., Pantano, A., Neri, G. D. (2003). *Il mondo naturale e la fenomenologia*. Milano: Mimesis.
708. Pattison, E. M., Kahan, J. (1983). The deliberate self-harm syndrome. *Am J Psychiatry*, 140, 867-872.
709. Pavese, C. (1958). *Il mestiere di vivere (Diario 1935-1950)*. Torino: Einaudi.

710. Pease, A., Pease, B. (2005). *Perché mentiamo con gli occhi e ci vergogniamo con i piedi?* Milano: Sonzogno.
711. Pédinielli, J. L. (2005). Psychoapthologie des conduites à risques. *Annales méd. psy.*, Vol 163, Issue 1, Fev 2005, pp.30-36.
712. Pembroke, L. R. (1996). *Self-harm: perspectives from personal experience.* London: Survivors Speak Out.
713. Perniola, M. (2000), *L'arte e la sua ombra.* Torino: Einaudi.
714. Pessoa, F. (1982). *Livro do desassossego por Bernardo Soares.* (Tr. it. *Il libro dell'inquietudine.* Milano: Feltrinelli 2003.
715. Peter, J. P. (1993). *De la douleur.* Paris: Quai Voltaire.
716. Petit J-L. (2003). La spatialité originaire du corps propre. Phénoménologie et neurosciences. *Revue de synthèse, Centre international de synthèse*, (124), 139-71.
717. Pheterson, G. (2001). *Le prisme de la prostitution.* Paris: L'Harmattan.
718. Philip, M., Milstein, V. (1990). Self-mutilation associated with dissociative disorders. *Dissociation: Ridgeview Institute and the International Society for the Study of Multiple Personality and Dissociation.* Vol. 3, No. 2, p. 81-87.
719. Phillips, K. A., Menard W. C. M., Yen S., Fay, C., & Weisberg, R. B. (2005). Suicidal ideation and suicide attempts in body dysmorphic disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 66 (6), 717-25.
720. Pietropolli Charmet, G., & Piotti, A. (2009). *Uccidersi: il tentativo di suicidio in adolescenza.* Milano: Cortina.

721. Pietropolli Charmet, G., Marcazzan, A. (2000). *Piercing e tatuaggio: manipolazioni del corpo in adolescenza*. Milano: Angeli.
722. Pinguet, M. (1985). *La morte volontaria in Giappone*. Milano: Garzanti.
723. Piro, S. (1967). *Il linguaggio schizofrenico*. Milano: Feltrinelli.
724. Piro, S. (1989). *Compendio del linguaggio schizofrenico*. Napoli: Florio.
725. Plath, S., McCullough, F., & Hughes, T. (1998). *Diari*. Milano: Adelphi.
726. Platone. *Phedon*. Paris: Les belles lettres 1967.
727. Plessner, H. (1928). *Die Stufen des Organischen und der Mensch; Einleitung in die philosophische Anthropologie*. Berlin: W. de Gruyter.
728. Plessner, H. (1970). *Laughing and crying: a study of the limits of human behaviour*. Evanston: Northwestern University Press.
729. Plessner, H., & Tolone, O. (2010). *Antropologia filosofica*. Brescia: Morcelliana.
730. Plutchik, R. (1995). *Psicologia e biologia delle emozioni*. Torino: Bollati Boringhieri.
731. Poli, F., Bernardelli, F. (2000). *Arte contemporanea: le ricerche internazionali dalla fine degli anni '50 a oggi*. Milano: Electa.
732. Pompili M. (2010). Exploring the phenomenology of suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 40 (3), 234-44.
733. Popkin, R. H., Stroll, A. (1997). *Filosofia per tutti*. Milano: Il saggiaiore.
734. Popper, K. R. (1981). *L'io e il suo cervello*. 3. Roma: Armando.

735. Potter N. (2003). Commodity/Body/Sign: Borderline Personality Disorder and the the Signification of Self-injurious Behaviour. *Philosophy, Psychiatry and Psychology*, 10, pp.1-16.
736. Pringuey, D. (2001). La nostrité alcoolique. *L'art du comprendre*; 2 : 122-135.
737. Prosperi, A. (2008). *Giustizia bendata: percorsi storici di un'immagine*. Torino: Einaudi.
738. Purromuto, C. L'incomunicabilità dell'essere. Riflessioni sul comportamento autodistruttivo. SIBRIC Portale di ricerca, informazione e confronto sui comportamenti autolesionistici: <http://www.sibric.it/home.html>.
739. Quine, W., O. (1948). On What There Is. *Review on Methaphysics*, 2 (5): pp. 21-36.
740. Rajneesh, A. (1994). *Il libro dei segreti: discorsi su Vijnana Bhairava Tantra*. Milano: Bompiani.
741. Raoul-Duval, C., Bydlowski, S., (2008). *Les automutilations chez les adolescents borderlines enjeux psychopathologiques et prise en charge*. Mémoire pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées : Psychiatrie : Paris 7. Paris: Université Paris Diderot - Paris 7 & UFR de médecine.
742. Reale, G. (1976). *Storia della filosofia antica*. Milano: Vita e pensiero.
743. Reale, G., Antiseri, D. (2009). *Storia della filosofia dalle origini a oggi*. Milano: Bompiani.
744. Recalcati, M. (2007). *Elogio dell'inconscio: dodici argomenti in difesa della psicoanalisi*. Milano: Mondadori.

745. Recalcati, M. (2007). *Forme contemporanee del totalitarismo*. Torino: Bollati Boringhieri.
746. Recalcati, M. (2007). *Il miracolo della forma. Per una estetica psicoanalitica*. Milano: Mondadori.
747. Recalcati, M. (2010). *L'uomo senza inconscio: figure della nuova clinica psicoanalitica*. Milano: Cortina 2011.
748. Rée, P. (2005). *L'origine dei sentimenti morali*. Genova: Il melangolo.
749. Reich, W. (1967). *Il tradimento del corpo*.
750. Reid, R. (1992). Corps cliniques, corps génétiques, in Giard, L. *Michel Foucault. Lire l'ouvre, Grenoble, Millon: Jérôme*, pp. 117-126.
751. Rémond, R. (1976). *Introduzione alla storia contemporanea*. Milano: Rizzoli.
752. Renée, Secheyay, M. A. (1980). *Diario di una schizofrenica*. Firenze: Giunti-Barbèra.
753. Rey, R. (1993). *Histoire de la douleur*. Paris: La découverte.
754. Ricca, V., et al. (2010). Cognitive-Behavioral Therapy for Threshold and Subthreshold Anorexia Nervosa: A Three-Year Follow-Up Study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79 (4), 238-248.
755. Ricci, C. (2008). *Hikikomori: adolescenti in volontaria reclusione*. Milano: Franco Angeli.
756. Riccio, F., Vaccaro, S. (2000). *Nietzsche in lingua minore*. Milano: Mimesis.

757. Richie, D., Buruma, I. (1980). *The Japanese tattoo*. New York: Weatherhill.
758. Richir, M. (1988). *Phénoménologie et institution symbolique*. Brignoud: Editions J. Millon.
759. Richir, M. (1993). *Le corps. Essai sur l'intériorité*. Paris: Hatier.
760. Ricoeur, P. (1950). *Philosophie de la volonté. Tome I: Le volontaire et l'involontaire*. Aubier. Paris: Aubier.
761. Ricoeur, P. (1955). *Histoire et vérité*. Paris: Éd. du Seuil.
762. Ricoeur, P. (1966). *Della interpretazione: saggio su Freud*. Milano: Il Saggiatore.
763. Ricoeur, P. (1983). *Temps et récit*. Paris: Éd. du Seuil.
764. Ricoeur, P. (1984). *La Configuration dans le récit de fiction*. Paris: Éd. du Seuil.
765. Ricoeur, P. (1985). *Le Temps raconté*. Paris: Éd. du Seuil.
766. Ricoeur, P. (1990). *Soi comme un autre*. (Tr. it. *Sé come un altro*. Milano: Jaca Book 1993).
767. Ricoeur, P. (2003). *La memoria, la storia, l'oblio*. Milano: Raffaello Cortina.
768. Ricoeur, P. (2004). *Ricordare, dimenticare, perdonare: l'enigma del passato*. Bologna: Il mulino.
769. Riesman, D., Glazer, N. & Selznick, P (1953). *Faces in the Crowd: Individual Studies in Character and Politics*. *American Journal of*

- Sociology*, Vol. 58, No. 4 (Jan., 1953), pp. 430-432. The University of Chicago Press.
770. Righetti, S. (2006). *Soggetto e identità: il rapporto anima-corpo in Merleau-Ponty e Foucault*. Modena: Mucchi.
771. Rinaldi, L., Correale, A. (1997). *Quale psicoanalisi per le psicosi?* Milano: Cortina.
772. Risbec, G. (2008). *Formes de la présence dans les expériences pathologiques: sept études de Daseinsanalyse*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
773. Romano, C., Rosat, J.-J. (2008). *Wittgenstein et la tradition phénoménologique*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
774. Rosen DH, H. A. (1972). Focal suicide: self-enucleation by two young psychotic individuals. *The American Journal of Psychiatry*, 128 (8), 1009-12.
775. Rosenberg, B., Le Guen, C. (1991). *Masochisme mortifère et masochisme gardien de la vie*. Paris: PUF.
776. Rossi Monti M. (2005). New interpretative styles: progress or contamination?: psychoanalysis and phenomenological psychopathology. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 86, 1011-32.
777. Rossi Monti, M. (1978). *Psichiatria e fenomenologia*. Torino: Loescher.
778. Rossi Monti, M. (2002-2003). Empatia psicoanalitica ed empatia naturale. *Atque*, 25/26, 127-138.
779. Rossi Monti, M. (2008). *Forme del delirio e psicopatologia*. Milano: Cortina.

780. Rossi Monti, M. (2009). *Paranoia, scienza e pseudoscienza: la conoscenza totale*. Roma: Fioriti.
781. Rossi Monti, M. (2012). *Il suicidio*. Roma: Carocci.
782. Rossi Monti, M., D'agostino, A. (2009). *L'autolesionismo*. Roma: Carocci.
783. Rossi Monti, M., Foresti, G. (2005). Una diagnosi double-face. Il disturbo borderline di personalità. *Psichiatria di Comunità* (Editoriale), IV, 3, pp. 137-146.
784. Rossi, P. (1995). *La filosofia*. Torino: UTET.
785. Rossimonti, M. (1998). Sulle orme della vergogna. *Atque*, 17, pp. 83-100.
786. Rovalletti, M. L. (2002). Phenomenology and psychosomatics. *Comprendre*, 12, 111-126.
787. Rubin, A. (1988). *Marks of civilization: artistic transformations of the human body*. Los Angeles: Museum of Cultural History, University of California.
788. Sabatino, F. (2012). *Corpo e assoggettamento: potere, società, individuo in Marcuse e Foucault*. Milano: Librerie CUEM.
789. Sacks, O. (1995). *Un antropologo su Marte: sette racconti paradossali*. Milano: Adelphi.
790. Sacks, O. W. (1985). *The man who mistook his wife for a hat and other clinical tales*. New York: Summit Books. (Tr. it.: *L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello*. Milano: Adelphi 1986).
791. Sacks, O. W. (1986). *Migraine: comprendre un trouble commun*. Paris: Ed. du Seuil.

792. Saks, E. R. (2007). *The center cannot hold: my journey through madness*. New York: Hyperion.
793. Salaris, C. (1996). *Dizionario del futurismo. Idee, provocazioni e parole d'ordine di una grande avanguardia*. Roma: Editori Riuniti.
794. Sami-Ali, M. (1974). *L'espace imaginaire*. Paris: Gallimard.
795. Sami-Ali, M. (1998). *Corps réel corps imaginaire: pour une épistémologie du somatique*. Paris: Dunod.
796. Sanislow, C. A., Grilo C.M. & Mc Glashan TH. (2000), Factor Analysis of the DSM-III-R Borderline Personality Disorder Criteria in Psychiatric Inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157, pp. 1629- 33
797. Santonocito, G. (2008). *L'esperienza estetica. La fenomenologia Di Henri Maldiney*. Mimesis.
798. Sarano, S. (1965). *La douleur*. Paris: Épi.
799. Sarno, I, Madeddu, F. (2007). Comportamenti di Autoferimento, Uso di sostanze e Disturbo Borderline. *Personalità/Dipendenze*, Fascicolo 13, vol. 1.
800. Sartre, J-P. (1939). *L'imaginaire; psychologie--phénoménologique de l'imagination*. Paris: Gallimard. (Tr. it.: *L'immaginazione*; *Idee per una teoria delle emozioni*. Milano: Bompiani 1962).
801. Sartre, J-P. (1939). Visages. In Contat M., Rybalka M. *Les écrits de Sartre*, Paris: Gallimard, 1970, p.560-564.
802. Sartre, J-P. (1943). *L'être et le néant: essai d'ontologie phénoménologique*. Paris: Librairie Gallimard. (Tr. it.: *L'essere e il nulla: saggio di ontologia fenomenologica*. Milano: Il saggiatore 1997).

803. Sartre, J-P. (1944). *Huis clos: pièce en un acte*. Paris: Gallimard. (Tr. it. in *Le mosche. Porta chiusa*. Milano: Bompiani 1995).
804. Sartre, J-P. (1946). *L'existentialisme est un humanisme*. Paris: Editions Nagel. (Tr. it.: *L'esistenzialismo è un umanismo*. Milano: Mursia 2007).
805. Sartre, J-P. (1948). *Esquisse d'une théorie des émotions*. Paris: Hermann.
806. Sartre, J-P. (1963). *Che cos'è la letteratura* □ Milano: Il Saggiatore.
807. Sartre, J-P. (1964). *Les mots*. Paris: Gallimard. (Tr. it.: *Le parole*. Milano: Il saggiatore 1964).
808. Sartre, J-P. (1984). *Le mosche* □; *Porta chiusa* Milano: Bompiani.
809. Sartre, J-P., Pavolini, C. (1977). *L'idiota della famiglia: Gustave Flaubert dal 1821 al 1857*. Milano: Il saggiatore.
810. Sass, L. A. (1992). *Madness and modernism: insanity in the light of modern art, literature, and thought*. New York, NY: BasicBooks.
811. Sass, L. A. (2003). Furtive abductions. Schizophrenia, the Lived-Body, and Dispossession of the Self. In Granger, B., Charbonneau, C. *Phénoménologie des sentiments corporals*. Argenteuil: Le cercle Herméneutique.
812. Savoca, G. (1999). *Arte estrema*. Roma: Castelvecchi.
813. Scaramozzino, S. Pour une approche psychiatrique de l'automutilation: implications nosographiques. *Champ Psychosomatique*, 36- 2004, pp. 25-38.
814. Scarry, E. (1985). *The body in pain: the making and unmaking of the world*. Oxford; New York: Oxford University Press.

815. Scharbach, H. (1986). *Auto-mutilations et auto-offenses*. Paris: PUF.
816. Scharfetter, C. (1980). *General Psychopathology: An Introduction*. Cambridge: Cambridge University Press.
817. Scharfetter, C. (1976). *Allgemine Psychopathologie: Eine Einführung*. Stuttgart: Georg Thieme. (Tr. it.: *Psicopatologia generale: un'introduzione*. Roma: Giovanni Fioriti 2004).
818. Scharfetter, C. (1980). *General psychopathology: an introduction*. Cambridge; New York: Cambridge University Press.
819. Scheler, M. (1913). *Il formalismo nell'etica e e l'etica materiale dei valori*. Milano: Fratelli Bocca 1944.
820. Scheler, M. (1913). *The nature of sympathy*. Hamden: Archon Books 1970.
821. Scheler, M. (1955). *Situation de l'homme dans le monde*. Paris: Aubier.
822. Scheler, M., Frings, M. S. (1973). *Wesen und Formen der Sympathie□; die deutsche Philosophie der Gegenwart*. Bern; München: Francke.
823. Scheler, M., Frings, M. S. (1995). *Späte Schriften*. Bonn: Bouvier.
824. Scheler, M., Scheler, M. (1954). *Der formalismus in der ethik und die materiale wertethik: neuer versuch der grundlegung eines ethischen personalismus*. Bern: Francke.
825. Schilder, P. (1935). *Immagine di sé e schema corporeo*. Milano: Franco Angeli 1995.
826. Schneider, K. (1950). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme. (Tr. it.: *Psicopatologia clinica*. Firenze: Sansoni 1954).

827. Schneider, K. (1967). *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
828. Schneidman, E. S. (1981). The Psychological Autopsy. *Suicide and Life-Threatening Behaviour*, 11, pp. 325-40.
829. Schneidman, E. S. (2004). *Autopsia di una mente suicida*. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2006.
830. Schopenhauer, A. (1993). *Metafisica della sessualità*. Milano: Mondadori.
831. Schopenhauer, A. (1995). *Sulla quadruplici radice del principio di ragion sufficiente*. Milano: Rizzoli.
832. Schreber, D. P. (1974). *Memorie di un malato di nervi*. Milano: Adelphi.
833. Schultze, W. (1961). Nuchtraurigseinkoennen. *Kern melancholischen Erlebens*, *Nervenarzt*, 32, 314-320.
834. Schulze, W. (1972). *Philosophie in der veraenderten Welt. III: Vergeistigung und Verleiblichung*. Neske, Pfullingen.
835. Seltzer, M. (1998). *Serial Killers: Death and Life in America's Wound Culture*. New York: Routledge.
836. Selvini Palazzoli M. (1963). *L'anoressia mentale*. Milano: Raffaello Cortina 2005.
837. Selzer, R. (1987). *La chair et le Couteau. Confession d'un chirurgien*. Paris: Le Seuil.
838. Semi, A. A. (1988). *Trattato di psicoanalisi*. Milano: Raffaello Cortina.
839. Serra, C. (1994). *Il castello, S. Giorgio e il drago: depressione reattiva, autolesionismo e suicidio nel carcere*. Roma: SEAM.
840. Severino, E. (1993). *Il declino del capitalismo*. Milano: Rizzoli.

841. Shearer S. L. (1994). Phenomenology of Self-injury among Inpatients Women with Borderline Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182, pp. 524- 6.
842. Shearer, S. L. (1994). Phenomenology of self-injury among impatients women with borderline personality disorder. *Journal of nervous and mental disease*, 182, pp. 524-6.
843. Sheets-Johnstone, M. (1999). *The primacy of movement*. Amsterdam; Philadelphia: John Benjamins Pub.
844. Shneidman, E. S. (1973). *Deaths of man*. New York: Quadrangle.
845. Shneidman, E. S. (1976). *Suicidology: contemporary developments*. New York: Grune & Stratton.
846. Shneidman, E. S. (1993). *Suicide as psychache: a clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale: J. Aronson.
847. Shneidman, E. S. (2006). *Autopsia di una mente suicida*. Roma: Giovanni Fioriti Editore.
848. Shorter, E. (1993). *Psicosomatica: storia dei sintomi e delle patologie dall'Ottocento a oggi*. Milano: Feltrinelli.
849. Sider, T. (2001). *Four-dimensionalism: an ontology of persistence and time*. Oxford; New York: Clarendon Press; Oxford University Press.
850. Simpson (1976). Self-mutilation and suicide. In Shneidman, E.S . *Suicidology. Contemporary Developements*. New York: Grune ans Stratton.
851. Sims, A. (1992). *Introduzione alla psicopatologia descrittiva*. Milano: Cortina.

852. Singainy, E. J.-D., Boucaud, M. de. (2013). *La rencontre thérapeutique avec l'alcoolique*. Paris: L'Harmattan.
853. Sini, C. (1989). *I segni dell'anima: saggio sull'immagine*. Roma-Bari: Laterza.
854. Sini, C., Cazzullo, C. L. (1984). *Fenomenologia: filosofia e psichiatria*. Milano: Masson Italia.
855. Sissa, G. (1999). *Il piacere e il male: sesso, droga e filosofia*. Milano: Feltrinelli.
856. Slattery, D. P. (2000). *The wounded body: remembering the markings of flesh*. Albany: State University of New York Press.
857. Smith B. (1986). Le strutture del mondo del senso comune. *Iride*, 9, pp. 22-44.
858. Solms, M., Turnbull, O. (2004). *Il cervello e il mondo interno: introduzione alle neuroscienze dell'esperienza soggettiva*. Milano: Cortina.
859. Spengler, O. (1981). *Il tramonto dell'Occidente: lineamenti di una morfologia della storia mondiale*. Milano: Longanesi.
860. Spiegelberg, H. (1975). *Phenomenological Perspectives: Historical and Systematic Essays in honor of Herbert Spiegelberg*. The Hague: Nijhoff.
861. Spinelli, B. (2005). *Ricordati che eri straniero*. Milano: Sympathetika.
862. Spinsanti, S. (1983). *Il Corpo nella cultura contemporanea*. Brescia: Queriniana.
863. Stanghellini, G. (1992). *Verso la schizofrenia. La teoria dei sintomi-base*. Idelson: Gnocchi.

864. Stanghellini, G. (1996). Phenomenological Psychopatology of Depressive Mood Spectrum. *Fundamenta Psychiatrica*, 2, 45-60.
865. Stanghellini, G. (1996). Phenomenological Psychopatology of Depressive Mood Spectrum. *Fundamenta Psychiatrica*, 2, 45-60.
866. Stanghellini, G. (2004). *Disembodied spirits and deanimated bodies: the psychopathology of common sense*. Oxford; New York: Oxford University Press.
867. Stanghellini, G. (2005). For an anthropology of eating disorders. A pornographic vision of the self. *Eating and Weight Disorders: EWD*, 10 (2), 21-7.
868. Stanghellini, G. (2007). The Grammar of the Psychiatric Interview. *Psychopathology*, 40 (2), 69-74.
869. Stanghellini, G. (2008a). *Atlante di fenomenologia dinamica*. Roma: Magi.
870. Stanghellini, G. (2008b). *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Cortina.
871. Stanghellini, G. (2009a). Embodiment and schizophrenia. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 8 (1), 56-9.
872. Stanghellini, G. (2009b). The meanings of psychopathology. *Current Opinion in Psychiatry Current Opinion in Psychiatry*, 22 (6), 559-564.
873. Stanghellini, G. (2010). A Hermeneutic Framework for Psychopathology. *Psychopathology Psychopathology*, 43 (5), 319-326.

874. Stanghellini, G., Ballerini, M. (2008). Qualitative analysis. Its use in psychopathological research. *Acta Psychiatr Scand Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117 (3), 161-163.
875. Stanghellini, G., Castellini, G., Brogna, P., Faravelli, C., & Ricca, V. (2012). Identity and Eating Disorders (IDEA): A Questionnaire Evaluating Identity and Embodiment in Eating Disorder Patients. *Psychopathology*, 45 (3), 147-158.
876. Stanghellini, G., Imbrescia, R. (2010). Il tatto come organo di senso che ci orienta nelle relazioni sociali. *Comprendere*, 21, 2010-2. pp. 266-291.
877. Stanghellini, G., Rossi Monti, M. (1999). *Psicopatologia della schizofrenia: prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Cortina.
878. Stanghellini, G., Rossi Monti, M. (2009). *Psicologia del patologico: una prospettiva fenomenologico-dinamica*. Milano: Raffaello Cortina.
879. Starobinski, J. (1990a). A short history of bodily sensation. *Psychological Medicine*, 20(01), 23-33.
880. Starobinski, J. (1990b). *Storia del trattamento della malinconia dalle origini al 1900*. Milano: Guerini e Associati.
881. Starobinski, J., Agostini, D. D. (2011). *La malinconia allo specchio. Tre letture di Baudelaire*. SE.
882. Stein, E. (1917). (dissertazione). *Zum Problem der Einfühlung*. Halle.
883. Stengel, E. (1977). *Il suicidio e il tentato suicidio*. Milano: Feltrinelli economica.

884. Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books. (Tr.it: *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino, 1987).
885. Stoller, R. J., Couturier, H. (1978). *La Perversion, forme érotique de la haine*. Paris: Payot.
886. Stolorow, R. D., Galliano Auletta, C. G., Atwood, G. E., & Brandchaft, B. (1996). *La prospettiva intersoggettiva*. Roma: Borla.
887. Straus, E. (2003). *Phénoménologie et existentialisme en Italie*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
888. Straus, E. W. (2000). *Du sens des sens: contribution à l'étude des fondements de la psychologie*. Grenoble: Jérôme Millon.
889. Straus, E. W., Maldiney, H., & Pinotti, A. (2005). *L'estetico e l'estetica: un dialogo nello spazio della fenomenologia*. Milano: Mimesis.
890. Straus, E., W. (1935). *Von Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie*, Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer.
891. Strong, M. (1998). *A bright red scream: self-mutilation and the language of pain*. New York, N.Y.: Viking; London: Virago 2000. (Tr. it.: *Un urlo rosso sangue*. Milano: Frassinelli 1999).
892. Sullivan, H. S. (1967). *Il colloquio psichiatrico*. Milano: Feltrinelli.
893. Sutton, J. (2007). *Healing the hurt within: understand self-injury and self-harm, and heal the emotional wounds*. Oxford: How To Books.
894. Swain, G., Gauchet, M. (1997). *Le sujet de la folie: naissance de la psychiatrie*. Paris: Calmann-Lévy.

895. Szasz, T. (2011). *Suicide prohibition the shame of medicine*. Syracuse: Syracuse University Press.
896. Szasz, T. (2011). *Suicide Prohibition: The Shame of Medicine*. New York: Syracuse University Press.
897. Szasz, T. S. (1966). *Il mito della malattia mentale: fondamenti per una teoria del comportamento individuale*. Milano: Il saggiatore.
898. Szilasi, W., Fournier, A., & Dastur, F. (2011). *Introduction à la phénoménologie d'Edmond Husserl*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique éd.
899. Tagliatela, C. (2014). Le poids de la conscience interne de rôle chez les personnalités pathologiques: Typus Melancolicus et Désinvolture. *Influxus* [En ligne], mis en ligne le 29 septembre 2014. URL :<http://www.influxus.eu/article875.html>
900. Tani, F., Allonzi, M. (2007). *Normalità e patologia nello sviluppo psichico*. Firenze; Milano: Giunti.
901. Tatossian, A. (1977). *Phenomenologie des psychoses: rapport de psychiatrie*. Paris: Masson; Puteaux: Le Cercle herméneutique 2002. (tr. it.: *La fenomenologia delle psicosi: traduzione ed edizione italiana a cura di Riccardo Dalle Luche e Giampaolo Di Piazza*. Roma: G. Fioriti 2004).
902. Tatossian, A. (1993). L'expérience du phénomène. Conférence, 18 mars 1993, Bruxelles, Colloque européen de Phénoménologie clinique.
903. Tatouer, "De l'or au bout des aiguilles". *Le monde*, dimanche 9, lundi 10 mars 2014.

904. Tellenbach, H. (1975). *La mélancolie*. Paris: PUF (Tr. it.: *Melancolia: storia del problema, endogenicità, tipologia, patogenesi, clinica*. Roma: Il pensiero scientifico 1975).
905. Terminio, N. (2011). *La generatività del desiderio: legami familiari e metodo clinico*. Milano: F. Angeli.
906. Thévoz, M. (1984). *Le corps peint*. Geneve: Editions d'art Albert Skira.
907. Thouret, D., Escoubas, E. (2013). *L'engendrement du corps propre: Le point source dans la pensée d'Henri Maldiney*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
908. Tobino, M. (1953). *Le libere donne di Magliano*. Firenze: Vallecchi Editore.
909. Tolstoj, L., N. (1886). *La mort d'Ivan Illitch*. Paris: Le Livre de poche 1958.
910. Tomasello, M. (2008). *Origins of human communication*. Cambridge: MIT Press, 2008. (Tr. it.: *Le origini della comunicazione umana*. Milano: Cortina 2009).
911. Toubiana, E. (2011). *Addictologie clinique*. Paris: PUF.
912. Tustin, F. (1990). *The Protective Shell in Children and Adults*. London; New York: Karnac Book. (Tr. it.: *Protezioni autistiche nei bambini e negli adulti*. Milano: Raffaello Cortina 1991).
913. Ugolini S. (2004), L'anima ferita dell'artista e le ferite dell'autoritratto. In S. Ferrari, S. *Autoritratto, psicologia e dintorni*. Bologna: CLUEB, pp. 41- 68.

914. Ugolini, S. (2009). *Nel segno del corpo: origini e forme del ritratto "ferito."* Napoli: Liguori.
915. Unamuno, M. de. (1965). *Del sentimiento trágico de la vida en los hombres y en los pueblos.* New York: Las Américas Pub. Co. (Tr. it.: *Del sentimento tragico della vita negli uomini e nei popoli.* Milano: SE 1989).
916. Vaillant, M., Laouénan, C. (2002). *Les Violences du quotidien : Idées fausses et vraies questions de Christine Laouénan.* Paris: De La Martinière Jeunesse.
917. Vale, V., Juno, A. (1989). *Modern primitives: an investigation of contemporary adornment & ritual.* San Francisco: Re/Search Publications.
918. Vale, V., Juno, A. (1994). *Tatuaggi corpo spirito.* Milano: Apogeo.
919. Van der Volk, O. et al. (1994), Trauma and the Development of Borderline Personality disorder, in I. Share (ed.), Borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 17, pp. 715-30.
920. Varet, J., Corcos, M. (2007). *Organisme de soutenance. Mémoire pour le Diplôme d'Etudes Spécialisées: Psychiatrie: Paris 7.*
921. Vergine, L. (1974). *Il Corpo come linguaggio: (la Body-art e storie simili).* Milano: Skira 2000.
922. Vernant, J. P. (1989). *L'individu, la mort, l'amour: soi-meme E l'autre en Grece ancienne.* Paris: Gallimard.
923. Verrecchia, B. (2004). *Le Devant-quoi de l'angoisse.* In Chamond, J. et al. *Les directions de sens,* Paris: Le Cercle herméneutique, 2004.

924. Virginia, Department of Corrections, & Research and Reporting Unit. (1978). *Self-mutilation at the penitentiary and Powhatan: supplement*. Richmond: The Unit.
925. Vizioli, R., Orazi, L. (2002). *La depressione creativa di E. Cioràn: quasi un dizionario*. Roma: EUR.
926. Von Weizsäcker, V. (1950). *Der Gestaltkreis. Theorie der Einheit von Wahrnehmen und Bewegen*. Stuttgart: Thieme, p.184. (Tr. it.: *La struttura ciclomorfa. Teoria dell'unità di percezione e movimento*. Napoli: Edizioni Scientifiche 1995).
927. Vovelle, M. (1986). *La morte e l'Occidente dal 1300 ai giorni nostri*. Roma; Bari: Laterza.
928. Vozza, M. (2013). *Desiderio e angoscia del legame: Kleist, Kierkegaard e Kafka*. Torino: Antigone.
929. Waelhens, A. de. (1970). *Une philosophie de l'ambiguïté, l'existentialisme de Maurice Merleau-Ponty*. Louvain: Éditions Nauwelaerts.
930. Waldenfels, B. (2008). *Fenomenologia dell'estraneo*. Milano: Cortina.
931. Walsh, B. W., Rosen, P. M. (1988). *Self-mutilation: theory, research, and treatment*. New York: Guilford Press.
932. Warr, T. (a cura di) (2000), *Il corpo dell'artista*. Londra: Phaidon, Londra 2006.
933. Wasserman, D., & Wasserman, C. (2009). *Oxford textbook of suicidology and suicide prevention: a global perspective*. Oxford; New York: Oxford University Press.
934. Weinrich, H. (1999). *Lete: arte e critica dell'oblio*. Bologna: Il Mulino.

935. Weinrich, H. (2006). *Il tempo stringe: arte ed economia della vita a termine*. Bologna: Il mulino.
936. Weiss, G. (1999). *Body images: embodiment as intercorporeality*. New York: Routledge.
937. Weizsäcker, V. von, Masullo, P. A. (1995). *La struttura ciclomorfa: teoria dell'unità di percezione e movimento*. Napoli: Edizioni scientifiche italiane.
938. Weizsäcker, V. von. (1950). *Der Gestaltkreis; Theorie der Einheit*. Stuttgart: G. Thieme.
939. Welch, E. T. (2004). *Self-injury: when pain feels good*. Phillipsburg, N.J.: P & R Pub.
940. Welch, E. T., Ulfo, N. (2009). *Autolesionismo. Quando soffrire ti fa star bene*. Caltanissetta: Alfa & Omega.
941. Welton, D. (1999). *The body: classic and contemporary readings*. Malden: Blackwell.
942. Winnicott D., W. (1974). La capacità di essere solo, in *Sviluppo affettivo e ambiente*. Roma: Armando.
943. Winnicott, D., W. (1967). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris: Gallimard.
944. Winnicott, D., W. (1971). La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile, in *Gioco e realtà*. Roma: Armando, 1974.
945. Winnicott, D., W. (1974). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo*. Roma: Armando.
946. Wittgenstein, L. (1921). *Tractatus logico-philosophicus; e, Quaderni 1914-1916*. Torino: Einaudi 2009.

947. Wittgenstein, L. (1967). *Lezioni e conversazioni: sull'etica, l'estetica, la psicologia e la credenza religiosa*. Milano: Adelphi.
948. Wittgenstein, L. (1980). *Pensieri diversi*. Milano: Adelphi.
949. Wittgenstein, L., (1980). *Bemerkungen über die Philosophie der Psychologie*. Frankfurt am Main: Suhrkamp. (Tr. it.: *Osservazioni sulla filosofia della psicologia*. Milano: Adelphi 1990).
950. Wolf-Fédida, M. (sous la direction de) (2013). *Phénoménologie et criminologie*. Paris: MJW Édition.
951. Wolf-Fédida, M., Fédida, W. (2008). *Psychopathologie fondamentale*; suivie de *Abécédaire de Pierre Fédida*. Paris: MJW Édition.
952. Wolf, M. (1995). *Théorie de l'action psychotérapeutique*, Paris: PUF, Vendôme.
953. Wolf, M., Fédida, P. (2004). *Phénoménologie, psychiatrie, psychanalyse*. Argenteuil: Le Cercle herméneutique.
954. Wolf, V. (1926). *De la maladie*. Paris: Rivages Poche 2007.
955. Wurmser, L. (1981). *The mask of shame*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
956. Zahavi, D. (2000). *Exploring the self philosophical and psychopathological perspectives on self-experience*. Amsterdam; Philadelphia: J. Benjamins Pub. Co.
957. Zahavi, D. (2005). *Subjectivity and Selfhood investigating in the first-person perspective*. Cambridge; Massachussets: Bradford Book/MIT Press.
958. Zahavi, D., Averchi, M. (2011). *La fenomenologia di Husserl*. Soveria Mannelli: Rubbettino.

959. Zanarini M. C., Gunderson J. G., & Frankenburg F. R. (1990). Discriminating Borderline Personality Disorder from Other Axis II Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 127, pp.161-7.
960. Zila L., Kiselica M. (2001), Understanding and Counseling Self-mutilation in Female Adolescent and Young Adults. *Journal of Counseling and Development*, 79, pp. 1-10.
961. Zull, J. (1963). *Auf dem Wege zu einer anthropologischen Psychiatrie; gesammelte Aufsätze*. Berlin: Springer.

Estratto per riassunto della tesi di dottorato

Studente: Erika Valmorbida

matricola: 955831

Dottorato: Filosofia/Psicopatologia e Psicanalisi

Ciclo: XVI

Titolo della tesi : Fenomenologia dell'autolesionismo: la nuova scena del corpo

L'autolesionismo è la vita che si rivolta contro sé stessa. Esso tocca e ferisce una delle possibilità dell'essere umano: la corporeità. Tenteremo, nei limiti del carattere impensabile della questione, di comprendere il senso del rapporto al mondo, a sé e agli altri che è contenuto in queste forme particolari di violenza, che sono gli agiti autolesionistici e le situazioni limite che possono essere loro associate. Vogliamo anche distinguerle chiaramente dall'intenzione e dall'atto suicidario. La questione è delicata poiché il senso esistenziale dell'autolesionismo può avvicinarsi a quello del suicidio, ma rivelarsi anche molto diverso; è questo che fa l'originalità di questo fenomeno. Nell'autolesionismo, lo scopo non è quello di morire, ma quello di vivere. Attraverso questa distinzione si tratterà di esaminare la molteplicità di intenzioni di senso che queste condotte portano con sé. Gli agiti autolesivi, guardati nell'ottica dell'azione immediata, sono lontani dall'avere un senso pieno e univoco.

Facendo un passo indietro e assumendo un punto di vista antropologico, vedremo che il fenomeno dell'autolesionismo è presente anche nella normalità, in forme codificate; esso è allora culturalmente preparato e integrato e ha un insieme di funzioni precise.

La violenza autolesiva contiene un richiamo intersoggettivo nascosto. È un atto complesso accompagnato da intenzioni plurivoche, mal elaborate, abortite o precipitate e, per questo, difficili da interpretare. Ciononostante l'esplorazione dei fenomeni dei tatuaggi, dei piercing estremi o di altre manifestazioni estetiche che implicino un atto di violenza alla pelle o alle mucose, aiuta a comprenderne la dinamica. Ricomporre il cammino di senso che permette a questi agiti di restare al di qua di un atto autolesionista è di grande importanza, sia per la ricerca clinica, che per quella psicopatologica che per l'etica.

Firma dello studente

Résumé

Erika Valmorbida

Doctorat en Philosophie/ Doctorat en Psychopathologie et Psychanalyse

Titre : Phénoménologie de l'automutilation: la nouvelle scène du corps

L'automutilation est la vie qui se révolte contre elle-même. Elle touche et blesse une des possibilités d'existence de l'être humain : la corporéité. Nous allons tenter, dans les limites du caractère pensable de la question, de comprendre le sens du rapport au monde, à soi et aux autres qui est contenu dans ces formes particulières de violences, que sont les automutilations et les situations limites qui peuvent lui être associées. Nous voulons aussi le distinguer clairement de l'intention et de l'acte suicidaire. La question est délicate car le sens existentiel de l'automutilation peut emprunter à celui du suicide mais se révéler aussi très différent ; c'est ce qui fait l'originalité de son phénomène. Dans l'automutilation, le but n'est pas de mourir mais reste celui de vivre. A travers cette distinction, il s'agira de mettre à jour la multiplicité des intentions de sens que portent ces conduites automutilatrices. Ces conduites, prises dans le champ de l'action immédiate, en effet sont loin d'avoir un sens plein et univoque.

En prenant un certain recul anthropologique, on pourra voir que le phénomène de l'automutilation est présent aussi dans la normalité, sous des formes codifiées; il est alors culturellement préparé, intégré. Il a un ensemble de fonctions précises.

La violence automutilatrice contient un appel intersubjectif caché. C'est un acte complexe porté par des intentions plurivoques, mal élaborées, avortés ou précipités, et de ce fait, difficiles à interpréter. Cependant l'exploration des phénomènes de tatouages, de piercings extrêmes ou d'autres manifestations esthétiques impliquant un acte de violence à la peau ou aux muqueuses, aide à en comprendre la dynamique. Recomposer le chemin du sens qui leur permet d'aboutir ou de rester en deçà d'un acte automutilatoire est d'une grande importance, aussi bien pour la recherche clinique, psychopathologique et aussi éthique.

Signature du doctorant

Abstract

Student: Erika Valmorbida

Phd: Philosophy/ Psychopatology and Psychanalysis

Cycle: XVI

Phenomenology of self-harm: the new stage of the body.

Abstract: Self-harm is life that turns against itself. It touches and hurts one of the possibilities of the human being: his corporeality. We will attempt, within the limits of the unthinkable aspects of the issue, to understand the meaning of the relationship to the world, to oneself and to others that is contained in these peculiar forms of violence, that are called self-harm and the extreme situations that are associated with them. We also want to distinguish them from the intention and from the act of suicide. The question is tricky because the existential sense of self-harm can come close to that of suicide, but also prove to be very different; that's what makes the originality of this phenomenon. The purpose of self-harming is not to die but to live. Through this distinction we will examine the intentionality and senses that these behaviors carry with them. The self-harming acting out, when looked from the perspective of immediate action, are far from having a full and unique sense.

Stepping back and taking an anthropological point of view, we will see that the phenomenon of self-harming is also present in everyday life, in encoded forms; it is predisposed and integrated also by the culture and has a number of specific functions.

The self-destructive violence contains a hidden reference to intersubjectivity. It is a complex act accompanied by multivalent intentions, ill-conceived, aborted or precipitated and, therefore, difficult to interpret. Nevertheless, the exploration of the phenomena of tattoos, extreme piercings or other aesthetic manifestations involving an act of violence to the skin or mucous membranes, helps to understand the dynamics. The reassembling of the process that allows these enactments to stay on this side of a self-destructive act is of great importance for clinical research, for psychopathology and for ethics.

Student's signature
