

CLELIA E LA DROMOFOBIA. FENOMENOLOGIA DELLA FIGURA ANTROPOLOGICA

LORENZO CALVI

Molti anni fa sono stato chiamato da una famiglia a visitare in casa una loro figlia, che da qualche tempo li preoccupava. Fui accompagnato in una cameretta semibuia dove una giovane diciottenne era sdraiata sul letto completamente vestita salvo che la zona della vita era scoperta ed una mano era appoggiata a pugno sull'ombelico. Gli occhi erano aperti e fissi davanti a sé. Prima di entrare nella stanza, i genitori mi avevano informato che la ragazza, Clelia, teneva quell'atteggiamento da due mesi e che l'aveva assunto una mattina, senza alcun percepibile preavviso, dopo essersi alzata, vestita e fatto colazione come al solito. Da quel momento non aveva più parlato, né spontaneamente né per rispondere alle comprensibili, incalzanti domande. Il medico di famiglia aveva suggerito l'intervento d'uno psichiatra di sua conoscenza. Questi era venuto, si era intrattenuto brevemente con i genitori, aveva cercato di comunicare con Clelia senza alcun successo ed aveva concluso per una crisi isterica prescrivendole un blando tranquillante. Padre e madre si erano molto stupiti, perché a loro dire nulla avrebbe potuto far pensare che Clelia fosse un soggetto "nervoso", ma si erano anche tranquillizzati ed avevano affrontato la situazione con fiduciosa attesa d'un esito positivo e non troppo lontano. Clelia del resto, pur del tutto passivamente, li assecondava, lasciandosi nutrire, vestire, accudire in ogni modo senza opporre resistenza. Dopo due mesi però la situazione era parsa non più accettabile e si era ripresentata l'ansia: un amico aveva proposto il mio intervento.

Dopo aver ricevuto queste succinte informazioni, avevo chiesto di aumentare la luce nella stanza aprendo le imposte e di lasciarmi solo con Clelia. Mi sono seduto accanto al letto avendola di fronte e sono quasi sicuro che non ha mai girato gli occhi verso di me. Non ho fatto altro che posare leggermente la mia mano sulla sua mano posata sull'ombelico e questo è stato sufficiente a constatare che la ragazza era dominata da una fortissima rigidità muscolare percorsa da scariche continue di fremiti. Per circa un'ora sono rimasto in silenzio e senza cambiare atteggiamento, dopo di che mi sono alzato, ho rivolto a Clelia un cenno di saluto, non ricambiato, e me ne sono andato non senza aver detto ai genitori che non potevo ancora esprimere un giudizio, ma che sarei ritornato l'indomani. L'indomani si ripeté la stessa scena. Poiché mi era possibile trattenermi per più di due ore, rimasi per tutto questo tempo con la mia mano posata sulla sua, senza rompere il silenzio. Non ero nuovo ad un'esperienza di questo genere.

Nel lungo tempo della mia attività professionale, mi è capitato molte volte d'essere chiamato in una famiglia dove un malato, giovane per lo più, si trovava da settimane, se non da mesi, nelle stesse condizioni di Clelia. Ciò che accomunava questi casi erano l'immobilità, il mutacismo, la predilezione per il buio. Ciò che li distingueva era la possibilità di accudirli, facile come accadeva con Clelia, resa più o meno difficile da rigidità e da resistenze motorie. La mia prima mossa è sempre stata quella di restare solo col malato e di sedermi accanto al letto, assumendo così alla lettera l'atteggiamento "clinico". Assumevo la stessa posizione quando una persona similmente negativista veniva portata nel Pronto Soccorso dell'ospedale e/o quando avevo ritenuto opportuno accoglierla in un letto del mio reparto. Tuttavia, la situazione di trovarmi in una casa ed in una stanza sconosciute ha lasciato un segno più forte nella mia memoria, perché entrare in un'abitazione privata recava di per sé un elemento di novità, che rendeva la mia curiosità ancora più attenta che negli ambienti di *routine*. Più spesso delle altre, questa situazione ha inaugurato un prolungato rapporto di cura.

Dopo i primi, volenterosi ma inesperti, tentativi di comunicare verbalmente, avevo imparato a rispettare il silenzio. Mi ero abituato ad affrontare il silenzio senza dare segni d'impazienza e tanto meno senza guardare l'orologio, prefiggendomi anzi di non tenere in alcun conto il passare del tempo. Approfittavo dello star seduto comodo per far sì che fossi rilassato ma non assente, inattivo ma in stato di allerta. Ero come uno che aspetti una risposta senza mettersi in ansia nell'attesa, perché sa che la risposta potrebbe anche non arrivare. L'attesa comunque non era mai breve: poteva anche trattarsi di ore. Il mio tempo vissuto era vuoto di tensione e pieno d'attenzione. Mi collocavo tutto nel corpo,

nella muscolatura, e anche nella pancia, in uno stato ossimorico di rilassatezza attenta. Certo, non ero vuoto di pensieri, come dicono sia un mistico. Non è il mio caso. Il pensiero andava per conto suo, divagava, non si soffermava su niente in particolare. La mia attenzione era tutta sul corpo e su quel cambiamento corporeo, che sarebbe stata la risposta. Aspettavo che succedesse qualcosa tra la mia mano e la sua. Non soltanto con Clelia, ma con ogni altro malato, cercavo per prima cosa la mano, istituendo da subito un luogo circoscritto, che confermava la separazione, assicurando che il contatto corporeo si sarebbe fermato lì, e che nello stesso tempo apriva ad un possibile rapporto. Voleva essere un embrionale, potenziale trattino d'unione tra un io ed un tu.

Confidando su questo trattino – questo *Zwischen* direbbe un tedesco, questo *Aidà* direbbe un giapponese – aspettavo in silenzio. Non che fossi arrivato da subito a questa scelta del silenzio, perché ha prevalso a lungo l'abitudine tipicamente medica, imposta da chi t'insegna, di fare domande. Non sto a dire tutti gli inciampi che mi ha procurato questa abitudine, sinché ho riflettuto che era praticamente impossibile indovinare quando era il momento di fare domande. Ho imparato ad aspettare le domande del malato, che arrivavano, prima o dopo: «Chi è?», «Cosa fa?», più frequentemente: «Cosa vuole?».

Con Clelia le cose sono andate diversamente. Alla terza seduta la sua mano taceva ancora. Mi ero stancato di stare seduto. Mi sono alzato ed ho fatto due o tre volte il giro della stanza osservando le semplici suppellettili ed i prevedibili segni dell'infanzia non lontana e dell'adolescenza in atto. Mentre mi guardavo intorno, ho visto che i suoi occhi mi guardavano: sono tornato a sedere ed a prenderle la mano. Ho aspettato. Infine mi ha chiesto, con la massima naturalezza, come se fossimo nel bel mezzo d'una conversazione avviata: «Non ha paura?». L'ho rassicurata ed ho aspettato che si spiegasse. Da piccola, ad un'età non meglio precisata, aveva letto la storia a fumetti d'un uomo, che era ribelle in un paese totalitario. Quest'uomo veniva imprigionato e si era accorto che la sua cella, già piccola, diventava ogni giorno più piccola, finché aveva capito che una parete si muoveva adagio e naturalmente le immagini del fumetto lo illustravano suggestivamente fino all'ultima vignetta della puntata. Ma Clelia non aveva letto la puntata successiva. Non aveva saputo come era andata a finire e l'interrogativo non l'aveva mai abbandonata! «Ogni tanto mi torna la paura di essere schiacciata da una parete. Di solito questo pensiero dura poco, ma fino ad un momento fa era fortissimo». Facevo un bel po' fatica non tanto ad apprendere questo motivo di angoscia quanto ad accogliere una comunicazione così improvvisa e così inaspettatamente lucida e coerente. Facevo uno sforzo per trattenere lo stupore, ma fu la stessa Clelia che risolse la

mia tensione. Mi disse che, vedendomi girare tranquillamente per la stanza, aveva capito che i muri non mi avrebbero schiacciato e non avrebbero schiacciato lei. Non aggiunse altro. Quel giorno finì così; ma, quando la salutai, ottenni un sorriso.

Nelle sedute successive tenne ancora la mano sull'ombelico, ma il pugno non era stretto, lo sguardo non era assente, s'era instaurata una comunicazione verbale molto efficace sebbene irregolare. Frasi fluide s'intercalavano a frasi smozzicate ed io, tenendole la mano, sentivo vividamente il succedersi del rilassamento e della tensione. Tante volte, nell'ascoltare un malato, ho dovuto destreggiarmi tra i neologismi ed i paralogismi, le frasi prive di nessi grammaticali e sintattici. Niente di tutto questo in Clelia. Il suo eloquio era perfettamente comprensibile sul piano comunicativo mentre sul piano espressivo era violentemente disturbato nel suo ritmo. Lo sentivo con l'orecchio e lo sentivo con la mano. Di questo non saprei dire altro se non che produceva in me una risonanza alla seconda potenza e ritengo che questo fattore abbia avuto la sua parte nel decidere l'andamento del percorso curativo, se si pensa che la mano del medico poggiata sulla mano del malato funzioni non soltanto come recettore, ma anche come trasmettitore in quel "dialogo tonico" di cui il neuropsichiatra infantile Ajuriaguerra ha introdotto la nozione ed il nome.

Ed ora, prima di toccare il nucleo principale di questa narrazione, devo dire che Clelia è riuscita a spiegarmi più dettagliatamente come mai quel giorno aveva rotto il silenzio. La mia perseveranza nel restare fermo e silenzioso l'avevano persuasa che non fossi aggressivo ed avrebbe voluto dirmelo, ma non riusciva a sciogliersi. Quando mi aveva visto guardare le sue cose, aveva capito che non le stavo vicino solamente da medico, ma che ero curioso della sua vita, della sua persona. Questo le aveva infuso un senso di tenerezza, si era sentita donna, si era sciolta ed aveva parlato.

Su questo episodio sono ritornato più volte, riflettendo sul particolare clima che s'instaura in quel *setting* particolare, che è la camera stessa del malato. Muoversi qui, in un luogo, che lui conosce e tu non conosci, vuol dire affrontare uno spazio nuovo al quale devi adeguarti cineticamente, al quale devi piegare il tuo corpo con movenze che, lo sai o no, lo vuoi o no, sono molto simili, forse sovrapponibili se non mimetiche rispetto alle sue. Girando per la camera di Clelia e curiosando tra le sue cose, molto di lei è entrato dentro di me. Ogni passo del percorso, ogni oggetto ha impresso dentro di me un certo schema motorio e quindi un certo disegno esistenziale. Dopo un'esperienza di questo tipo, resta solo da immaginare quanto ci sarebbe da vedere eidetica-

mente e da praticare mimicamente quando s'incontra un malato fuori dal suo ambiente e quanto poco in effetti ci si riesca.

Ed ora veniamo finalmente alla mano stretta sull'ombelico di cui sono venuto a capo in poco più di due mesi, grazie ad incontri quasi quotidiani. È un racconto che ricostruisco da frammenti, ciascuno dei quali era corretto quanto al senso, ma sincopato, a volte singhiozzato nel modo che ho descritto. Frammenti, per giunta, pronunciati senza alcun riguardo alla successione cronologica degli eventi ricordati. Nell'infanzia, forse in seconda elementare, un compagno di scuola aveva detto a Clelia che i bambini escono dall'ombelico. Clelia aveva accolto la notizia senza impressionarsi più di tanto, ma dopo qualche giorno lo stesso compagno rincarava la dose spiegandole che, in qualche modo, il padre c'entrava: «Vedi – le spiegava il bambino saputo – è come un frullatore». Questo particolare doveva averla impressionata parecchio, perché riusciva ora ad esternarlo a prezzo di trasmettermi una grandissima tensione. Clelia però dichiarava che, almeno a quel che ricorda, allora non se n'era risentita e, di lì a pochi anni, aveva ricevuto notizie molto più sicure su come nascono i bambini. La pubertà le aveva portato una sensibilità sessuale assolutamente normale, accompagnata da episodi di masturbazione non frequenti e vissuti senza ansia particolare. Era soltanto un anno che la nostra Clelia, in concomitanza a questi episodi, avvertiva qualcosa all'ombelico, un fremito, come una vibrazione, qualcosa che non avrebbe saputo descrivere se non ricordando l'insegnamento avuto da quel bambino. E si può immaginare come Clelia mi tormentasse nel farmelo capire, come mi supplicasse: «Non rida, dottore, La prego, La prego!». Ciò che lei temeva, giustamente in fondo, che potesse provocare il mio riso, era la copula prefigurata come incontro tra l'ombelico ed il frullatore. Ma su questo punto furono spese pochissime parole, perché la simbologia in questione era così evidente che non si nascondeva certamente lì il nocciolo del problema. Infatti la tensione muscolare di Clelia non accennava a cedere se non a tratti. Risultò decisivo il momento in cui avevo camminato nella camera, dando a vedere che non potevo nemmeno sospettare un movimento delle pareti. Clelia arrivò finalmente a confessare che si teneva stretto l'ombelico, perché temeva che le vibrazioni da lei avvertite preannunciassero un moto vibratorio violento ed inarrestabile, tale da far crollare i muri. È indimenticabile per me lo scoprirsi del collegamento tra due episodi risalenti all'infanzia: il fumetto sciagurato ed il racconto del compagno di scuola.

Dopo alcune sedute di grande emotività manifesta, direi quasi d'euforia, Clelia acconsentì a lasciare il letto ed a fare qualche passo per la stanza: non lo faceva da sei settimane! Ma la sua mano non abbandona-

nava mai l'ombelico, il suo eloquio era sempre spezzettato. Quanto ai contenuti, Clelia non era andata oltre con i suoi ricordi, altri episodi rilevanti non erano emersi, mi parlava di banali avvenimenti familiari e scolastici, non c'era verso che facesse associazioni libere ed era come se non riuscisse a raccontare alcun sogno. Sembrava che la situazione dovesse continuare chissà quanto.

Un giorno Clelia parlava tranquillamente di cose futili ed io mi sentivo esentato dal seguire il suo discorso, lasciandomi mantenere altrettanto tranquillamente l'atteggiamento che ho chiamato di rilassatezza attenta. Cercavo di sentire se ci fosse un qualche ritmo nella sua emissione sonora al quale avessi potuto accompagnarvi per via di prassi mimetica muscolo-cinetica. In parole più semplici: se Clelia producesse una musica che io potessi tradurre in una danza mimata interiormente. Mi si presentò una sensazione indescrivibile, come un intreccio di forme. Questione di pochi secondi. Poi l'intreccio si sciolse e ne emerse questa sequenza di parole: ombelico-*omphalos*-Delfi-voce spezzata-l'oracolo-la Pizia. Trascrivo apposta i primi termini della sequenza senza l'articolo determinativo e gli ultimi con, perché così mi si sono offerti, quasi ad indicare grammaticalmente il passaggio dal vago al preciso, dall'incerto al certo. Mi risulta molto difficile, forse impossibile, esprimere il ritmo coreico, che io sentivo reggere la successione di queste parole. Questo mio vissuto, che vorrei definire musicale, è stato tanto intenso quanto fugace. Ne è scaturita una figura antropologica sorprendente: Clelia come Pizia.

La figura antropologica è un costrutto immaginario, che mi è venuto spontaneo utilizzare per la prima volta tanti anni fa ed al quale in seguito sono ricorso continuamente almeno tutte le volte che le circostanze di tempo mi hanno permesso di farlo, cioè quando ho potuto istituire un rapporto di cura continuato e duraturo. Perché non è detto, anzi, che la figura antropologica non compaia al primo incontro col malato, ma indubbiamente è più facile che questo avvenga dopo incontri ripetuti. Grazie alla visione eidetica e nel clima dell'empatia scompare, a volte gradualmente a volte di colpo, la figura reale del malato per lasciare il posto al suo ritratto fisiognomico. «Esso è il frutto d'una semplificazione dove alcuni elementi sono stati prescelti per la loro carica espressiva» (Calvi, 1978, p. 62). Dove quel "prescelti" deve essere inteso *cum grano salis*, lasciando spazio e "responsabilità" ad un lavoro preconsciouso. Ma questo ritratto è tutt'altro che stabile, anzi è il luogo manifestativo di ogni sorta di anamorfoosi e di metamorfoosi, rispecchianti i miei "affondi", più o meno fortunati, nella "materia prima" del malato. La figura antropologica «è più significativa di quella abituale, perché trascende il piano psicologico della fattualità e dischiude il

piano trascendentale della costituzione» (*ivi*, p. 64). Ciò è possibile grazie alla sua duttilità trasformativa con la quale, da luogo degli specchi, dei doppi, delle ambiguità, degli scambi, della polverizzazione, essa approda allo stato d'immagine eidetica, riassumendo in sé tutta la carica intenzionale, che sta investendo la situazione o perlomeno un momento di questa. Roberta De Monticelli interpreta molto bene tutto questo: «Qui siamo ben lontani dalla semplice intuizione *psicologica*, da quel mondo “mondano”, pratico e corrente di comprensione empatica che è la percezione dello stato d'animo altrui. Come nel caso dell'immagine poetica, la visione è destituita d'ogni valore pratico, non serve ad orientare le mie reazioni nei confronti della persona a cui si riferisce, non dà un'informazione empirica su di lei. E tuttavia, questa “smondanizzazione” della figura del paziente sembra, nei casi migliori, aprire anche al paziente uno spiraglio di conoscenza su qualcosa che lo concerne molto profondamente, quasi gli offrisse, entro la relazione, una possibilità d'incontro con se stesso» (2005, p. 18). Della figura antropologica ha dato un bellissimo esempio Paolo Colavero presentando il suo paziente Alessio nella veste di “cauto sminatore” (2010), dove si vede esplicitato benissimo il ruolo anche comunicativo ed espressivo della figura antropologica in quanto può essere utilizzata per “rendere l'idea”, “illustrare” il vissuto del curante quando si fa relatore.

E voglio anche dire che, recentemente, mentre ero intento a ricostruire la storia di Clelia ed a rivisitarne le varie implicazioni, ho allargato le mie letture ed ho scoperto il costrutto “modello operativo” elaborato da un noto psicoanalista: Ralph R. Greenson (1959).

Greenson si esprime letteralmente così (1959, p. 88): «Nel mio lavoro con questa paziente, giorno dopo giorno, avevo lentamente costruito dentro di me un modello operativo della paziente, il quale consisteva nel suo aspetto fisico, nelle sue emozioni, nelle sue esperienze di vita, nelle sue modalità di comportamento, nei suoi atteggiamenti, difese, valori, fantasie. Questo modello operativo era il sosia o la copia della paziente, e io lo avevo costruito e vi facevo aggiunte a mano a mano che acquisivo nuove osservazioni e comprensione. È questo modello operativo che, nell'ascoltare, io misi ora in primo piano. Ascoltai attraverso questo modello. Più esattamente: ascoltai le parole della paziente e trasformai le sue parole in immagini e sentimenti che derivavano dai *suoi* ricordi e dalle *sue* esperienze e che si accordavano con il suo modo di essere. Per dirla in altre parole: gli eventi, le parole e le azioni che la paziente descriveva erano ora lasciati liberi di permeare il modello operativo. Il modello reagiva con sentimenti, idee, ricordi, associazioni ecc.».

Ed aggiunge alcune precisazioni: «Il modello operativo del paziente dentro di me non è semplicemente una copia del paziente [...]. È abbastanza simile per non deformare, ma abbastanza diverso per essere d'aiuto [...] [Esso] non è identico al paziente, in quanto contiene anche le nostre aspettative sul paziente ed anticipazioni della sua potenzialità [...] [Esso] contiene anche le prese di coscienza e le interpretazioni che non sono state ancora date, ma che sono vicine alla coscienza del paziente. Anche le nostre conoscenze teoriche e le passate esperienze cliniche contribuiscono [...] a dare un'impronta al modello» (*ivi*, p. 90).

Non voglio dilungarmi a sottolineare tutte le corrispondenze esistenti tra la nozione di modello operativo e quella di figura antropologica. Nella mia esperienza, la figura antropologica si modifica in rapporto al paziente, così come – dice Greenson – avviene per il modello operativo. Per apprezzare adeguatamente questi due costrutti, bisogna ritornare alla classica situazione clinica e visualizzarla, fermandosi sul particolare che il medico seduto accanto al letto non ha il malato di fronte, ma ha davanti a sé uno spazio libero dove c'è posto, appunto, per la figura antropologica o modello operativo che sia. Calandosi in questo modo di vedere, la situazione clinica assumerebbe i tratti della rappresentazione plastica di quell'*essere-l'uno-accanto-all'altro*, che caratterizza il mio modo di pormi in una relazione di cura.

Di Petta ha riassunto benissimo questo tipo di relazione e lo riferisce così (2013, p. 22):

«1. Il clinico si delocalizza dalla propria posizione di partenza e si porta *à-coté* del paziente;

2. Dalla nuova posizione, il clinico costruisce per intuizioni e apposizioni un modello in parallelo della figura del paziente;

3. Il paziente, quando ne diviene consapevole e partecipe, prova ad esercitare la visione su se stesso da una prospettiva a lui collaterale, che non è quella del medico, né la propria, che sarebbero entrambe unilaterali;

4. L'effetto di spostamento ottenuto è un potente ruotatore epistémico, con ricadute straordinarie sulla dinamizzazione della patologia dal suo infossamento statico.

La posizione affiancata, in questa prospettiva, è la posizione in virtù della quale si realizza il *con*».

Nel corso del tempo mi è venuto spontaneo dinamizzare la figura antropologica con elementi significativi ricavati dalla cultura del paziente e dalla mia. Conosciamo tutti la diffusa consuetudine d'accompagnare una storia clinica con citazioni letterarie e, più raramente, figurative. Ciò che io faccio sistematicamente è di partecipare al malato le mie citazioni, che vanno a conferire parecchie sfaccettature in più alla

figura alla quale il malato è chiamato a confrontarsi a poco a poco, arrivando a contribuire alla sua costituzione ed avviandosi a lasciarla dileguare ed a prendere il suo posto. L'affollarsi di figure diverse nella figura antropologica aiuta il malato a dismettere la sua identità coattivamente univoca, plasmata dalla malattia, e ad assumere un'identità plurivoca, che si addice ad un'esistenza normale, aperta alla coesistenza col prossimo ed alla coesistenza in sé di vivente e di morituro. Tra le diverse figure, che s'affacciano sulla scena del *setting*, c'è anche una "figura di malato" con tutti i vantaggi e gli svantaggi relativi e c'è, soprattutto, la "figura nosologica", costruita da un'annosa tradizione psichiatrica e psicopatologica. Come abbiamo visto, alla presenza umana di Clelia si è sovrapposta una figura specifica, evocata con la parola "isterismo". Tanto evidente ed efficace è stata questa evocazione che i genitori di Clelia hanno reagito d'impulso col rifiutarla. Io stesso ho dovuto fare i conti con questa figura, arrivando pazientemente a comprendere quanto fosse significativa e quanto no.

Mentre vediamo, nel malato, una figura piena di lacune, di fessure, di buchi dove s'annida l'incomprensibile, che ostacola la relazione, la figura antropologica si presenta totalmente trasparente alla relazione in quanto costituita da elementi, che provengono dalla sfera della comprensibilità. Ed è allora tutto un lavoro di travaso da una figura all'altra. "Lavoro di travaso" è certamente un'espressione grossolana, mentre il "potente ruotatore epistemico" di Di Petta può risuonare intimidatorio. Cercherò di spiegare di che cosa si tratta ricorrendo ad altri termini. Tra le figure di varia provenienza (pazienti precedenti, personaggi letterari, incontri occasionali, ecc.) concorrenti a formare la figura antropologica come modello, s'instaura un dialogo, si mette in scena un teatrino, al quale il curante partecipa, sì, ma il meno possibile (dopo aver introdotto alcuni personaggi) ed il curato assiste e viene invogliato a partecipare sempre più attivamente. A tutto questo presiedono il clima dell'empatia – come sottolinea anche il citato Greenson –, la prassi mimetica e la visione eidetica. In questo gioco di specchi, di confronti e di scambi, il curato riconosce parti di sé da rinnegare e parti da incoraggiare.

Veniamo ora alla nostra Clelia, chiedendoci innanzitutto se sia lecito convocare in suo aiuto la Pizia. Poiché Clelia frequentava il Liceo classico, c'era da aspettarsi che conoscesse Delfi e quanto riguarda questo luogo. Facile previsione. Clelia c'era stata in gita scolastica, aveva imparato la storia dell'oracolo e della Pizia, aveva visto l'*omphalos* nel museo.

L'*omphalos* è un cippo di pietra istoriata con un disegno, rappresentante la coperta di lana che lo copriva e che si toglieva durante i riti. Esso ricorda, con buona pace degli archeologi, assai più un pene intu-

mescente che un ombelico. Ed è proprio un'immagine itifallica, che Clelia ha portato con sé, mentre la tradizionale equivalenza *omphalos*=ombelico ha rievocato il suo mito personale riguardo l'ombelico, costringendola a sentirselo addosso come un pene eretto. Ma, prima di affrontare su questa traccia l'angoscia di Clelia, riporterò qualche notizia di Delfi, precisando che non c'è un testo al quale riferirsi univocamente. Mentre, in altre occasioni, ho potuto parlare dell'androgino attingendo a Platone e di Dafne attingendo ad Ovidio, qui le fonti sono disperate e frammentarie, costituite da riferimenti letterari sparsi e da alcuni reperti archeologici. Delfi dunque è un antichissimo luogo eletto da Giove a centro del mondo, perché qui s'incontrarono due aquile, provenienti una dall'Oriente ed una dall'Occidente. L'*omphalos* segna il punto preciso dell'incontro, il kilometro zero. A Delfi Apollo volle avere un suo tempio dove scelse di comunicare con gli uomini rispondendo alle loro domande e sia pure in modo frammentario, allusivo, a volte facilmente decifrabile, a volte no: quel che si dice in modo oracolare. Col tempo Apollo delegò la funzione oracolare ad una sacerdotessa, chiamata Pizia o Pitonessa, che dapprima è una giovane vergine, poi è una donna anziana, nubile. Nel mondo latino la Pizia viene a chiamarsi Sibilla e si assiste ad una moltiplicazione dei santuari dove essa si esprime e da cui prende il nome. Col Rinascimento le Sibille vengono raffigurate accanto ai profeti. Potrebbe valere per tutte la Sibilla Delfica presente nella Cappella Sistina con un'immagine giovanile, non priva di maestà michelangiolesca.

In un suo brillante racconto, lo scrittore svizzero Dürrenmatt descrive la Pizia come una vecchia decrepita, stanchissima di pronunciare oracoli e disillusa.

Ho voluto segnalare questo testo, decisamente dissacrante, perché è un ottimo esempio d'ironia letteraria, utile a confermare ed a rafforzare quell'epochè fenomenologica, che non ci deve mai abbandonare, specie in escursioni di questo tipo.

Riprendendo ora la storia di Clelia, possiamo constatare, in sintesi, che la visita a Delfi ha riattivato la sua vecchia attenzione sull'ombelico e sulla sua centralità. Nessuno le ha spiegato che l'*omphalos* centro del mondo e l'ombelico centro del corpo sono avvicinati soltanto sul piano analogico e non sul piano ontologico. L'idea erronea che l'ombelico sia il centro del mondo e che sia pertanto un centro scatenante di vita e di movimento, ha risvegliato in Clelia la paura del muro che si muove. Clelia in definitiva tiene il pugno sull'ombelico, perché le sue vibrazioni l'avvertono che da lì potrebbe partire un moto tale da far cadere le pareti della stanza e quindi si sforza spasmodicamente di tenerlo

fermo riuscendo tuttavia a contenere solo in parte la terribile ansia che la possiede. Anche l'immobilità e il silenzio hanno lo stesso scopo di controllare la minaccia che verrebbe da ogni movimento. Non manca nel suo gesto una connotazione masturbatoria collegata al lontano ricordo del compagno di scuola ed alla visione dell'*omphalos*. Quando Clelia riesce a concentrarsi su questa figura, la paura del muro s'attenua e l'ansia s'affievolisce almeno per qualche breve momento, perché la sua interpretazione fallica facilita le fantasie sessuali.

A mano a mano che queste cose venivano in luce, la tensione muscolare di Clelia si affievoliva e lei stessa diceva che l'ansia la tormentava sempre di meno. Tra lei e me si veniva istaurando una conversazione pressoché normale dove non mancavano frequenti riferimenti ad una singolare circostanza. Le immagini dell'*omphalos* e della Pizia erano entrate in modo indipendente nella mia immaginazione e nella sua, motivo per cui entrambi avevamo qualcosa da dire nel portare questi elementi alla costruzione della figura antropologica confrontandoli tra loro. Intanto i vari fattori che verosimilmente avevano inciso sul suo stato d'animo venivano collocati nell'ordine, che giustificava la loro interazione. Al termine di tre mesi Clelia aveva ripreso la sua vita abituale, io la incontravo ancora in casa sua ma in un salottino, e questo per sua scelta. Avevo accettato questa scelta senza obiezioni, ma un giorno le chiesi perché non mi accoglieva più nella sua camera. Mi confessò che lei stava in camera sua meno che poteva, perché la paura che i muri si muovessero non si era del tutto dileguata e d'altra parte non lo diceva ai suoi genitori per non metterli di nuovo in ansia. Con la stessa segretezza mi confessava di toccarsi ancora l'ombelico quando non dava nell'occhio e di avvertirne ancora la vibrazione. Io non sapevo cosa fare se non farmi ripetere il resoconto della visita di Delfi, perché la centralità dell'ombelico e quindi dell'*omphalos* sembrava non essere per nulla risolta. Un giorno mi disse che la guida aveva spiegato con poche parole in che modo parlava la Pizia e lei aveva capito soltanto che il suo discorso era spezzato. Mi sono ricordato di Dante:

*Così la neve al sol si disigilla;
così al vento nelle foglie levi
si perdea la sentenza di Sibilla.*

(*Paradiso*, XXXIII, 64-66)

È stata l'ultima tessera che mi mancava a completare il mosaico.

Cercherò d'abbozzare sinteticamente la condizione clinica di Clelia. Un'esperienza infantile ha seminato in lei il germe d'una specifica dromofobia: la paura che il muro si muova. Un'altra esperienza infan-

tile l'ha fatta persuasa che la fonte del movimento si trovasse in una parte specifica del suo corpo: l'ombelico. Tutto questo è rimasto latente per anni, sinché i primi tentativi masturbatori hanno risvegliato la potenzialità motoria dell'ombelico senza peraltro altra conseguenza che lo stupore di sentire in sé la presenza d'una parte del corpo in precedenza misconosciuta. L'apprendimento (frinteso) dell'*omphalos* ha tratto i precedenti elementi dallo sfondo e li ha portati in primo piano suscitando un devastante stato d'ansia e le conseguenti reazioni difensive: immobilità, motoria e verbale, e pugno sull'ombelico. L'apprendimento (anch'esso frinteso) dell'eloquio della Pizia le ha dato il modello della comunicazione verbale, quando questa è stata recuperata.

Quando ha cominciato a chiarirsi il quadro della dromofobia e del ruolo attivo dell'ombelico, mi sono chiesto in che modo Clelia avrebbe potuto vivere una dromofilia capace d'attrarre a sé la sua carica intenzionale. Per mezzo di parafrasi e di antitesi, approfittavo di ogni suo frammento di discorso per suggerire la possibilità che il suo ombelico cioè il suo corpo cioè la sua persona sprigionasse una carica positiva. Qualcosa che non si sprecasse nella fatica inutile di smuovere un muro, ma desse un impulso alla sua esistenza. Un movimento in avanti che ben si addiceva ad una ragazza al confine tra l'adolescenza e la gioventù. Questo lavoro ci impegnò ancora per un anno e richiese il superamento di alcune tappe successive.

La paura che il muro si muovesse non era il frutto di un'allucinazione, ma di una visione eidetica, che imponeva a Clelia l'evidenza di una fattualità (il muro fermo) e di un'ulteriorità (il muro che si muove). L'attribuzione all'ombelico della capacità di muovere il muro si era sostituita specularmente alla capacità originaria del muro di muoversi da solo da quando era stato scoperto l'ombelico come sede di movimento. L'ombelico quindi entrava a pieno titolo nella sfera dell'ulteriorità. Clelia ed il suo letto, il suo corpo oggettivo e le pareti della stanza, il suo ombelico ed il pugno che lo bloccava, tutte queste manifestazioni disperse della nostra ragazza erano state ricondotte alle loro condizioni di possibilità in termini di dimensioni esistenziali di tempo, di luogo e di corpo proprio, che una situazione relazionale vissuta come cura aveva ricomposto. A questo punto Clelia mollava la presa sull'ombelico, perché aveva compreso che la fisicità di esso era fuori questione e che l'ombelico richiedeva non tanto di essere tenuto stretto quanto di parlarne.

Parlarne come? Parlarne come la Pizia, di cui Clelia ed io ci divertivamo ora a disegnare la figura attingendo liberamente dalla tradizione. La Pizia che veniva fuori dalle nostre conversazioni era una giovane affascinata da un feticcio (l'*omphalos*), dietro il quale s'intravedeva la

possanza di Apollo, e desiderosa di liberarsi da questa fascinazione, ciò che si sforzava di ottenere rifiutandosi di parlare chiaramente. Con la maturità la Pizia aveva superato la sua fascinazione e preferiva il silenzio: il racconto di Dürrenmatt ci aiutava molto, a segno che Clelia praticava ora serenamente l'ironia su se stessa, ora riconoscendosi nella Pizia ed ora distanziandosi fino a recuperare un eloquio normale. L'eloquio spezzato era stato con tutta evidenza un tentativo d'imitazione, per cui si deve pensare che Clelia, sul piano psicopatologico, non fosse del tutto lontana dall'isterismo.

I suoi genitori erano soddisfatti, ma si preoccupavano che la prolungata inazione l'avesse indebolita. Le consigliarono la piscina e Clelia accettò volentieri. C'incontravamo una volta alla settimana, ma ora la ragazza parlava solamente del nuoto. Descriveva l'impatto con l'acqua, l'emozione di fenderla e di sentirsi il corpo allungarsi nella bracciata, piaceri che chiunque conosce e può condividere. Ma ci metteva tanto entusiasmo, lasciava emergere una tale carica di sana sensualità nel dirmi che aveva scoperto col nuoto lo slancio, la propulsione, il movimento finalizzato ad andare avanti, che io non potevo non constatare che questa era la versione corporale di quella ulteriorità esistenziale di cui avevamo parlato per mesi. Come lo vive Clelia, il nuoto realizza al meglio la dromofilia, idonea a bilanciare una dromofobia non del tutto risolta e destinata verosimilmente a durare. Dissi a Clelia che andava benissimo così e che io avevo finito con lei.

BIBLIOGRAFIA

- Calvi L.: *Antropologia fenomenologica della masturbazione*, in *Sessualità e handicappati*, atti del Convegno di Milano 8-9 ottobre 1977, a cura di A. Tessari ed E. Andreola. Feltrinelli, Milano, 1978. Ora, col titolo *Giuseppe, ne Il consumo del corpo. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra sulla carne, il sesso, la morte*, cap. 3, pp. 61-65. Mimesis, Milano, 2007
- Colavero P.: *Alessio. Il cauto sminatore*. COMPRENDRE, 21: 66-103, 2010
- De Monticelli R.: *La coscienza paziente*, Prefazione a L. Calvi: *Il tempo dell'altro significato. Esercizi fenomenologici d'uno psichiatra*. Mimesis, Milano, 2005. (L'A. conosceva lo scritto di Calvi del 1978)
- Di Petta G.: *Lorenzo Calvi: il canone fenomenologico della cura*, Saggio introduttivo in L. Calvi: *La coscienza paziente. Esercizi per una cura fenomenologica*. Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2013
- Greenson R.R.: *L'empatia e le sue vicissitudini* (1959), in *Explorations in Psychoanalysis*. International Universities Press, New York, 1978. Trad. it.:

Clelia e la dromofobia. Fenomenologia della figura antropologica

Esplorazioni psicoanalitiche. Boringhieri, Torino, 1984; anche nel volume,
AA.VV.: *Affetti senza parole*. Bollati Boringhieri, Torino, 1995

Prof. Lorenzo Calvi
Piazzetta SS. Maurizio e Lazzaro, 2
I-23827 Lierna (Lc)

*Testo letto al XIII Corso residenziale di Psicopatologia fenomenologica di Figline
Valdarno (Fi) il 19 aprile 2013.*