

L'auspicabile silenzio del corpo

Paolo Colavero

Società Italiana per la Psicopatologia Fenomenologica, Scuola di Psicoterapia e Fenomenologia Clinica

Vivere – dicevano i saggi – è fare buon uso del tempo, cioè cogliere la piena realtà dell'esperienza, con le sue contraddizioni, i suoi successi e i suoi scacchi. (1)

INTRODUZIONE

Il presente lavoro affronta l'invecchiamento dalla prospettiva del corpo che cambia. Se nella salute, come in gioventù, il corpo non si presenta mai all'appello con la coscienza del soggetto, muto e disponibile alla vita e al mondo perché in forma, in vecchiaia e nei momenti di cambiamento esistenziale lo stesso può farsi presente in differenti modi, quasi tutti dolorosi. Viene allo scoperto allora la differenza tra il *corpo che sono* ed il *corpo che ho*, tra il *Leib* ed il *Körper*, tra il corpo muto ma vivo e quello invece che si fa cosa, magari malata, oggettivata e misurabile. L'anziano allora deve farsi trovare pronto all'appuntamento con i propri cambiamenti. Da crisi difficile e non rimandabile la vecchiaia può infatti divenire, anche grazie all'ausilio della socialità estesa (dalla famiglia alle istituzioni), momento sereno e spazio vivibile, luogo nel quale il corpo si possa riappropriare della propria storia e delle proprie, inscoltate, parole.

IL CORPO CHE SONO, IL CORPO CHE HO

L'esperienza corporea soggettiva è normalmente strutturata intorno ai dispositivi del *silenzio* e dell'*anonimia* del corpo proprio. La posizione dello stesso riguardo alla propria esistenza fisiologica si può appunto rintracciare in una quasi totale assenza di segnali o indizi che lo impongano all'attività sensoriale e che lo mettano al centro dell'attenzione del soggetto (che lo rendano, in parole povere, oggetto

di attenzione e preoccupazione). Il corpo desiderato è quello che resta continuamente nell'auspicabile condizione di silenzio e anonimia. Di desiderabile salute.

La costanza percettiva, quel flusso ininterrotto ma silenzioso di messaggi che il corpo rimanda alla coscienza riguardo alla propria presenza, non è altro che la silenziosa testimonianza volta ad assicurare il soggetto della sua propria esistenza, la muta affermazione della coincidenza ed insieme della separazione tra l'essere un corpo e invece l'averne un corpo (2).

La prima distanza (per malattia o fisiologico invecchiamento) dalla condizione di anonimia, propria della salute e della gioventù, porta all'inedita e traumatica separazione del *corpo che sono* (*Leib*) dal *corpo che ho* (*Körper*) con la conseguente e sfortunata perdita del carattere silente del corpo stesso. Il corpo si fa così protagonista del vissuto e della percezione, acquista identità di *oggetto osservato* e non più solo di muto osservante, trovandosi così ad impattare con tutto il suo peso sull'esperienza di malattia stessa: "Il mio corpo non è un corpo, uno dei tanti oggetti-corpo. Il mio corpo è irriducibile e originariamente mio perché è fuso con l'oggetto che io sono; non è una cosa tra le altre cose; è mio, ma in un senso ben differente da quello con cui dico che un libro è mio" (3).

Negli anni il corpo partecipa attivamente alla costruzione dell'identità personale, ed essendo la sua immagine corporea in continua mutazione e critica ristrutturazione, diventa protagonista primo dei disturbi psico-fisici. Nei momenti di radicale cambiamento, si pensi all'adolescenza o alla stessa vecchiaia, i vissuti del corpo possono portare ad una crisi nel sentimento di continuità della propria immagine corporea; in alcune sindromi deliranti il malato può, ad esempio, non riconoscere come propri i propri stessi atti o può negare di avere un corpo, degli organi, può sentire di essere morto (si pensi alle experien-

MATERIALI DI LAVORO

ze deliranti di influenzamento somatico o alla sindrome di Capgras¹).

Vissuti di perdita e di minaccia al corpo possono contribuire alla dispersione della condizione di silenzio e anonimia che caratterizza la fisiologica condizione corporea a favore di una somatizzazione dei rapporti con il mondo, che può sfociare in disturbi ipocondriaci, disturbi ossessivo-compulsivi, d'ansia o depressivi.

Le esperienze che, nella vita dell'anziano, possono portare ad una riscoperta decisa e traumatica del corpo *oggettivato* sono in definitiva raggruppabili in quattro definizioni²:

1. Il corpo non più disponibile

Il corpo fisiologicamente silenzioso è naturalmente aperto alle esperienze del mondo e della quotidianità, pronto a rispondere alle esigenze più varie del soggetto. Nel momento in cui viene percepito un certo declino della forza e delle prestazioni fisiche, nonché dell'agilità e della scioltezza (segni questi che il corpo non risulta più disponibile al mondo senza riserve) il vissuto che l'anziano sperimenta può essere decisamente tragico e incidere sui rapporti e nelle modalità con le quali lo stesso affronterà il mondo esterno e la collettività. Compare così per la prima volta la dolorosa consapevolezza di aver perso, forse per sempre, lo strumento silenzioso dei propri progetti di vita e del proprio piacere. Améry (4) ci dá una testimonianza viva del proprio vissuto di lutto: "Questo corpo che non fa più da mediatore tra noi e il mondo e che anzi, con il respiro affannoso, con le gambe doloranti, le articolazioni tormentate dall'artrite, dal mondo

ci isola, diviene la nostra prigionia, ma anche la nostra ultima dimora".

2. Il declino estetico del corpo

Se durante tutta la vita, come è normale, si è trattato anche un certo piacere ed un vivo compiacimento nel guardarsi e rimirarsi allo specchio e negli occhi degli altri, può capitare durante la vecchiaia di non riconoscere e riconoscersi nei particolari propri del corpo anziano. Il fisiologico declino estetico può così infliggere ferite *narcisistiche* tali da portare, in qualche caso, a vere e proprie reazioni comportamentali disturbate, sulla spinta di aspettative tradite e vissuti di inadeguatezza. Nonostante tutte le cure ed i tentativi di ringiovanire messi in atto nella vana speranza di nascondersi gli effetti degli anni che passano, il corpo dell'anziano può non rispondere più ai canoni estetici di bellezza e freschezza propri della giovane e passata età: "Grassottella, bassa, con un viso schiacciato, rosso di capillari frantumati, fulvastra di pelo, gli occhi acquosi, incorniciati da due grandi borse multiple come creste" (5).

3. Il corpo malato

Durante la vecchiaia, l'accumularsi di acciacchi ed il susseguirsi di varie malattie fa sí che l'anziano cominci ad interessarsi in maniera decisa del suo corpo malato. Il corpo diviene uno scomodo oggetto da curare, un mezzo attraverso cui relazionarsi con il mondo esterno che si viene ora popolando di figure professionali sanitarie. Non bisogna dimenticare in questi casi la persona che continua ad esistere e sentire sotto pelle, è importante che i professionisti della salute dell'an-

¹ La sindrome di Capgras è un particolare disturbo delirante, che può rappresentare una dimensione sintomatologica di alcuni disturbi psichiatrici, o presentarsi in associazione a patologie organiche. L'esatta fisiopatologia non risulta ancora chiarita, ma numerose ed interessanti ipotesi sono state formulate. Il riconoscimento di tale sindrome, ed un adeguato percorso diagnostico e terapeutico sono di primaria importanza. L'approfondimento delle ricerche eziopatogenetiche al riguardo può apportare interessanti contributi per una più completa comprensione dei disturbi deliranti. Il fenomeno psicopatologico patognomonico della SC è rappresentato dalla convinzione delirante che le persone affettivamente significative per il paziente siano state sostituite da sosia impostori e in rari casi è il paziente stesso a sentirsi sostituito.

² Sono queste le esperienze nelle quali l'anziano sperimenta una sorta di *epoché* coatta, un momento di svelamento del *corpo che ho*, di apparizione del corpo proprio come cosa ed oggetto che interpellava, che chiede attenzione e che provoca dolore. Il silenzio cessa di colpo e si trasforma in urlo, sirena di ambulanza, malessere generale o localizzato, sguardo allo specchio e brivido. Quel sentire mondano, normale e fisiologico, per cui non si chiede mai del corpo proprio sino a che questo non duole, viene sradicato dalle proprie fondamenta: il corpo che sono, il silenzio dell'esistere, si basa su di una struttura fisica che può cedere, piegarsi sotto il peso di casualità e sfortuna certo, ma anche e soprattutto sotto il peso degli anni. Lorenzo Calvi (3), maestro di stile e atteggiamento fenomenologico, ci fornisce, nelle seguenti parole, una precisa e mirabile descrizione del vissuto di perplessità seguente alla scoperta del perturbante, celato sotto le ceneri dell'abitudine: "Se un fatto improvviso, inaspettato e disgustoso è stato vissuto da te in modo così traumatico, per non dire drammatico, bisogna pensare ch'esso sia comparso sotto la luce non tanto dell'evento naturale (...) quanto dell'evento che rivela una naturalità pre-civile".

ziano parlino con i propri pazienti e si facciano raccontare (compito spesso molto semplice) il loro vissuto di malattia. Un pericolo da evitare, insito nei vissuti di malattia e dolore dell'anziano, è quello di arrivare a considerare i problemi di salute come intrinseci al corpo invecchiato e non esterni: non si muore di vecchiaia, si muore sempre di qualcosa.

4. Il corpo pensionato

L'identità sociale e personale dell'anziano subisce, con la fine del lavoro regolare, un pesante contraccolpo: la persona anziana viene privata di colpo della più antica e riconosciuta fonte di legittimazione sociale, culturale ed economica allo stesso tempo. Con la perdita del riconoscimento socio-economico si può ipotizzare che il corpo (insieme alla coppia) si erga quale sorta di ultima difesa opposta alla disgregazione dell'identità propria, nel tentativo, a volte disperato, di arginare il crollo della propria immagine e confermare così la propria individuale esistenza. Resto almeno un corpo, continuo ad essere il mio corpo.

Un'attenzione continua e reiterata al corpo potrebbe sfociare però, come detto, in dolorosi vissuti. I vissuti depressivi vengono spesso somatizzati in lamentele dalle tonalità a volte *isteriche* e ipocondriache, oppure declinati in malesseri persistenti o cenestopatie delle più varie.

La coppia e le relazioni in generale possono così fungere in vecchiaia da importante ausilio alla solidi-

tà e alla stabilità psico-fisica. Le relazioni affettive e abitudinarie, quelle stabili, familiari o istituzionali (associazioni e club), possono aiutare il *corpo che sono* a trovare un nuovo adattamento alle condizioni del *corpo che ho*. Così, una psicoterapia dell'anziano, se ben inserita all'interno di un dispositivo di attenzione al corpo, alle sue trasformazioni fisiologiche e patologiche, può prendersi cura del corpo vissuto e favorire il ripristino di un senso di continuità pur nella crisi. Il racconto di sé e su di sé permette di ritrovarsi e riscoprirsi uguali, cambiati, ma molto simili a se stessi, nonché ai propri ricordi.

"Ogni giorno uguale all'altro, nelle calde estati della Valle di Sacramento, mio padre sonnecchiava sotto gli alberi (...) alle otto era già a letto. Aveva alla fine raggiunto una condizione di apatia che procurava a mia madre una profonda serenità. Perché oramai sapeva sempre dove trovarlo – a casa, in giardino, addormentato sul dondolo nel cortile (...)" (6).

BIBLIOGRAFIA

1. Callieri B. Percorsi di uno psichiatra. EUR, Roma 1993, p. 429.
2. Lorenzi P. Il paziente con alterazioni del vissuto somatico: una prospettiva fenomenologica. In Benvenuti P. Psicologia e medicina. Carocci, Roma 2000, p. 180.
3. Calvi L. Il consumo del corpo. Mimesis, Milano 2007, p. 68.
4. Améry J. Rivolta e rassegnazione. Bollati Boringhieri, Torino 1989, p. 57.
5. Mazzantini M. Il catino di zinco. Marsilio, Venezia 1994, p. 16.
6. Fante J. Un anno terribile. Fazi, Roma 1985, p. 109.