

AL CUORE DELLA CONFUSIONE
RIFLESSIONI SULLA MALATTIA SOMATICA IN TERMINI DI IMPASSE

*Paola M. Tenconi**

No story accompanies this scar, your mother never talked about it (at least not that you can recall), and you find it odd, if not downright perplexing, that this permanent line was engraved on your chin by what can only be called *an invisible hand*, that your body is the site of events that have been expunged from history.

Winter Journal by Paul Auster

Nessun racconto accompagna quella cicatrice, tua madre non ti ha mai detto nulla riguardo ad essa (o almeno nulla che tu riesca a ricordare) e tu trovi questo strano, se non addirittura sconcertante, che questa cicatrice sia stata incisa sulla tua guancia da qualcosa che potresti chiamare una mano invisibile, che il tuo corpo sia il luogo di eventi che sono stati cancellati, espunti dalla storia.

Riassunto

Propongo una riflessione sugli effetti transgenerazionali di dolori non pianti e dispiaceri non condivisi e in particolare sulle possibili manifestazioni somatiche negli eredi. Partendo dal *soma* come luogo di iscrizione di emozioni antiche, ripercorro a grandi linee lo sviluppo della psicosomatica. Ipotizzo la persistenza dei “silenzi re-

* Paola M. Tenconi, medico, ematologo, psicoterapeuta, analista transazionale certificata CTA, formatasi presso la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia del Centro di Psicologia e Analisi Transazionale di Milano.

(e-mail: pmtenconi@fastwebnet.it)

lazionali” come “enclavi” nello stato del Bambino Somatico, come aree scisse del Sé. Utilizzo lo strumento diagnostico dell’impasse e ne approfondisco la teoria, dalla definizione storica dei Goulding sino alle attuali rivisitazioni. Riprendo il concetto di impasse di 4° grado di Erskine, mi interrogo sulla sua eventuale ridondanza e tuttavia lo trovo funzionale a rappresentare e sostenere, lungo il processo diagnostico, l’intuizione del terapeuta.

Abstract

AT THE HEART OF CONFUSION

REFLECTIONS ON SOMATOFORM DISORDER IN TERMS OF IMPASSE

I offer a reflection on the transgenerational effects of unwept pains and unshared sorrows, and in particular on possible somatic manifestations in posterity. Starting from the soma as a place of storing of old emotions, I retrace the outline of the development of psychosomatic approach. I hypothesize the persistence of “relational silences” as “enclaves” in the Somatic Child state, as split areas of Self. I use impasse as a diagnostic tool, deepening the theory, from the historical definition of Goulding to present interpretations. I draw upon Erskine’s concept of 4th degree impasse, I consider its possible redundancy, and find that throughout the diagnostic process it represents and supports the intuition of the therapist.

Condivido col lettore le mie riflessioni relative a come, nelle famiglie, il tacere riguardo a eventi dolorosi possa influenzare in modo rilevante la vita degli eredi. Partendo da spunti clinici, considero alcune possibili conseguenze intergenerazionali di un lutto non risolto. Mi interrogo su come dolori non pianti, segreti non svelati, verità scomode non affrontate trovino talvolta modo di esprimersi attraverso il *soma* di chi raccoglie il testimone delle antiche vicende. Il corpo diventa, in tali casi, il luogo di scrittura di questioni non risolte dalle generazioni precedenti e lo strumento di attuazione di decisioni impensate e impensabili, che si esprimono con sintomi, malattie o anche solo con posture difensive o atteggiamenti.

Prendo spunto dall'irrompere della malattia somatica nella vita di una mia paziente e, di conseguenza, nella nostra relazione terapeutica. Allargo il campo di riflessione, ripercorrendo a grandi linee l'evoluzione del pensiero psicosomatico e propongo l'uso della teoria dell'impasse, nella sua formulazione originaria e nelle sue rivisitazioni, per rivalutare, nello specifico, il quadro diagnostico e, in generale, per inquadrare situazioni cliniche che coinvolgono il *soma*.

Filo conduttore è il mio controtransfert, origine dell'intuizione alla base di questo scritto e, poi, guida nel lavoro di messa a fuoco e della risoluzione dell'impasse dei miei pazienti, mie e della nostra relazione.

Punto di partenza è l'osservazione clinica e, in particolare, quanto mi è accaduto con Sara.

Sara

Sara è una veterinaria poco più che trentenne ansiosa e costantemente in competizione con il fratello maggiore, con cui divide uno studio di famiglia. Contrattiamo inizialmente di affrontare la difficoltà ad affermare la sua professionalità e a godere dei benefici che dall'attività lavorativa le possono derivare. Non appena giunge a ridefinire il suo ruolo nello studio, a riconoscersi responsabilità e competenze, nonché a concedersi ritmi di lavoro più rispettosi delle sue esigenze, ecco che un incidente sul lavoro ha come conseguenza il riacutizzarsi di una pregressa neuropatia a un arto inferiore. Seriamente danneggiata dall'evento, lo svaluta con un atteggiamento che ricorda la "belle indifférence" dei disturbi di conversione. Saranno necessari alcuni mesi perché possa sentire il suo dolore fisico e ammettere la sofferenza emotiva che gliene deriva. Il tipo di disturbo e la tempistica con la quale si manifesta mi inducono a ipotizzare che la "risoluzione" di un sovrastante conflitto abbia portato ora in superficie qualcosa di più profondo. La continua competizione col fratello, la scelta degli sport, l'abbigliamento e il cipiglio quasi maschili nonché la scelta di continuare la professione paterna mi avevano indotto a ipotizzare un nucleo ingiuntivo inibente la possibilità di vivere la propria femminilità.

Quando decide di poter essere una stimata professionista, apprezzando, al tempo, l'eleganza e la cura della sua casa, il corpo mostra il suo conflitto quasi "spaccandosi in due": ricordo le vezzose scarpe nuove che calzava all'ultimo colloquio e, la settimana seguente, la telefonata con la quale mi comunica il sopraggiungere della paresi. Rimango preoccupata e confusa. Nelle successive sedute scopro che, quando Sara aveva solo 3 anni, la madre era stata operata per un tumore all'ovaio. Sara sa poco sulla malattia materna e questa mancanza di informazioni riguarda anche eventi accaduti negli anni successivi, quando lei era ormai adolescente o addirittura adulta. Il silenzio familiare sull'argomento è ancor oggi giustificato con il riguardo di non arrecare alla madre la sofferenza di tristi ricordi e di preservarla dal senso di colpa per, uso le parole di Sara, "aver mancato di essere mamma", costretta per curarsi ad allontanarsi, affidando la figlia alla nonna.

Inizialmente avevo posto la diagnosi di disturbo dell'umore di tipo distimico e avevo ipotizzato un'impasse di 2° grado.

Secondo l'originaria definizione, l'impasse è un blocco, un punto in cui si incontrano due o più forze opposte (Goulding, 1974). Bob Goulding descrive l'impasse di 2° grado come conflitto tra un bisogno del Bambino e un messaggio genitoriale di tipo ingiuntivo. Secondo l'autore è il Piccolo Professore (A1) che si assume il compito di mediare, prendendo una decisione che è una soluzione di adattamento.

Nel caso descritto avevo ipotizzato un conflitto tra i nuclei ingiuntivi "non godere" e "non essere del tuo sesso" da un lato e, dall'altro, il bisogno di essere riconosciuta. Avevo immaginato una decisione del tipo: "Nonostante io sia femmina, riuscirò a farcela, fosse anche necessario affrontare grandi fatiche e sacrificare il mio piacere".

L'improvviso peggioramento dello stato di salute mi è parso indicare che avessimo toccato, nei nostri incontri, qualcosa di sensibile e che il corpo di Sara in qualche modo si opponesse al cambiamento avvenuto. In letteratura è riportato che la risoluzione di un conflitto può evidenziare la comparsa di un'impasse più profonda (Mellor, 1984).

Il pensiero che il lavoro terapeutico potesse aver elicitato una difesa più profonda, si accompagna a un intenso mio vissuto controtransferale.

Non appena Sara mi racconta della madre sento sulla mia pelle, sotto forma di brivido, la paura di sua madre. Paura per sé, paura di non essere in grado di sconfiggere la malattia, di non poter accudire i figli e anche paura che il suo male possa avere un carattere di familiarità. Mi sono sentita invasa dal senso di impotenza di non poter preservare la figlia femmina dall'ansia di aver ereditato la predisposizione allo stesso male. Ecco che improvvisamente le frasi riportate del tipo «ma sei sicura che sia un lavoro adatto a una donna?» che, sino a quel giorno, io avevo interpretato come sessiste e che tanto mi avevano irritato, acquisiscono ora per me un nuovo significato. In una famiglia dove aver paura è tabù, l'essere femmina sembra diventare un disvalore. La paura è rimasta a lungo nascosta sotto una scorza di rigide convinzioni e pregiudizi.

Nelle settimane successive rifletto sulle emozioni materne che, mai rivelate, sono in qualche modo giunte a Sara. Nel momento in cui ho potuto immaginare la paura e la preoccupazione della mamma per la propria malattia e per il rischio concreto di abbandonare una bimba ancor piccola, allora, e solo allora sono stata in grado di uscire io stessa da un'impasse. Quel fastidio, quell'irritazione che provavo di fronte alle raccomandazioni con le quali i genitori le consigliavano una vita "più adatta a una donna" erano, da un lato, il portato dei miei pregiudizi, dall'altro erano la risposta concorde a come Sara ha interpretato le preoccupazioni genitoriali.

Contattare per qualche minuto quella paura mista a dolore ha riconnotato il mio sentire permettendomi di intuire un milieu emotivo che, sino a quel momento, non avevo percepito: questo, da un lato, "mi risveglia" e mi guida nell'acquisizione di nuove e fondamentali informazioni, d'altro canto, mi stimola nell'interrogarmi su questo "silenzio emotivo". Scopro così che, pochi mesi prima della nascita della bambina, la mamma di Sara ha subito una grave perdita affettiva.

Alla luce di tutto questo i messaggi genitoriali, che avevo interpretato come ingiunzioni, assumono ora, al mio sguardo, il carattere di vissuti emotivi della madre. Sento quindi il bisogno di ampliare il quadro sintomatologico e di ridefinire quello diagnostico.

L'assenza di dolore

La prima impressione, nel re-incontrare Sara dopo l'incidente è l'assenza di dolore, la mancanza di dispiacere per quanto le è accaduto e le sta accadendo: è il corpo che mostra i segni tangibili di un danno, senza che vi sia un sentire. L'improvvisa comparsa della malattia organica nella vita della mia paziente mi induce a prendere in considerazione un disturbo di somatizzazione. Joyce Mc Dougall, proponendo un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici, usa il termine *désaffectation*, cioè disaffezione, intendendo il ritiro di un investimento affettivo (Mc Dougall, 1989). Certi individui, dice, sono psichicamente separati dalle loro emozioni. In essi l'eloquio appare irrigidito, concreto, privo di richiami al mondo emotivo, privo di sfumature.

Ricorro a Laplanche e Pontalis per distinguere tra conversione e somatizzazione. Il termine conversione è introdotto da Freud per spiegare il «salto dallo psichico all'innervazione somatica»: attraverso la conversione i conflitti inconsci possono esprimersi simbolicamente in sintomi corporei. Quindi, mentre la conversione, tipica dell'isteria, è definita come la «trasposizione di un conflitto psichico e il conseguente tentativo di risolverlo in sintomi somatici, motori o sensori» (Laplanche Pontalis, 1967), il fenomeno psicosomatico si esprime, invece, con una sofferenza reale, concreta del corpo.

Dopo Freud, che insiste sulla dimensione pulsionale, Lacan sottolinea la dimensione linguistica del sintomo di conversione, secondo la quale il sintomo è una metafora, un significante che prende il posto di un significato rimosso. Con la conversione, quindi, l'isteria si struttura nel corpo come un linguaggio, creando un'anatomia fantasmatica che elegge il corpo a veicolo simbolico di un conflitto, lasciandolo tuttavia intatto. Nella somatizzazione,

invece, il corpo, non più portatore di una metafora, viene implicato nella sua concretezza (Recalcati, 2010).

Concetto su cui confluiscono Freud, Lacan e tutto il pensiero successivo è la mancanza di un significato simbolico del sintomo somatico.

Brevi cenni di psicosomatica: dall'ipotesi del conflitto di Freud, alle «dissociazioni senza rimozione» di Bucci

Come già accennato, la prima teoria psicosomatica, rifacendosi a Freud, considera i sintomi somatici come la conseguenza di un conflitto di natura inconscia tra desideri sessuali di origine infantile e difese psicologiche (Freud, 1894). Già a metà del secolo scorso prevale, sulla teoria conflittuale, l'ipotesi di un difetto di struttura di personalità. Per primo Jurgen Ruesch descrive come sia difficile per i pazienti affetti da malattie psicosomatiche riconoscere, rappresentare simbolicamente e verbalizzare le proprie emozioni (Ruesch, 1948).

Nei primi del '900, con le scoperte di neurofisiologia, la psicosomatica, nella sua più semplice definizione di "interazione mente-corpo" rischia di diventare una tautologia. Scrive infatti Porcelli: «poiché per ogni fenomeno umano esiste un'implicazione mente-corpo, soprattutto se si considera "corpo" anche il cervello, e non potrebbe non essere così, essendo il cervello un organo interno, ne deriva che se tutto è psicosomatico, nulla è psicosomatico».

Sono di questi anni gli studi relativi ai meccanismi di percezione somatica delle emozioni. Su di essi si basa il nostro concepire le emozioni da una duplice prospettiva: oggettiva e soggettiva. La lingua inglese usa due termini distinti: "emotion" per la componente biologica, intesa in senso oggettivo, come la sensazione percepita, attraverso la stimolazione di organi sensoriali, e "feeling", per indicare l'aspetto soggettivo, psicologico, inteso come l'attribuzione di significato al percepito, in base a schemi individuali messi a punto con lo sviluppo psico-evolutivo. Possiamo, quindi, affermare che «le due componenti del corpo (oggettivo e soggettivo) e dell'affetto (emotion e feeling) sono metafore linguistiche che tentano

di spiegare l'oggetto unitario psicosomatico con termini desunti dal linguaggio dualistico delle scienze biologiche e psicologiche» (Porcelli, 2012).

Superata, negli anni '70, l'idea che specifiche entità nosografiche (ad esempio asma e artrite reumatoide, solo per citarne alcune) fossero psicosomatiche, si apre la strada al modello biopsicosociale (Engel, 1977) che riconosce, da un lato la multifattorialità delle malattie e, dall'altro, il peso variabile di particolari tratti di personalità (Porcelli, 2012). In altri termini, superato il dualismo mente-corpo, si profila ora il superamento dell'accezione di malattia come necessaria conseguenza di un singolo agente etiologico. Non più soltanto il paradigma "una causa-un effetto: un batterio-un'infezione" ma la visione complessa di malattie croniche multifattoriali e di soggetti più o meno predisposti ad ammalarsi. È ormai opinione condivisa che alcuni fattori psicologici possano costituire un tratto di vulnerabilità predisponente alla somatizzazione (Engel, 1977; Kissen, 1963) ed è questo l'aspetto che mi interessa qui approfondire.

Accenno solo ad alcuni modelli che, come i sassolini di Pollicino, mi permettono di cogliere il paziente nella sua multidimensionalità.

Tra i molti modelli teorici, negli anni '70 Marty e de M'Uzan della scuola di Parigi delineano una personalità psicosomatica caratterizzata da un difetto nell'espressione delle emozioni, dalla mancanza di relazione con il proprio inconscio e da un atteggiamento conformistico. Definiscono tipico di tale personalità il pensiero operatorio descritto come carente nell'elaborazione degli affetti, povero di fantasia e di attività onirica, scarso di funzione fantasmatica e di empatia. Ritengono tale personalità la possibile conseguenza di una comunicazione deficitaria tra il neonato e la persona accudente: ipotizzano che al bambino sia mancata, almeno in parte, la protezione da sensazioni eccessive (Marty P., De M'Uzan M., 1963).

Un altro concetto chiave è l'alessitimia, letteralmente "emozione senza parola". Inizialmente considerata specifica per i disturbi psicosomatici, l'alessitimia è oggi unanimemente considerata un

tratto di personalità aspecifico, caratterizzato dalla difficoltà a identificare, descrivere ed elaborare le proprie emozioni.

Nemiah e Sifneos (Nemiah e Sifneos, 1970; Nemiah, 1977), prima, e il gruppo di Toronto, poi, hanno centrato la loro attenzione sul deficit di regolazione dell'attività emotiva e della consapevolezza affettiva: una sorta di cecità emotiva, basata sulla dissociazione.

Negli anni Novanta Bucci pubblica la teoria del codice multiplo, un modello esplicativo del modo di processare e rappresentare i contenuti informativi, cognitivi, senso-motori e viscerali (Bucci, 1997).

Si tratta di un approfondimento della differenziazione freudiana tra processo primario e secondario.

Secondo questa teoria, l'informazione viene rappresentata nella mente sia in forma verbale che attraverso i canali multipli del sistema non verbale. Concetto chiave del modello della Bucci è la proposta, accanto alla distinzione tra verbale e non verbale, di una ulteriore distinzione tra forme di elaborazione simbolica e subsimbolica. Mentre possiamo divenire consapevoli delle rappresentazioni simboliche, ad esempio quando abbiamo un'immagine in mente che non sappiamo esprimere a parole, le rappresentazioni subsimboliche costituiscono il "conosciuto non pensato". Le rappresentazioni subsimboliche derivano dalla continua processazione di stimoli percepiti da più canali, a livello viscerale e cinestesico. La capacità di connettere queste rappresentazioni non coscienti con un sistema simbolico verbale è detta dalla Bucci "attività referenziale".

Secondo questa teoria le emozioni sono concepite come degli schemi mentali che possono operare sia all'interno che al di fuori della consapevolezza. La costruzione degli schemi emotivi avviene attraverso differenti modalità sensoriali (tatto, olfatto, udito, vista, gusto) che, in parallelo, sono percepite sia a livello simbolico che subsimbolico e convergono in immagini prototipiche confermate dall'esperienza.

Il modello proposto si accorda con i Modelli Operativi Interni di Bowlby, con il concetto di Rappresentazione delle Interazioni

successivamente Generalizzate di Stern, con l'*embodied cognition* di Damasio, con le Doux ed altri ancora tra cui, come riprenderemo oltre, i concetti di Protocollo e di Copione di Berne.

L'autrice propone il suo modello per riflettere sul fenomeno psicosomatico, ipotizzando alla base della malattia somatica, una dissociazione tra i pattern sensoriali-motori di espressione delle emozioni e le parole. Nei pazienti psicosomatici si realizzerebbe, quindi, un arresto di sviluppo del processo referenziale o una disconnessione, ad esempio in conseguenza di un trauma, dando così origine a "dissociazioni senza rimozioni".

La teoria del codice multiplo e l'AT

La teoria del codice multiplo della Bucci, come sottolinea Cornell, offre alle psicoterapie di diverso orientamento una comune cornice di riferimento, utile a una attuale riflessione sul rapporto mente-corpo e sui processi di somatizzazione (Cornell, 2010).

In particolare, Cornell "legge" il livello ulteriore delle transazioni e i messaggi ingiuntivi come informazioni processate a livello non verbale e riconosce nel livello subsimbolico ciò che Berne chiamò tessutale, somatico, incarnato, e noi, oggi, *embedded* o incorporato.

"Approfondendo" la diagnosi e la riflessione sull'impasse

La storia di Sara si presta, a questo punto, a un ampliamento e approfondimento diagnostico. Amplio la diagnosi, integrando gli aspetti suggestivi di una personalità alessitimica. Approfondisco nella duplice accezione, e cioè, da un lato prendo in considerazione la diagnosi di impasse di grado più profondo, terzo e addirittura quarto grado; dall'altro colgo lo spunto per una riflessione teorica generale sull'impasse di grado profondo.

Torno quindi alla teoria dell'impasse. L'impasse di terzo grado è originariamente descritta da Goulding (Goulding, 1974) come «la sensazione di essere sempre stato così»: quella situazione, cioè, in cui il soggetto vive i suoi sentimenti, e i comportamenti che ne seguono, non come il risultato di un adattamento al volere di una autorità esterna, ma come se tutto ciò fosse il proprio stato naturale. In altri termini, l'adattamento qui è talmente precoce e

profondo, da non poter ritrovare né memoria né consapevolezza di un condizionamento. Bob Goulding sceglie di rappresentare questo livello di impasse avvalendosi del modello funzionale degli Stati dell'Io e lo disegna come una contrapposizione tra il Bambino Adattato e il Bambino Libero.

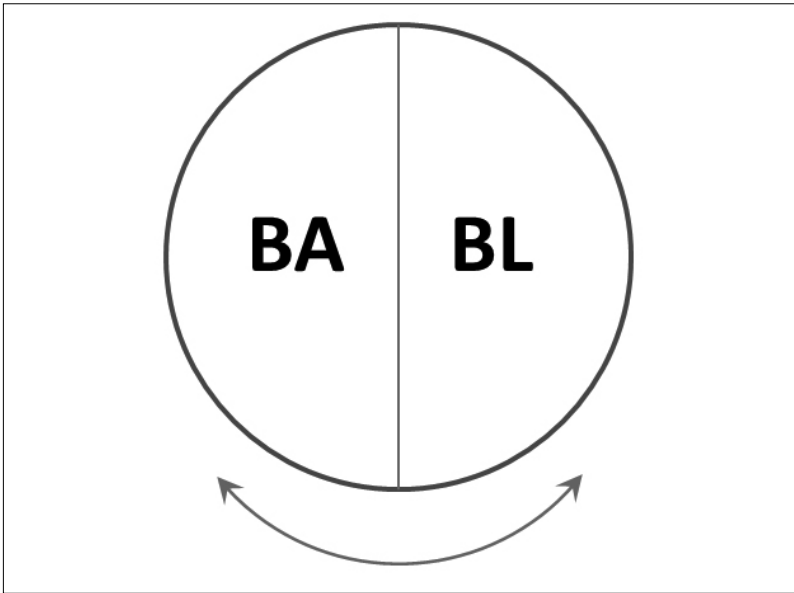


Fig. 1: Impasse di 3° grado secondo R. Goulding
(modello funzionale)

Il lavoro terapeutico, scrive, sarà portato avanti attraverso un doppio monologo Io-Io al posto del dialogo Io-Tu delle impasse di grado minore. Negli anni '80 Ken Mellor (Mellor, 1984) reinterpreta la teoria dei Goulding in un'ottica evolutiva e correla le impasse alla teoria primale reichiana, distinguendo differenti modi di provare dolore in relazione allo sviluppo. Lega l'impasse di terzo grado ai prototipi primari risalenti alle primissime esperienze di vita, se non addirittura a quelle prenatali, e pone l'accento sulle manifestazioni viscerali e somatiche del dolore tanto precocemente sperimentato.

Negli stessi anni Erskine aggiunge un suo contributo alla più famosa e fortunata teoria dei Gouling e descrive brevemente l'impasse di quarto grado, definendola come un conflitto emozionale tra le emozioni provate dal *care giver*, e quindi introiettate dal bambino nel suo Stato dell'Io Genitore, e la risposta affettiva del bambino stesso (Erskine, 1979).

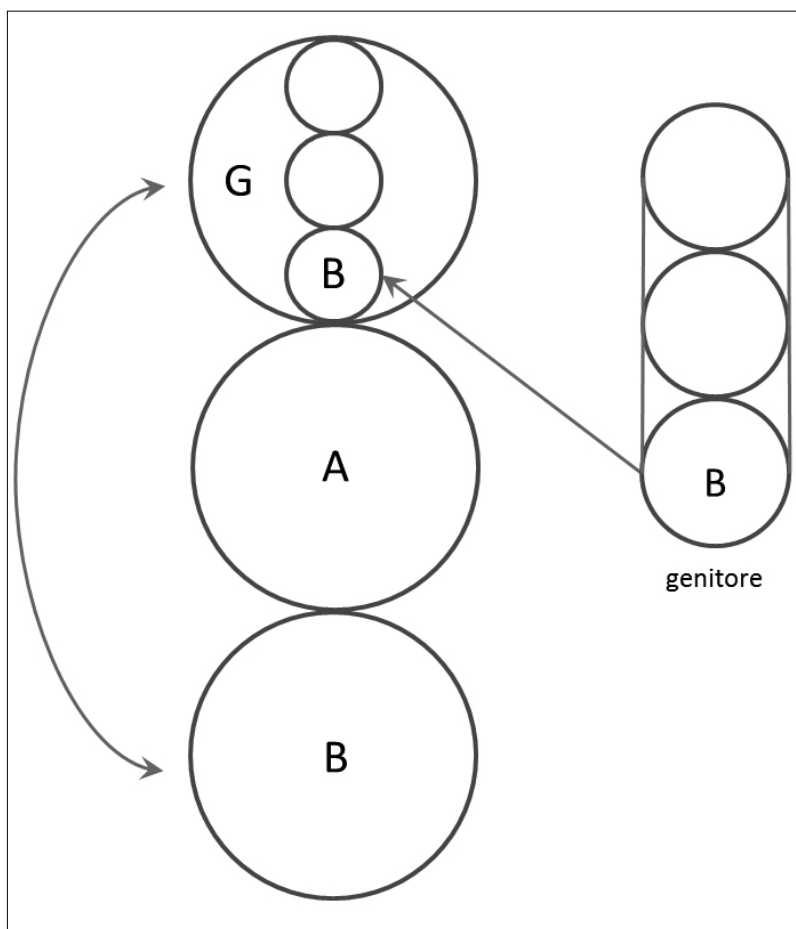


Fig. 2: Impasse affettiva di 4° grado secondo Erskine

Lo Stato dell'Io Genitore, secondo Berne è un insieme uniforme di pensieri, sentimenti e comportamenti che noi incorporiamo dalle nostre figure parentali. Se, in una determinata occasione, un genitore sperimenta un vissuto emotivo molto intenso, è possibile che il figlio lo incorpori nel suo Stato dell'Io Genitore (Berne, 1964). Erskine ipotizza che si possa realizzare un conflitto tra i sentimenti introiettati nello Stato dell'Io del Genitore e i sentimenti personali nel bambino. Questo tipo di impasse non contiene messaggi, bensì emozioni: possiamo dire che attiene al campo dei fenomeni non verbali, non solo perché coinvolge il bambino in una fase di vita preverbale ma anche perché lo stesso genitore “vive senza parole” l'emozione che lo turba.

L'impasse di 4° grado non viene più menzionata negli scritti successivi. Recentemente molti analisti transazionali hanno sentito il bisogno di ripensare all'impasse di 3°, in particolare, Silvia Attanasio Romanini (Attanasio Romanini, 2011) ha sollevato il problema di come rappresentare «l'apparente mancanza di intersoggettività» che lo caratterizza. Silvia Attanasio scrive:

nei primissimi mesi dello stadio dell'Io Bambino, la contaminazione del G sul B fa sì che il bambino faccia propri, senta propri, lo stato d'animo del genitore, somaticamente incontrato e percepito, cosicché, a motivo della indifferenziazione io-altro e della memorizzazione procedurale corporea o emotivo-viscerale [...] in una intersoggettività esclusivamente biologica e non mentalizzata, il bambino fa propri, sente e memorizza nel corpo, i contenuti fisico-emotivi del genitore (Attanasio Romanini, 2011).

Secondo l'autrice il polo genitoriale dell'impasse è costituito dal Bambino del Genitore. Cornell, descrivendo l'impasse di 3° grado come “una questione di identità”, sottolinea il confluire e il confondersi delle emozioni del genitore nel corpo del figlio (Cornell, 2010), concludendo, tuttavia, che il concetto di protocollo di Berne sia di per sé sufficiente a comprendere l'espressione a livello somatico di esperienze primarie non conscie.

Nel concetto di copione è insita sin dall'origine l'influenza anche inconsapevole delle generazioni precedenti, pensiamo alla defini-

zione di matrice di copione di Berne (Berne, 1972), all'epicopione di Fanita English (English, 1969) o, più recentemente, leggiamo l'invito di Susanna Ligabue a:

considerare il copione come l'esito delle negoziazioni implicite ed esplicite (inconsapevoli e consapevoli) con le generazioni precedenti (Ligabue, 2013).

Erskine stesso, in una tavola rotonda sul concetto di *script* tenutasi al congresso di Praga, sostiene come non tutti i life scripts siano basati su ingiunzioni genitoriali o decisioni di copione, ribadendo l'influenza di conclusioni inconsce basate su esperienze vissute sia in modo preverbale, in fasi precoci dell'infanzia, sia in esperienze anche successive, ma comunque in una modalità non verbalizzabile (Erskine, 2010).

Alla luce di queste ultime fonti mi sono chiesta se considerare l'impasse di 4° grado fosse oggi ridondante o persino superfluo. Ritengo, tuttavia, che la concisa e datata descrizione di Erskine sia funzionale qui ad accogliere e dare forma al mio vissuto controtransferale, permettendomi, in altri termini, di immaginare la relazione di Sara con la mamma sin dalle sue origini e quindi di darmi modo di ricostruire idealmente la genesi del processo, come a cogliere l'attimo in cui si genera la confusione. Riprenderò oltre il concetto di "stratificazione" dell'impasse come un processo percorribile in ambo i sensi: in senso anterogrado, nel tracciare un modello di costruzione della personalità, e a ritroso, nelle fasi diagnostiche e terapeutiche.

Tornando alla mia paziente, ipotizzo che la, seppur transitoria, irraggiungibilità emotiva del genitore nei primi tempi di vita possa aver contribuito allo sviluppo di un'immagine di sé frammentata, a un appiattimento emotivo e a una ridotta capacità di riflessione sui propri e altrui stati mentali.

Tutto ciò mi induce a cercare, nella più recente letteratura dell'AT, uno o più modelli teorici che possano prestarsi a rappresentare la manifestazione somatica come un deficit di integrazione, come un'esperienza non simbolizzabile e, inoltre, a descriverla in termini di impasse profonda.

Moderni modelli teorici dell'Analisi Transazionale

Tra gli scritti più recenti trovo il modello dello sviluppo del sé, proposto da Hargaden e Sills, adatto a rappresentare il possibile passaggio di un trauma non risolto dal Caregiver al bambino (Hargaden, Sills, 2001). Hargaden e Sills sono state insignite nel 2007 del Premio Berne per una affascinante integrazione della teoria AT con la teoria del Sé. Esse descrivono il processo di costruzione del sé, che fanno coincidere con il B2, partendo da G0 e B0. Quando l'ambiente è sufficientemente buono, la funzione Adulta (A0) si struttura all'intersezione di B0-G0 e, cioè, tra il sé emergente e il senso di essere in contatto con l'ambiente accudente: da questa intersezione ha origine un senso di sé coerente. Si tratta di un processo alquanto precoce, non accessibile alla memoria. Quando, invece, si verificano problemi nell'*attunement* tra il bambino e la figura che lo accudisce, le esperienze "non metabolizzate" possono essere splittate in G1, in un processo che ricorda il processo schizoide della Klein, oppure possono restare in B0, come aree di non integrazione, come un'enclave.

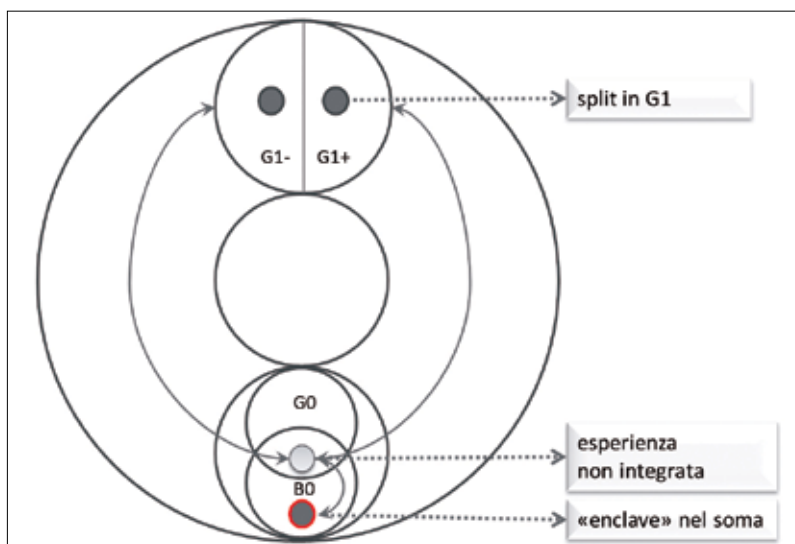


Fig. 3: Schema dello sviluppo del Sé (B2) di Hargaden e Sills, modificato dall'autrice

Nel primo caso, il risultato sarebbe una “rigidità” incapsulata in G1 a cui possiamo ascrivere un tratto di personalità o una modalità difensiva: nel G1 persiste un’area scissa. Nel secondo caso, il risultato sarebbe un’inclusione in B0 che può manifestarsi sotto forma di vissuto somatico, sia esso un atteggiamento posturale, una particolare sensibilità propriocettiva o una propensione del corpo a comunicare attraverso un sintomo o una malattia psicosomatica.

L’altro modello teorico cui desidero rifarmi è quello della molteplicità delle Unità Relazionali di Little (Little, 2006), secondo il quale possiamo considerare ognuno di noi come il derivato delle molteplici interazioni interpersonali di cui abbiamo fatto esperienza sin dai primissimi istanti di vita. Tra queste, quelle meno soddisfacenti si fissano, come in una gestalt non chiusa, lasciando traccia di sé sotto forma di un dialogo interno introiettato che si reitera in relazioni disfunzionali.

Trovo questo modello utile al mio modo di fare diagnosi; posso così far coesistere, nell’immagine che traccio del paziente, aspetti che colgo come discordanti: penso, ad esempio, a persone socialmente ben inserite e realizzate, che tuttavia portano con sé aree di profonda e intima sofferenza. Metto quindi a fuoco, di volta in volta, una determinata Unità Relazionale, cogliendo di un paziente sia gli aspetti “ben integrati”, frutto di Unità Relazionali risolte, sia pezzi scissi di antiche Unità Relazionali non risolte.

Questo tenere a mente sia le aree ben integrate, frutto di «sintonizzazioni felici» che le aree non risolte è, in questo stesso numero della rivista, oggetto dell’interessante articolo di Sonia Gerosa che apprende la sua riflessione sulla potenzialità insita nelle molteplici polarità dell’impasse. Sia il modello di Little che quello di Sonia Gerosa, ci focalizzano sulla tensione dinamica interna al copione.

Quando poniamo una diagnosi di impasse, fissiamo, come in un fotogramma, uno schema relazionale, indicativo di quella particolare relazione, che, in quelle specifiche coordinate spazio-temporali, si è fissato, come cristallizzato, in un dialogo interno. L’ipotizzare, attraverso quell’Unità Relazionale, un dialogo interno

permette di rappresentare una delle polarità dell'impasse, quella da cui nasce l'adattamento, il compromesso, la strategia di sopravvivenza. Quando le relazioni, cui facciamo riferimento, riguardano i primissimi tempi di vita, il *soma* diventa il luogo in cui il disagio si manifesta: mancano le parole per esprimerlo e, quindi, più che un dialogo, cogliamo un "silenzio interno", un non pensabile che si incarna; l'adattamento diventa allora postura, sensibilità propriocettiva o sintomo.

Ecco che, se leggiamo lo schema come evento puntuale, come un fotogramma, ognuno di noi, pur avendo nell'insieme goduto della presenza di un ambiente sufficientemente buono, che ha permesso lo sviluppo di un sé sufficientemente coeso, può essere allo stesso tempo portatore di un'esperienza non integrata.

In un'ottica di continuo divenire è come se ognuno di questi fotogrammi sovrapposti potesse, a fronte di esperienze significative, svilupparsi anche sull'asse temporale.

Nell'arco dell'esistenza, alcuni particolari eventi, corrispondenti a cambiamenti di fase di vita, come, ad esempio, l'adolescenza, l'inizio della vita autonoma, la nascita di un figlio, separazioni e lutti, possono rappresentare momenti critici che riattivano gli antichi schemi relazionali disadattivi e favoriscono il manifestarsi dell'antica "non integrazione", precipitando lo sviluppo di malattie somatiche. Rosine Debray, a questo proposito, parla di «periodi sensibili» (Debray, 2002). Allo stesso modo, altri eventi, opportunità di nuove relazioni interpersonali, e la psicoterapia tra queste, possono rappresentare l'occasione di riesame di antichi schemi relazionali e la chiusura della gestalt. Questo concetto, se da un lato mi induce alla ricerca a ritroso delle "lacune di sintonizzazione", dall'altro mi conferma nella convinzione di quanto un lavoro terapeutico possa giovare anche alle generazioni future, in termini di profilassi delle relazioni.

L'ipotesi del non integrato (l'enclave) in B0: la malattia come altro da sé

Avanzo l'ipotesi che l'enclave in B0, contenente "quel silenzio relazionale", frutto di quel precoce *disattunement*, a sua volta ri-

sultato di una temporanea irraggiungibilità emotiva del genitore, costituisca, nello Stato dell'Io Bambino, un'area scissa, incapace di esprimersi con un pensiero o un sentimento, capace, tuttavia, di concretizzarsi in un vissuto somatico.

Il resto dello Stato dell'Io non è in rapporto con il nucleo non integrato: può negarne l'esistenza o rifiutarlo o tutt'al più tollerarlo, ma, in ogni caso, non ne riconosce il senso, non dialoga con esso.

Quando parlo di area non integrata penso, ad esempio, a come la malattia spesso resti "fuori" dal soggetto, vissuta come altro da sé, oggetto denegato, escluso, di cui il paziente quasi si disinteressa. In altri termini, è un'area "mortificata" su cui manca un investimento affettivo.

Mentre scrivo ho in mente alcune manifestazioni somatiche, alcuni atteggiamenti del corpo, talvolta nemmeno inquadrabili in una patologia ben definita, ma che risuonano come una nota stonata. Ripenso, ad esempio, a Giovanna che, sin dal primo incontro, parlandomi dei suoi malesseri, mi disse: *«sa, io mi dimentico di respirare e poi sto male, mi gira la testa, mi vengono i formicolii; ma il punto di partenza è che mi dimentico di respirare. Per le altre persone non è così, loro non se ne scordano»*. Seppi poco dopo che sua madre era rimasta vedova a vent'anni, quando lei aveva poche settimane di vita: durante il suo racconto io visualizzai la scena di lei, in braccio alla madre, sulla soglia di casa, nel momento in cui veniva notificata la ferale notizia e, per tutto il tempo del suo racconto, avevo smesso anch'io di respirare.

I casi che cito sono accomunati dalla difficoltà a sentire: talvolta il non sentire è funzionale al non sentire dolore, talaltra è l'unico modo di percepire il reale che la persona sperimenta.

Se, da un lato, il modo di sentire nel corpo è vissuto dal soggetto come egosintonico, cioè, come il suo modo di essere – non a caso «sono sempre stato così» è l'espressione che Goulding usa per definire l'impasse di 3° grado – dall'altro, è spesso il sintomo a manifestarsi come "altro da sé". La paralisi di un arto, che blocca l'incedere, il rifiuto alla deglutizione, che rende difficoltoso e imbarazzante l'alimentarsi in pubblico, la patologia autoimmune,

che attacca e distrugge i visceri, sono tutti esempi di qualcosa di vissuto come irritante, fastidioso, ingiusto, ma sostanzialmente “estraneo”, “altro da sé”.

In altri termini, l'antico conflitto, indovato nel corpo, spesso emerge contrapponendosi a una struttura che rigidamente gli si oppone. È in questo modo che il sintomo, pur rappresentando un particolare tipo di adattamento, costituisce, in certi casi, una “voce fuori dal coro” e, se accolto e ascoltato, può essere considerato come una prima incrinatura nella corazza, attraverso la quale fare breccia per intravedere, o solamente ancora indovinare, l'esistenza di una manifestazione emotiva.

Compito del terapeuta è cogliere il sintomo come un oggetto relazionale, come qualcosa cui dare un senso durante il lavoro che si preannuncia lungo e incerto. Poiché, come ci ricorda la Dubray, non esistono malattie psicosomatiche, ma pazienti psicosomatici, l'obiettivo è dare un senso a quel sintomo, in quel singolo paziente e in quel particolare momento della sua vita e del nostro comune percorso terapeutico. Susanna Ligabue identifica il corpo come luogo dove “risignificare” l'esperienza del soggetto (Ligabue, 2004).

Nella relazione con Sara il suo sintomo corporeo, ripetizione di qualcosa già accaduta nel passato, ha acceso la mia preoccupazione, tanto più evidente, quanto più tale preoccupazione mi appare inizialmente assente in lei. Il suo modo di raccontare e di vivere la malattia, come qualcosa di fuori da sé, mi appare come il segno dell'incapacità a curarsi, di avere cura di sé. Il suo corpo colpito dal male è come un grido inascoltato. Ricordo che un punto di svolta nella terapia è stato quando, a seguito di un appuntamento mancato, ultimo di una serie, irritata e preoccupata per il venir meno della iniziale assiduità, all'incontro successivo, le ho riportato alcune mie riflessioni fatte durante “la sua ora”. Il fatto di averle esplicitato che, anche in sua assenza, io avessi pensato a lei, e come io ritenessi necessario continuare a pensarla, ha fatto sì che lei si potesse dare il permesso di fidarsi-affidarsi. Da allora la sua puntualità è migliorata e finalmente abbiamo potuto affrontare la sua diffidenza.

Il tema della fiducia-diffidenza è, nella mia esperienza, centrale con i pazienti somatici: spesso ho immaginato le persone a cui sto facendo riferimento, come dei bambini che “si tengono da soli”, che “decidono”, talvolta persino prima della nascita, di non potersi fidare-affidare ad alcuno; e questo è conseguenza di come hanno saputo e potuto interpretare “quel silenzio” genitoriale. In particolare, con Sara, parlare di fiducia schiude l’accesso a una immagine, forse un antico ricordo, forse una rappresentazione del suo sentire, di lei piccola lanciata in volo dalle braccia della mamma e lasciata poi cadere “a sorpresa, quasi a tradimento” in acqua.

Quanto accaduto nella relazione con Sara mi ha permesso di sentire la sofferenza di una giovane madre, colpita da una perdita importante proprio mentre stava per avere un secondo figlio; bloccata nell’espressione del dolore, l’ho poi idealmente ritrovata a pochi anni di distanza, impaurita dalla scoperta di un tumore. L’ho immaginata dilaniata tra il desiderio di restare vicina alla sua bambina e il bisogno di allontanarsene per curarsi; tra l’istinto di mettersi al sicuro e quello di tenere a distanza i figli, sia per potersi prendere cura di sé, che per proteggere loro dalla propria angoscia.

Tale distanza è perdurata in un meccanismo di negazione che ha gettato silenzio su un evento significativo per ogni componente della famiglia e soprattutto per Sara che, all’epoca, era ancora molto piccola. Questo atteggiamento ha fatto sì che dolore e paura, restando senza parole, divenissero la base per un conflitto preverbale, per un non-rimosso che trova nel soma un luogo ove iscriversi.

Col tempo, la stessa lacuna viene colmata con falsi ricordi e convinzioni di copione su cui si strutturano i livelli di impasse più superficiali.

Possiamo ipotizzare che l’allontanamento, prima emotivo, e poi anche fisico, della figura accudente, da cui è originata la prima “lacuna”, si sia poi strutturato in un messaggio ingiuntivo del tipo “non fidarti” o “non essere intimo”. Possiamo immaginare che l’ingiunzione, messaggio non verbale che passa dallo Stato dell’Io Bambino del genitore al G1 del bimbo, sia il risultato di una rielaborazione della paura originaria. È così che la paura e il senso di

protezione verso la bambina diventano un messaggio svalutante verso l'appartenenza di genere.

La “stratificazione” dell’impasse

Da quanto detto, provo a schematizzare l’impasse: avremo da un lato un adattamento, cioè una strategia di sopravvivenza, che è l’esito di un dialogo interno tra un’istanza Genitoriale e una Bambina, oppure di una relazione diadica tanto antica da non aver trovato parole e nemmeno simboli con cui esprimersi, e dall’altro, un Bambino Libero, che spesso resta per lungo tempo nascosto dai più evidenti aspetti adattati.

Provo inoltre a immaginare una sorta di stratificazione dell’impasse, come se potessi “ricostruire” la dinamica con cui l’impasse si è costituito. Ipotizzo, allora: l’impasse di 4° grado come l’atto primo della scena: il genitore invaso dall’emozione indicibile; l’impasse di 3° grado, atto intermedio, “scritto nei tessuti del corpo”. Nel Bambino Somatico (B0) l’adattamento assume la forma di quell’antico dialogo senza parole o addirittura di quel silenzio relazionale e persiste sotto forma di un’area priva di investimento affettivo, mortificata. In altre parole, potremmo dire che siamo al nocciolo della “confusione”: qui il “materiale incarnato” è indistinguibile dalla sua origine genitoriale. E infine, il terzo atto, l’impasse di 2° grado, che si realizza quando quell’urlo trattenuto del genitore è diventato ormai un’ingiunzione: il bambino lo ha introiettato, reinterpretato e trasformato in uno slogan (G1).

In tal modo, il concetto di impasse di 4° grado è funzionale a rappresentare la fase del processo colta intuitivamente dal terapeuta nel controtransfert e può diventare un filo conduttore durante il percorso che ha per scopo la risoluzione della confusione del Bambino e, cioè, il discernimento tra il vissuto emotivo del genitore e quello appartenente al bambino.

L’approccio terapeutico

I modelli teorici cui mi sono ispirata e le ipotesi che avanzo concorrono a un’immagine comune di un’“enclave”, cioè di un’area circoscritta, non comunicante, come “un corpo estraneo” che non

è in grado di colloquiare col resto. Il cuore del nostro lavoro è gettare un ponte verso quell'area scissa, quell'esperienza priva di memoria e di senso, dissociata e non rimossa.

Diversamente dai livelli di impasse più superficiali, dove con una certa facilità vediamo le polarità contrapposte, nei casi di impasse profonde ciò che colpisce è l'assenza; non è casuale che abbia più volte scelto termini come lacuna, silenzio relazionale, deficit, assenza di dolore.

Come già detto, diversamente che nell'isteria, non siamo di fronte a una conversione, non si tratta di scoprire un significato recondito, bensì di favorire il nascere di una relazione all'interno della quale il paziente possa "affezionarsi", attraverso noi, a quel tratto di esperienza relegata nella sofferenza del corpo. Quando parlo di "affezionarsi" penso proprio all'etimologia del termine: *ad-ficere* come collegare-apportare.

In casi come quelli descritti, il mio primo alleato è il sintomo che, proprio perché fastidioso o doloroso, rappresenta la prima voce che "rompe l'omertà", contrapponendosi, in qualche modo, agli altri adattamenti egosintonici. Lontana dall'interpretarlo, mi limito ad accoglierlo, ad ascoltare e coltivare la preoccupazione che esso genera in me riguardo alla salute del mio paziente, preoccupazione che spesso il paziente non ha e neppure comprende. La Bucci propone di stare sul sintomo considerandolo come un elemento transizionale attraverso cui costruire la relazione col paziente (Bucci, 1997).

Ricordo la voce di Sara: «*adesso che lei ripete le mie stesse parole mi accorgo che hanno un senso*», come a dire che finché lei resta sola con se stessa non riesce a cogliere il senso del suo sentire e del suo pensare. È chiara qui la funzione riflessiva: il riflettersi nell'altro, genitore-terapeuta come passaggio per riconoscersi e acquisire poi la capacità di una propria funzione riflessiva, attraverso la quale arrivare a dare un senso assolutamente personale al proprio sentire, (Allen, Fonagy *et al.*, 2008). Il rimandare al paziente le sue stesse parole, come un Adulto ausiliario, ha la funzione di favorire un metapensiero.

Da quanto detto, con i pazienti psicosomatici sono utili gli interventi che favoriscono la mentalizzazione: penso ad esempio al lavoro di identificazione delle emozioni.

Ricordo quando Giovanna, la donna che si dimenticava di respirare, giunse affaticata e spenta in seduta e, tra uno sbadiglio e l'altro, mi raccontò di una sgradevole interazione al lavoro. Contrattammo di lavorare su ciò e iniziammo a “scomporre” il coacervo emotivo usando pennarelli di diversi colori. Quando oltre alla tristezza, emozione familiare, riconosciuta e accettata, poté mettere sulla carta la sua rabbia e il suo disgusto per il comportamento di un collega, la sua stanchezza sparì. Mi disse: «ora so che se parlassi con quella persona potrei dire cose che offendono e allora, forse il mio essere così stanca e addormentata è il modo che ho trovato per spegnermi». Fu a quel punto che, raddrizzando il dorso, aprendo le spalle e guardandomi vivacemente mi disse: «ma lo sa che ora mi è passato il sonno?!».



Fig. 4: Il disegno di Giovanna

Secondo la Mc Dougall bisogna allargare lo sguardo dal “soggetto psicosomatico” all’ambiente in cui esso è cresciuto: «nell’inconscio di alcune persone, parti e funzioni del corpo sono vissute ancora come non appartenenti al soggetto, ma come proprietà di un Altro». Anche per la Ranieri l’organo colpito funziona come organo dell’Altro, come se l’oggetto non si fosse staccato dal corpo (Ranieri, 2010). Cornell descrive il passaggio fondamentale, nel dialogo col paziente, dal parlare del corpo, “de corpore”, al parlare

con e attraverso il corpo, a dare voce al corpo. Intitola un recente articolo *Whose body is it?, A chi appartiene il corpo?*. Nel vissuto controtransferale all'origine di queste riflessioni è stato attraverso il mio corpo che ho potuto percepire il brivido di paura che ho attribuito alla mamma di Sara. Ed è ancora attraverso il corpo che il paziente infine giunge a sentire e a riconoscere l'emozione originaria del genitore e a distinguerla dalle proprie.

Il "dimenticarsi di respirare" di Giovanna si risolse, e con esso gli attacchi d'ansia, quando poté distinguere il suo sentire da quello materno. Poté associare il suo sintomo allo sgomento provato per tutta la vita di fronte al dolore e alla tristezza materna. Risolvendo l'impasse di 4° grado, giunse a riappropriarsi del suo autentico sentire, potendo finalmente dare voce al senso di impotenza, e alla rabbia ad esso correlata, di fronte all'infelicità materna. Poco prima che ciò avvenisse, ricordo il modificarsi di un antico sogno ricorrente in cui lei si rivolgeva insistentemente a un uomo, senza che questi rispondesse mai ai suoi richiami: finalmente l'uomo la guardò, non le rivolse la parola ma le strinse la mano e lei mi disse di essersi svegliata sentendo quella stretta. Fu nello stesso periodo che mi mostrò una foto di suo padre e mi disse che avrebbe finalmente chiesto a sua madre di raccontargli di lui, uscendo da un silenzio lungo tanto quanto la sua vita.

La risoluzione di un'impasse di 3° grado richiede, in accordo con la teoria classica (Berne, 1961; Novellino, 1998) la deconfusione del Bambino. Alla luce di quanto scritto da Little (Little, 2011) e considerando i diversi, ma coerenti, modelli di organizzazione del sé, penso alla Romanini e a Hargaden e Sills, solo per citarne alcuni, la deconfusione ci chiede di prendere in considerazione l'Unità Relazionale B/G e di lavorare sui processi interpersonali di transfert e controtransfert.

È nel passare da un sentire complementare a uno concorde e viceversa che il terapeuta acquisisce gradualmente consapevolezza dell'antica Unità Relazionale.

La profondità di un'impasse di identità, la arcaicità delle ferite cui ci stiamo avvicinando richiedono molta cautela.

Ricordo, a questo proposito, il mio turbamento di fronte al racconto dei sogni di Nicoletta.

Affetta da una forma di patologia autoimmune insorta all'indomani della separazione dal marito, gravemente depressa, quasi spenta dall'ipersonnia e dalla aneidonia, portava in seduta immagini oniriche di particolare intensità: «Mi vedevo allo specchio con l'addome aperto, come durante un intervento chirurgico, con un tubo di acciaio lucente posizionato nel ventre che mostra del materiale interno purulento. Potevo alzarmi e guardarmi allo specchio: ho visto che in fondo era tutto marcio, c'era pus. Ho voluto vedere nello specchio a cuor leggero. Non avevo dolore». Sono stati proprio i contenuti del sogno a permetterci di "ricucire" un'immagine del sé frammentata che trovava la sua lontana origine nella difficile relazione primaria con una madre cresciuta in brefotrofo. Il lavoro con le immagini ha costituito la via percorribile per avvicinarsi con delicatezza a una ferita così antica da non poter essere ricordata né nominata. Quelle immagini crude di visceri esposti e di materiale marcescente che tornavano in differenti sogni hanno rappresentato un monito per me, un invito alla cautela. Dopo molti mesi, Nicoletta poté ricordare che la mamma, poco incline ad affettuosità, mentre la vestiva, le pizzicava dolorosamente le gote: questo raro contatto rappresentava per lei bambina qualcosa di doloroso, ma comunque desiderabile. Con la rievocazione di piacere-dolore, si aprì un percorso orientato a distinguere le emozioni arcaiche della madre dalle proprie, confuse e «biochimicamente codificate nel tessuto corporeo» (Erskine, 2010) e Nicoletta cominciò a stare meglio: i sintomi fisici diminuirono e si diradarono sensibilmente le visite specialistiche e gli esami invasivi e dolorosi ai quali spesso si sottoponeva.

L'inventore di sogni

A lungo i pazienti psicosomatici sono stati considerati "inanalizzabili", e ancor oggi essi rappresentano una buona percentuale dei fallimenti terapeutici (Mc Dougall, 1989).

Proprio perché non ci sono parole per descrivere l'originaria esperienza traumatica, saranno per molto tempo solo alcune intu-

izioni a guidarci: tra queste le immagini primarie che ci facciamo dei nostri pazienti, i sogni che loro ci portano e, quando i sogni ancora non possono essere sognati, le nostre rêverie che affiancano, arricchendole, le nostre riflessioni lungo il percorso terapeutico.

Come dice Meltzer è impossibile trattare i fenomeni psicosomatici attraverso l'interpretazione. Compito dell'analista, allora, è:

scoprire l'esperienza emozionale che il suo paziente è nella incapacità di sognare, fare questo sogno al posto suo, lasciandosi trasportare dalla sua propria capacità di rêverie, per tessere, a partire da qui, una disposizione interpretativa contenitrice (Meltzer, 1986).

In certi momenti del percorso con Sara mi sono sentita appesantita dalla continua presenza del concreto, dall'assenza di sogni o di fantasie e, in corrispondenza di un periodo di vacanza, le ho consigliato la lettura de *L'inventore di sogni* di Ian McEwan, pensando così di avvalermi dell'aiuto di Peter, il protagonista di dieci anni, instancabile sognatore a occhi aperti, che esclama:

[...] che bella cosa vestire i panni di un gatto [...] – e continua – [...] Non era affatto molliccio, come credeva che fossero tutti i corpi visti da dentro. Era caldo e asciutto. Si sdraiò sulla schiena e infilò le braccia dentro le zampe anteriori di William. Poi sistemò le gambe in quelle posteriori. La testa entrò come un guanto in quella del gatto. [...] Come era piacevole camminare su quelle quattro zampe morbide e bianche. Si vedevano i baffi spuntare dai lati della faccia e si sentiva la coda arricciolarsi da dietro. Aveva il passo leggero e la pelliccia gli dava la sensazione di comodità di un vecchio maglione di lana. Man mano che il piacere di essere gatti cresceva, Peter si sentiva gonfiare il cuore e il solletichio profondo che gli nasceva in gola divenne così forte da produrre un rumore decisamente udibile. Peter stava facendo le fusa. Era proprio un gatto Peter e laggiù, ecco il Bambino William [...] (McEwan, 1994).

Il libro, oltre a costituire un oggetto transizionale, custode del nostro legame durante il periodo di sospensione degli incontri, permette a Sara di scoprire come un autore possa esprimere un sentire intimo e profondo in un modo per lei non minaccioso. Nello scegliere il libro ho tenuto conto della speciale relazione

di Sara per gli animali e di come, spesso, nei colloqui, facciamo riferimento ad essi per poter parlare di bisogni, di istinto, di sensibilità, trovando nel mondo animale un “porto franco”, un luogo virtuale in cui giudizi e convenzioni possono essere rivisitati alla luce di uno sguardo libero. In questi preziosi momenti vedo affiorare il Bambino Libero di Sara che oggi sa esprimersi con una nuova gestualità. Nascono così smorfie, movimenti, versi, un lessico tutto nostro che non solo non sappiamo tradurre in parole, ma nel quale tolleriamo quell’indefinitezza che Bollas definisce come “conosciuto non pensato”.

L'attenzione al controtransfert

L'intensità del mio vissuto controtransferale con Sara è stato, come già detto, il punto di partenza di queste riflessioni.

Come scrisse la Heimann (Heimann, 1950) «le emozioni suscitate nel terapeuta sono spesso più vicine al nocciolo del problema di quanto non lo sia il suo ragionare».

La paura che attraverso il mio corpo ho percepito mi ha permesso di cogliere il sentimento permeante l'Unità Relazionale G-B, che risale verosimilmente al momento del distacco. Sentirmi così intimamente in contatto con il sentire del genitore mi ha consentito di tollerare la confusione e iniziare a pensare a un sentire distinto del bambino. Un ulteriore punto che voglio toccare è la fatica del terapeuta nel lavoro con un paziente psicosomatico. Come rilevato da Baldoni (Baldoni, 2010) i pazienti di cui stiamo parlando hanno spesso uno stile di attaccamento di tipo evitante. Buona parte di quanto detto riguarda la difficoltà di contattare ed esprimere il proprio vissuto emotivo. Non può stupire quanto ciò a tratti contagi anche il terapeuta: in più occasioni mi sono sentita impotente, inutile, tenuta a distanza. Quel senso di irraggiungibilità, cui ho attribuito l'originario *disattunement*, costituisce anche in terapia un vissuto pesante. Durante la stesura di questo lavoro, lenta e steppante, molte volte ho stentato a trovare le parole e altrettanto spesso sono stati il corpo e l'intuizione a venirmi in soccorso. Ho vissuto momenti di stallo e ho sentito la necessità di ricorrere alla supervisione. In particolare, voglio citare un intenso insight che mi

ha rinforzata nella decisione di scrivere questo lavoro. Ricordo me stessa nell'atto di dire: «mi sembra impensabile che in una famiglia si possano tacere delle informazioni così significative». Il mattino dopo mi sono svegliata di soprassalto all'alba con una vera e propria illuminazione: all'improvviso alcune informazioni, relative alla vita dei membri della mia famiglia, si aggregano in un modo nuovo, acquisendo un senso sino alla sera prima per me "impensabile". Con un meccanismo parallelo a quanto accaduto con Sara, posso ora leggere informazioni vecchie, sotto una luce nuova e, come in una ripresa cinematografica, spostando il fuoco da una generazione a quella precedente, la prospettiva cambia e dissolve alcune ombre. Nel mio caso personale, alcune sentenze della nonna, per decenni tramandate come il frutto di pregiudizi o di chiusure, diventano l'espressione emotiva incontenibile di una donna preoccupata di perdere una figlia per una gravidanza che potrebbe comprometterne lo stato di salute già precario. In un attimo mi è chiaro quanto della storia di Sara abbia a che fare con un certo pezzo della mia storia personale e di quanto sia importante per me riflettere sul passaggio intergenerazionale di vissuti non elaborati. Pur avendo per mesi riflettuto su questi argomenti, è stato per me necessario "usare" trasferalmente il mio supervisore per divenire consapevole della mia profonda motivazione in questo scritto e, al tempo, superare una fase di stallo, di non comprensione (Money Kyrle, 1956) e giungere infine a contattare in modo concorde il sentire della piccola Sara.

Mi avvio a concludere con la convinzione che il ricorso al modello dell'impasse rappresenti un modo di mantenere un focus costantemente orientato all'integrazione. Il rischio che sento in agguato è quello di un riduzionismo che spesso, superato solo in apparenza, ritorna, poco più in là, abbagliante, sotto nuove vesti. Penso ad esempio a come, soddisfatti di aver conquistato uno sguardo fenomenologico, illusi di aver lasciato alle spalle il dualismo cartesiano, noi medici ricadiamo poi nel riduzionismo del DNA dove il genoma acquista la nuova supremazia intellettuale; ci dimentichiamo che meno del 2% del DNA è trascritto in "qualcosa" che diventa una proteina o un carattere evidente. Più del 98%

ha funzioni di tipo regolatorio, corrisponde non a “cosa” trascrivere ma a “come e se” farlo. È nel DNA che, secondo una terminologia a noi familiare, potremmo definire “implicito”, che avviene l’incontro e l’integrazione tra le informazioni codificate e l’ambiente. È lì che si gioca la regolazione, l’espressione o meno di un carattere, l’attualizzazione della predisposizione a una malattia o no. Credo che il nostro sguardo di psicoterapeuti, allenati ad andare oltre il verbale, attenti a cogliere oltre l’esplicito, costituisca una ricchezza che, affiancandosi alle nozioni mediche, possa essere d’aiuto nel guadagnare o mantenere uno stato di benessere psicofisico.

Conclusioni

Spesso i pazienti si presentano con una depressione essenziale che povera di pensieri, si manifesta con la mancanza di sentimenti e la concretezza di sintomi somatici.

Il lavoro psicoterapeutico consiste, in questi casi, nel “restituire la mente al corpo”. Come scrive Odgen,

In condizioni sane, l’esperienza di avere un corpo e l’esperienza di avere una mente sono qualità inseparabili dell’esperienza unitaria di essere vivi. Il raggiungimento di questo senso vitale risulta particolarmente problematico quando, a causa delle sue prime esperienze infantili (che possono essere precipitate da una ipersensibilità costituzionale, da inadeguate cure materne o da un trauma) l’individuo è indotto a creare una disposizione mentale patologica distaccata dalle esperienze corporee (Odgen, 2001).

Il nostro obiettivo, secondo l’ipotesi descritta, ha come scopo la “reintegrazione” di quelle aree dell’esperienza che appaiono irraggiungibili, come relegate aldilà di una scissura mortifera. Il percorso terapeutico si snoda attraverso la costruzione di una relazione che mette il terapeuta nella possibilità di accogliere i vissuti frammentati del paziente. Saranno le immagini primarie che il terapeuta ha del paziente, le rêverie, i sogni del paziente, a guidarci, a tenerci compagnia, a consentirci di tollerare l’incertezza lungo il percorso al termine del quale il paziente possa giungere a dare un senso personale, idiosincratico ai propri sintomi.

BIBLIOGRAFIA

- ALLEN J.C., FONAGY P., BATEMAN A.W., (2008), *La mentalizzazione nella pratica clinica*, Raffaello Cortina Ed., Milano 2010
- ATTANASIO ROMANINI S., *Tra me e me: riflessioni sull'impasse di 3° tipo*, in «Rivista Italiana di Analisi Transazionale», XXXI, 23-24 (60-61), dicembre 2011
- AUSTER P., *Winter Journal*, Faber and Faber, London 2012
- BALDONI F., *La prospettiva psicosomatica*, Società editrice Il Mulino, Bologna 2010
- BERNE E., (1961), *Analisi Transazionale e psicoterapia*, Astrolabio, Roma 1970
- BERNE E., *Games People Play*, Grove Press, New York 1964
- BERNE E., (1972), *What do you say after you say hallo?*, trad. it. *Ciao!... e poi?*, Bompiani, Milano 1979
- BOLLAS C., (1987), *Lombra dell' Oggetto*, Edizioni Borla, Roma 1992
- BUCCI W., (1997), *Sintomi e simboli: la somatizzazione secondo la teoria del codice multiplo*, trad. da *Symptoms and symbols: A multiple code theory of somatization*, in «Psychoanalytic Inquiry» 1997, 17 (2), 151-72, www.psychomedia.it
- CORNELL W.F., LANDAICHE M.N., *Impasse e intimità nella coppia terapeutica o di counseling: l'influenza del Protocollo*, in «Rivista Italiana di Analisi Transazionale», XXV, 11 (48) giugno 2005
- CORNELL W.F., *Whose body is it? Somatic relations in script and script protocol*, in ERSKINE R.G., *Life Scripts*, Karnac, 2010
- DEBRAY R., et al., (2002), *Psicopatologia e Somatizzazione*, in «Psicopatologia dell'esperienza del corpo», Borla, Roma 2004
- ENGEL G.L., (1977), *The need for a new medical model: A challenge for biomedicine*, in «Science», 196, 129-36
- ENGLISH F., (1969), *Episcript and the Hot Potato Game*, in «*Transactional Analysis Bulletin*», 8, pp. 77-82, tradotto in ENGLISH F., *L'epicopione e il gioco della patata bollente*, in *Essere Terapeuta*, La Vita Felice, Milano 1976
- ERSKINE R.G., et al., (2010), *Life Scripts: Definitions and Points of View roundtable EATA Praga, July 9, 2010*, www.integrative-therapy.com/en/articles.php

- ERSKINE R.G., (1979), *Fourth-degree impasse* in MOISO C. (Ed.), *T.A. in Europe: Contributions to EATA summer conference 1977/1978*, Geneva, Switzerland: European Association for Transactional Analysis. Workshop conducted at the European Association for Transactional Analysis Congress, Seefeld, Austria, July 1977
- FREUD S., (1894), *Legittimità di separare dalla nevrasstenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"*, in *Lettere a W. Fliess*, Bollati Boringhieri, Torino 1986
- GOULDING R., (1974), *Thinking and Feeling in Transactional Analysis: Three impasses*, in «Voices», 1974, in *Il cambiamento di vita nella terapia ridecisionale*, Astrolabio, Roma 1983
- HARGADEN H., SILLS C., *Deconfusion of Child Ego State: a Relational Perspective*, in «Transactional Analysis Journal», 31, 2001, pp. 55-70
- HEIMANN P., (1950), *On Counter-Transference*, Int. J. Psycho-Anal., 1950, 31, trad. it. *Sul Controtrasfert*, in ALBARELLA C., DONADIO M., *Il Controtrasfert*, Liguori Editore, Napoli 1986
- KISSEN D.M., (1963), *The significance of syndrome shift and late syndrome association in psychosomatic medicine*, in «Journal of nervous and Mental disease», 136, pp. 34-42
- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., (1967), *Enciclopedia della psicoanalisi*, Laterza, Bari 1973
- LIGABUE S., Editoriale in *Linguaggi in connessione*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n. 41, La Vita Felice, Milano 2004
- LIGABUE S., *Uno sguardo alla cura della famiglia*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n. 58, La Vita Felice, Milano 2012
- LITTLE R., *Ego states Relational Units and Resistance to Change*, in «Transactional Analysis Journal», 36, 1, 2006, trad. it. *Unità Relazionali di Stati dell'Io e Resistenza al Cambiamento*, in «Quaderni di Psicologia, Analisi Transazionale e Scienze Umane», n. 46, 2006
- LITTLE R., *Impasse clarification within the Transference-Countertransference Matrix*, in «Transactional Analysis Journal», vol. 41, n. 1, January, 2011

- MARTY P., DE M'UZAN M., *La pensée opératoire*, in «Revue Française de psychanalyse», 27 suppl. 1963, pp. 1345-56
- MC DOUGALL J., (1989), *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, Raffaello Cortina, Milano 2008
- MCEWAN I., *Il gatto*, in *L'inventore di sogni*, Einaudi, Torino 1994
- MELLOR K., trad. it. *Impasses, una visione strutturale nell'ottica di una dinamica evolutiva*, in «Neopsiche», 2, 3, 1984
- MELTZER D., *L'apparato proto-mentale e i fenomeni soma-psicotici*, in *Studi di metapsicologia allargata*, Raffaello Cortina, Milano 1987
- MONEY KYRLE R.E., (1956), *Controtransfert normale e alcune sue deviazioni* in *Il Controtransfert*, a cura di ALBARELLA C., DONADIO M., Liguori Editore, Napoli 1986
- NEMIAH J.C., (1977), *Alexithymia: Theoretical considerations*, in *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, pp. 199-206
- NEMIAH J.C., SIFNEOS P.E., *Affect and fantasy in patient with psychosomatic disorders*, in HILL O.W., (a cura di), *Modern trends in psychosomatic medicine*, vol. 2, pp. 26-34, Butterworths, London 1970
- NOVELLINO M., *L'approccio clinico all'Analisi Transazionale*, Franco Angeli, Milano 1998
- ODGEN T.H., (2001), *Restituire mente al corpo*, in *Conversazioni al confine del sogno*, Astrolabio, Roma 2003
- PORCELLI P., *Sviluppi contemporanei della psicosomatica*, «Psicoterapia e Scienze Umane», XLVI, 3, 2012, pp. 359-88
- RANIERI N., *Il corpo lesa. Clinica psicoanalitica del fenomeno psicosomatico*, Bruno Mondadori, Torino 2010
- RECALCATI M., *Questo arcobaleno non parla...*, prefazione in RANIERI N., *Il corpo lesa. Clinica psicoanalitica del fenomeno psicosomatico*, Bruno Mondadori, Torino 2010
- RUESCH J., *The infantile personality*, in «*Psychosomatic Medicine*», 10, 1948, pp. 134-44

DA *FAI BEI SOGNI*

Nel corso degli anni il rifiuto della verità si era esteso a tutto il resto. Aveva aderito ai pensieri come una seconda pelle, diventando il mio modo di abitare la vita senza viverla.

Succede a noi che ospitiamo Belfagor nello stomaco. Pur di non fare i conti con la realtà preferiamo convivere con la finzione, spacciando per autentiche le ricostruzioni taroccate o distorte su cui basiamo la nostra visione del mondo. Molte frasi attribuite ai personaggi storici sono state inventate dai loro biografi. Eppure le citiamo con convinzione. Per rassicurarci nei nostri pregiudizi, leggiamo e ascoltiamo solo chi già la pensa come noi. E ci lasciamo cullare la mente in storie fasulle e versioni tranquillizzanti, interpretando la realtà in forma mitica e i miti in forma letterale. L'intuizione ci rivela di continuo chi siamo. Ma restiamo insensibili alla voce degli dei, coprendola con il ticchettio dei pensieri e il frastuono delle emozioni. Preferiamo ignorarla, la verità. Per non soffrire. Per non guarire. Perché altrimenti diventeremmo quello che abbiamo paura di essere. Completamente vivi.

Gramellini M., *Fai bei sogni*, Longanesi, Milano 2012