

RAFFIGURARE IL TRAUMA: APPROCCI TERAPEUTICI

Il 26 gennaio 2002 Lietta Tornabuoni scriveva su La Stampa “*Jeunet con <Il favoloso mondo di Amélie> va a centro con una commedia piena di fantasia, tenerezza e umorismo, fitta di personaggi disegnati con efficaci tocchi da impressionista: l'odioso fruttivendolo e il commesso sognatore, l'innamorato geloso e la barista ipocondriaca, il pittore malato e la portinaia nevrastenica, il giovanotto che colleziona fototessera fatte a pezzetti. [...] Invadente e supponente come una fata o una strega, l'impicciona Amélie trova la felicità anche per se stessa, benché ci voglia parecchio tempo per arrivarci. Il film-fenomeno non è dunque la fiaba rosa d'una buona fata, ma la favola nera d'un mondo di personaggi immaturi, inseguitori del sogno, patologicamente incapaci di accettare la realtà: abbastanza cinica, anche cattiva, come si poteva aspettarsi*”.

Lo spaccato di mondo rappresentato nel film -pur se con rara ispirazione estetica- è uno spaccato reale, duro, drammatico, ma anche romantico e romanzato che presentifica, a ben guardare, le distorsioni di comunicazione non solo a livello espressivo, nell'intesa tra i personaggi stessi, ma anche tra “l'ascoltatore partecipe” e i soggetti dialoganti nel film che sembrano “barricati” nei loro traumatismi, nelle loro perversità, nelle sicurezze patologiche acquisite come forma di autoprotezione. Il film sembra offrire una magistrale *lezione di soggettività*, quella soggettività che al terapeuta è così nota nell'incontro con ogni suo singolo paziente.

Parlo non a caso di ascoltatore (recettivo e attento) e non di spettatore (passivo), riferendomi proprio a chi con “tutti i sensi” si pone a percepire ciò che penetra la propria barriera difensiva e ciò che -nonostante lo stridore o la tenerezza evocata- si sedimenta nel proprio mondo interno nella polarità di emozioni sintoniche o distoniche. Parlo anche della posizione osservativa e al contempo partecipe di chi ricopre il ruolo terapeutico quando incontra “personaggi così connotati”, “pazienti così gravi”, “traumatismi così incistati”, ruolo di cui con questo volume ci vogliamo occupare.

Prendiamo a prestito il personaggio (anzi i personaggi) magistralmente delineato (i) ed interpretato (i) nel film attraverso pittogrammi dal tocco quasi surreale per aprire la nostra riflessione su una gamma di funzionamenti che si muovono dal paziente traumatizzato, a quello con aree dissociative, autistiche-solipsistiche, psicotiche che lo rendono evacuativo, somatizzante, spesso non attrezzato per i processi di soggettivazione.

Il filo conduttore di questo volume è legato proprio alla particolare declinazione del lavoro terapeutico utile per trattare questa tipologia di pazienti, apparentemente intrattabili, spaventosamente irraggiungibili, con una psiche organizzata primariamente intorno ad un profondo bisogno di autoconservazione.

Il titolo originale del film ci aiuta ancora a raccogliere alcuni elementi di riflessione interessanti per addentrarci nel nostro discorso tecnico: *Le fabuleux destin d'Amélie Poulain*. In primis osserviamo il rimando alla *Fabula*¹ e all'uso dell'immaginario interno come forma di difesa estrema da un mondo

¹ Un esempio di fabulazione interna di Amélie (quando il suo bersaglio d'amore Nino non si presenta al misterioso appuntamento) ritratta dal narratore del film “*Nino è in ritardo. Per Amélie ci sono due spiegazioni possibili. La prima: non ha trovato la foto. La seconda: non ha ancora avuto il tempo di ricomporla, perché tre banditi, multirecidivi, che assaltavano una banca, l'hanno preso in ostaggio. Seguiti da tutti i poliziotti della zona, sono riusciti a seminarli, ma lui ha provocato un incidente. Quando ha ripreso conoscenza, non ricordava nulla. Un camionista ex detenuto l'ha raccolto, e credendolo in fuga l'ha messo in un container in partenza per Istanbul. Là, è finito tra avventurieri afgani, che gli hanno proposto di andare a rubare testate missilistiche sovietiche. Ma il camion è saltato su una mina alla frontiera col Tagikistan. unico superstite, è stato accolto in un villaggio di montagna, ed è diventato militante mujahiddin. Perciò, Amélie non vede perché deve stare in quello stato per uno scemo che mangia la minestra di cavolo per tutta la vita con uno stupido portavasi in testa*”. Tratto da “Il favoloso mondo di Amélie” di Jean-Pierre Jeunet (25 giugno 2001).

persecutorio, pericoloso, desertificante che, intrudendo con richieste eccessive di integrazione, induce nel paziente-persona il rischio di una reale disintegrazione (si preferisce immaginare un rapporto con qualcuno, qualcosa o un'esperienza parziale che non c'è, piuttosto che creare un legame con chi si può incontrare e con l'ambiente colto nella sua complessità ed interezza); poi ritroviamo il *richiamo al destino* quale forma di autodeterminazione psichica che, attraverso le scelte difensive e la coazione, permette al paziente di sostare in una zona di funzionamento che costituisce, ai suoi occhi, il miglior adattamento possibile. *“Fallire la propria vita è un diritto inalienabile”*, dice argutamente in una battuta del film la stessa Amélie; possiamo pensare che molti dei nostri pazienti che si mimetizzano nella zona di destino da loro “prescelta” parlino preconsapevolmente con noi proprio con lo stesso linguaggio.

Civitarese si interroga, nel suo scritto, su quali strumenti adottare, considerando che il trattamento dei pazienti con serie difficoltà a mentalizzare resta davvero un enigma.

Il recupero della sensorialità, del contatto anche parziale con la virulenza delle immagini visive, oniriche o ipnagogiche interne del paziente (ma non solo), immagini che possono declinarsi in flashback nei traumi violenti, in stati dissociativi e frammentari della mente nelle patologie più gravi sembra essere la strada maestra alla costruzione di un varco relazionale attraverso cui poter sostenere il paziente ad iniziare a traghetare altrove o a scolorire, almeno in qualche punto, le tinte forti che fino ad allora hanno garantito l'uniformità del processo del mimetismo.

Con questo volume intendiamo presentare prospettive applicative di lavoro quali il trattamento EMDR di matrice cognitivista e la terapia della parola psicoanaliticamente declinata nei vari setting presentati, come strumenti differenti non tanto colti come modelli operativi a confronto, quanto piuttosto nella loro peculiare specificità prospettica e in integrazione.

Sia gli approcci cognitivisti che quelli psicodinamici sono oggi maggiormente orientati a definire l'affetto non tanto come stato mentale puro, ma come una risposta psicobiologica complessa, aspetto che fonda e sostiene la pluralità degli interventi curativi.

Il trauma, inteso come rottura delle barriere autoprotettive in senso lato, e i suoi effetti patogeni a livello prossimale (come trauma acuto, puntiforme ed attuale) o distale (nella cristallizzazione psicopatologica) è l'oggetto di focalizzazione dei diversi lavori presentati che si occupano di una parte o una prospettiva attraverso cui esso si estrinseca.

Così Peregrini ci ricorda che *“L'ansia è un meccanismo di difesa, che funziona come segnale di allarme: il nostro Io, dotato di capacità regolatorie, attraverso quest'emozione ci avverte del pericolo che sta di fronte e/o internamente a noi. Il pericolo di una perdita che minaccia, in un continuum, la nostra sfera narcisistica (una sorta di prezioso tessuto connettivo che ci sostiene), fino alla vita stessa”*.

L'approccio EMDR propone una visione per cui il trauma si annida nelle modalità di immagazzinamento delle informazioni a livello del sistema neurale, condizione che determina una segregazione disfunzionale degli elementi incamerati, con importanti effetti distorsivi e patogeni all'interno delle memorie affettive e sensoriali.

Nel seminario sul Transfert e nella testimonianza di lavoro di Civitarese si pone attenzione al trauma presentificato nella mente del terapeuta, rimarcando le diverse e possibili declinazioni di questo strumento di lavoro psicoanalitico (il transfert, ma anche la rêverie come capacità di sognare per il paziente e prima del paziente) che funge da bussola anche nelle situazioni più complesse, tracciando un percorso a piccoli, talvolta impercettibili, passi. Civitarese osserva che *“Nelle aree autistiche o psicotiche della mente vi è una difficoltà a trasformare proto-sensorialità (elementi beta) in immagini e questo diventa il problema principale di cui occuparsi (Ferro 2002). Per dare un senso alle cose, ci si trova allora nella condizione di dover lavorare a costruire pittogramma per pittogramma”*.

Entriamo ora nel merito dei seminari presentati.

Nella giornata di studio sulle potenzialità dell'EMDR intervengono numerosi psicoterapeuti, esperti eminenti nel settore del trattamento EMDR, terapeuti di formazione psicodinamica che si sono specializzati nel trattamento EMDR e practitioner che presentano casi clinici. L'uso del metodo EMDR viene presentato, proprio in ragione di questa potenzialità integrativa, come compatibile con altri strumenti di lavoro e finalizzato per essere colto all'interno di un approccio psicoterapeutico globale rivolto alla persona.

Secondo il modello EMDR la psicopatologia consiste nell'impatto di esperienze precedenti codificate e immagazzinate nella memoria nella loro forma originale, aspetto che si pone in linea con le teorie eziopatogenetiche dei modelli psicodinamici.

Marina Bianchi, che presenta gli approfondimenti della giornata porta all'osservatorio collettivo proprio le affinità epistemologiche che possono rintracciarsi tra paradigma psicoanalitico e metodologia EMDR.

Isabel Fernandez -eminente esperta che opera a livello di coordinamento nazionale per la ricerca e la pratica clinica dell'EMDR- evidenzia come sollecitazioni più attuali legate a stimoli che agiscono sull'emotività e su convinzioni negative implicite nei ricordi traumatici spingono il paziente a pensare, sentire e agire in modo coerente con gli eventi e gli schemi del passato. Il potenziale disfunzionale dei ricordi che alimenta la patologia dipende dalle modalità con cui essi sono stati incamerati: l'informazione è statica, non elaborata, immagazzinata e cristallizzata su immagini legate all'evento disturbante, collegata ad altre informazioni presenti in memoria in modo frammentario, incoerente o sensoriale. Basandosi sul Modello di Elaborazione Adattiva dell'Informazione, il metodo punta a focalizzarsi sui contributi esperienziali alle disfunzioni interne: Fernandez spiega che mentre il paziente si concentra sullo stimolo interno -un'immagine, una cognizione negativa, emozioni o sensazioni corporee legate al trauma- è sottoposto ad uno stimolo esterno dato dalla stimolazione bilaterale alternata (Set di durata di circa 30 secondi) o dal tapping. La stimolazione bilaterale -illustra Marina Bianchi- permette un accesso più rapido e riattiva il sistema di elaborazione all'interno del processo bipersonale che si viene a creare tra paziente e terapeuta con tutte le peculiarità ad esso sottese. Il terapeuta, poi, basandosi su passaggio di informazioni tra memoria implicita a memoria esplicita lavora sui feedback prodotti progressivamente dal paziente che, stimolato a livello neurale, lavora progressivamente con obiettivi di desensibilizzazione e rielaborazione dei propri vissuti dissociati e frammentati.

Il lavoro viene condotto all'interno di ogni singola seduta -come emerge con evidenza dal lavoro clinico condotto con i piccoli pazienti da Nicoletta Santilli Marcheggiani e Daniela Saporiti- con l'intento di lasciare il paziente in grado di pensare all'evento traumatico senza disagio emotivo, organizzando una nuova percezione di sé basata su cognizioni più adattive e sull'elaborazione dei disturbi percepiti a livello somatico.

Il principio che permea i lavori della giornata è che l'EMDR non possa essere inteso come un metodo applicabile in maniera meccanica, ma vada inteso come espressione più ampia di un processo psicoterapeutico che richiede al terapeuta di valutare ad esempio se il paziente è pronto per l'elaborazione o se è necessario un lavoro preparatorio, quanto dosare gli strumenti tecnici, come aiutare il paziente ad affrontare l'emergere delle informazioni sensoriali e corporee, come sostenerlo nella fase di chiusura della seduta e così via. D'altronde anche al paziente, ci ricorda Isabel Fernandez, viene richiesto un ruolo attivo e il terapeuta lavora nell'ottica di offrirsi come facilitatore.

Completa la giornata di formazione l'intervento del prof. Massimo Ammanniti che ripartendo da Freud ritraccia -attraverso un percorso che affronta numerose teorizzazioni legate agli studiosi delle relazioni oggettuali- una possibile storia nell'evoluzione del concetto di "trauma".

Partendo dalla concezione iniziale di Freud legata alle offese che l'individuo subisce per mezzo di eventi esterni e agli effetti traumatici che porta con sé non tanto l'evento in sé, ma lo spavento che ne deriva, Ammanniti osserva come siano la memoria, la rielaborazione psichica dell'evento e la risposta eccitatoria dell'organismo ad acquistare gradatamente rilevanza per Freud. Da qui rileva il crescente spazio per il peso specifico delle pulsioni sessuali che, irrompendo nell'Io, generano

pressioni conflittuali, fantasie inconsce che cercano una via di espressione. Dopo un'attenta disamina dei passaggi teoretici operati da Freud Ammanniti pone all'attenzione la conclusione freudiana secondo cui il trauma può derivare sia da stimoli esterni che da un aumento eccessivo di stimoli interni, con il risultato di un'inondazione dell'Io dove i vissuti di impotenza assumono un ruolo centrale.

Si apre lo spazio per iniziare a porre le basi per la comprensione dell'interazione tra processi interni e processi di risposta ambientale, aspetto ampiamente sviluppato negli studi di Ferenczi che ha attribuito notevole rilevanza ai processi introiettivi e identificativi, con attenzione alle dinamiche di "atomizzazione" della personalità del bambino per mano delle scissioni e identificazioni patologiche dell'adulto-ambiente. *"L'identificazione con l'aggressore"*, evidenzia l'autore, *"ha come conseguenza la sua scomparsa dalla realtà esterna: in tal modo l'evento da extrapsichico si trasforma in intrapsichico"*.

Procedendo nell'approfondimento Ammanniti recupera il pensiero di Masud Kahn sul "trauma cumulativo" attraverso cui il trauma viene teorizzato *"come evento o serie di eventi che possono passare inosservati ma che, considerati cumulativamente e retrospettivamente, determinano un effetto patogeno sulla strutturazione dell'Io"*; poi ripercorre alcuni spunti teorici su Balint, Bowlby per approdare alla psicologia relazionale, all'intersoggettivismo e al costruttivismo -con Searls come precursore, Mitchell e Storolow & Atwood, Gill e Hoffmann come esponenti- dove la crescita e strutturazione psicopatologica vengono dichiaratamente intese come figlie dell'interazione tra individuo e ambiente. All'interno di queste prospettive Ammanniti evidenzia come *"non sono gli eventi, anche se suscitano degli affetti (dolore, ansia, paura, gioia, ecc.) ad essere traumatici, bensì l'incapacità dell'adulto di condividere lo stato affettivo del bambino in tali momenti (Storolow & Atwood, 1992)"*.

L'ultimo accenno epistemologico che il professore ci propone è Bromberg che, all'interno della prospettiva intersoggettiva e in linea con le teorizzazioni fondanti la metodologia EMDR, sostiene che *"il disturbo di personalità potrebbe essere definito come l'esito caratteriologico di un uso eccessivo della dissociazione e rappresenterebbe una risposta proattiva e difensiva alla potenziale ripetizione del trauma infantile"*.

Tale prospettiva viene poi, coerentemente esemplificata nel lavoro di Daniela Saporiti che presenta un caso clinico di consultazione terapeutica ad una famiglia di una bambina (Giulia) colpita da un lutto attuale di un animale domestico, dove emerge che tale lutto abbia dislocato un elemento scisso, traumatico e mortifero delle esperienze familiari (la morte alla nascita del fratello gemello della bimba), impedendo a tutti di ritracciare la via della simbolizzazione. Il deficit rappresentativo ed elaborativo richiama, soprattutto nella madre, atteggiamenti di controllo e distacco che vengono trattati prima con l'EMDR (recuperando aspetti di lutti più antichi) e aprono poi la via ad una psicoterapia personale. Mentre l'assenza di mentalizzazione delle esperienze non conosciute della storia traumatica nella bambina si fa strada forzando il corpo e generando una sintomatologia di emicrania addominale. Tutti i familiari sono stati trattati con EMDR e poi è stata costruita la Narrazione sulla storia di Giulia per aiutare a rendere comunicabile il materiale prima dissociato alla presenza di tutti i familiari.

Il caso clinico di Pietro, riferito da Nicoletta Santilli Marcheggiani, presenta una diversa prospettiva di lavoro in integrazione tra approcci terapeutici, in cui l'EMDR viene inserito dopo un anno di terapia psicodinamica per trattare un momento di stasi nella terapia e un blocco emozionale derivante da traumi cronici e amplificati nel bambino. Nella storia di Pietro spicca una faticosa esperienza di monogenitorialità (condivisa con altri 3 fratelli figli di altri padri biologici) e una proiezione potentemente patogena su un maschile (il padre violento e abbandonico, l'identità transgenerazionale delle figure familiari internalizzate dalla madre, relazioni sado-masochistiche con copioni reiterati e rigidi) verso cui, inevitabilmente, la madre -con i suoi deficit e traumi- sembra spingere l'identità di Pietro. La confusione identitaria, la rabbia incontrollabile che Pietro esperisce, in assenza di adulti in grado di ritessere e alleggerire il carico della sua esplosività interna, lo fanno

sentire “*impossessato e indemoniato*”, con il riflesso di vissuti di impotenza cronici e distruttivi ed una dimensione paranoidea proiettata sulla relazione con l’adulto, sentito come indisponibile, traditore, imprevedibile, violento. L’EMDR viene in aiuto alla terapeuta per affrontare quel carico di auto-detonazione che il bambino teme di non avere gli strumenti per trattare e che esprime con l’agito e l’evacuazione; le sedute EMDR si focalizzano su un ricordo particolarmente traumatico (l’arresto del padre) e riconducono Pietro a riprendere in mano la sua identificazione patologica con il padre, iniziando a differenziare i piani e recuperare una dimensione di raffigurabilità per il suo mondo interno, divenuto così un po’ meno spaventoso e più dialogante all’interno del suo spazio protetto di psicoterapia.

Possiamo, dunque, pensare che la pratica EMDR sia applicabile a diversi livelli: da un lato essa può essere esigenza di chi conosce il modello e dunque lo utilizza come modello unico nel trattamento, da altri vertici può agire da elemento di approfondimento in alcune fasi del lavoro terapeutico condotto anche con altri paradigmi.

Nella pratica clinica, osserviamo, che chi non conosce tale metodo approccia le stesse problematiche con altri strumenti di lavoro. Peregrini, nel suo lavoro “Panico, ansie e angoscia ipocondriaca” riprende da una prospettiva psicoanalitica il tema della comunicazione sintomatica che viaggia tra mente e corpo in un fluire inarrestabile; l’autrice scandaglia molto significativamente alcuni meccanismi che spiegano e regolano le interazioni tra gli affetti e il sostrato neurofisiologico e somatico, rintracciandone percorsi comuni e vie di accesso.

Peregrini osserva che “*le paure precoci, una volta stabilitesi, rimangono iscritte nel corpo e vengono riattivate facilmente, scatenando nuove ansie e paure. Ma il sistema nervoso, fortemente plastico, può realmente modificarsi attraverso nuove esperienze (curative), trasformando lentamente le vecchie iscrizioni.*”

Affronta da vicino alcuni aspetti epifenomenici legati al Disturbo d’Ansia Generalizzata, agli Attacchi di Panico, all’Ipocondria evidenziando di fondo che, anche se il paziente porta all’osservatorio del medico o del clinico un sostrato di “non senso” o una “disconnessione di senso” per i suoi sintomi, ansie ed emozioni “*i disturbi “mentali” non appaiono mai dissociati, né sono dissociabili, dai loro corrispondenti (correlati) disturbi organici*”.

Rievocando anche le basi originarie del pensiero freudiano l’autrice osserva che “*l’emozione (l’ansia, nel nostro caso) usa il corpo come teatro, mentre il sentimento usa la mente. Corpo e mente sono semplicemente livelli diversi percettivo–descrittivi da cui guardare all’essere umano nella sua inscindibile interezza. L’emozione si manifesta nel corpo e lo influenza, incidendo per esempio sul modo di operare di numerosi circuiti cerebrali, cambiando profondamente sia il panorama corporeo in generale, che quello più specificatamente cerebrale*”.

La ricerca della regolazione -anche nella cura- implicherà allora il “*sapersi cimentare con le sottigliezze dell’esperienza soggettiva (affettiva). Significa un’esperienza che si riferisce a funzioni molto complesse e mai acquisite una volta per tutte*”.

L’autrice punta molto l’attenzione sul fatto che una pluralità di stati patologici (senza più una netta distinzione tra malattie organiche e psichiche) dipenda strettamente da “*un deficit di elaborazione cognitiva della componente affettiva delle emozioni, nel senso che le emozioni, poco riconosciute e metabolizzate, vengono espresse quasi unicamente attraverso le componenti di attivazione neurovegetativa*”.

Gli effetti osservabili della terapia analitica costituiscono allora un’ottima risposta: “*noi terapeuti, con le nostre immedesimazioni negli stati percettivo-sensoriali ed emotivi dei pazienti, incidiamo sul soma, sulla materia, perché introduciamo elementi di regolazione del sistema nervoso autonomo e degli ormoni che modificano le terminazioni nervose. L’esperienza, cioè, modifica continuamente il cervello e il corpo, da un punto di vista funzionale e strutturale*”. Per questo, nel caso di molti disturbi organici, soprattutto cronici, l’autrice ritiene utile che l’esperienza di una terapia analitica accompagni la terapia medica.

Recuperando il pensiero di Bion *Peregrini ci ricorda* che ciò che diventa fondamentale nel lavoro terapeutico di fronte al sintomo somatico è leggere e riferirsi al paziente parlando dei dati fisici, biologici, somatici “*quasi un invito a guardare insieme, con interesse, l’alieno, la concretezza della creatura “mostruosa”, senza cercarne al momento il senso.*” [...] “*Il corpo, se studiato e nominato, pure in un trattamento che non è medico (né ha alcuna affinità con le “terapie di rilassamento corporeo”), può davvero espandere la pensabilità, perché esso è, in sé, per sua conformazione, e per suo naturale e ineliminabile isomorfismo con l’immaginazione, -essendone la fabbrica-, un autore perpetuo di linguaggio adatto a parlare dell’essere*”.

L’importante, teorizza l’autrice, non è attribuire subito un ordine simbolico, ma aiutare il paziente a dare nuova consistenza al corpo, facendogli acquisire anche una consistenza immaginaria. “*Così, il paziente può cominciare a esistere e a sentire di esistere davvero*”.

Civitaresse con il lavoro “*Stati inaccessibili della mente e rêverie*” si rivolge nella sua proposta di trattamento tipicamente psicoanalitica, a quei pazienti che “*non portano sogni, tendono a raccontare all’infinito e monotonamente le stesse vicende della vita quotidiana. Svuotano le parole del loro significato, le riportano al loro grado sensoriale, le riducono a nenia, ne azzerano qualsiasi risonanza affettiva*”. Parliamo qui dei pazienti autistici, di quelli con nuclei psicotici, di quelli risucchiati da quel buco nero che possiamo rappresentarci come un “*troppo pieno*” di pressioni angosciose e catalizzanti che a noi fa percepire il “*vuoto*”, quelli che rallentano il tempo fino quasi a fermarlo, quelli che immettono nel controtransfert sensazioni claustrofobiche.

Come entrare in sintonia con qualcuno che si sottrae così tenacemente a ogni rapporto? La capacità di rêverie in questi casi -ci ricorda l’autore riprendendo Ogden- può assumere anche una qualità “*allucinatoria*” e strettamente sensoriale, di intensità fisica: all’analista è richiesta “*la disponibilità a contenere nella sua mente contenuti disturbanti ovvero potenziali contenuti-killer (Ferro 2002), la pazienza di ospitarli per tutto il tempo necessario a trasformarli (T→O) e non solo per conoscerli (T→K)*”. Bisogna, dunque, anche nel setting analitico trovare il modo di tollerare e maneggiare aree dissociate e dissepolti della mente, nuclei frammentati, stimoli sensoriali disturbanti e nonsense.

L’autore ci ricorda che “*alcuni pazienti si costruiscono delle barriere per difendere un sé ferito. Per esempio fanno uso di un meccanismo analogo a quello descritto da Meltzer e al. (1975) come “smontaggio”, che è un modo di perdere la consensualità dei sensi, di lasciarli andare ciascuno per conto proprio, e di legarsi allo stimolo puramente sonoro offerto dalle proprie stesse parole*”. Con questi pazienti il silenzio può assumere multiformi significati, talvolta fungendo “*-dopo i momenti più fertili da isolante necessario per tenere a un livello di tollerabilità le tensioni che si attivavano a ogni incontro*”. La terapia della parola deve allora, talvolta, poter anche saper rinunciare alla parola “*piena e simbolica*” e intercettare altre forme di comunicazione.

Come di fronte ad una TV a cui viene improvvisamente tolto l’audio con una di queste pazienti Civitaresse osserva “*avverto di fare più attenzione alle mie sensazioni e di percepire in modo più fine quello che rientra nel mio campo visivo. Ritrovo il senso della corporeità, della postura, come se volesse richiamare la mia attenzione su questi livelli primitivi di (non-/o difettosa) integrazione somato-psichica. Forse è come se la sua barriera corallina avesse qui e là dei varchi da cui potrebbero arrivare cose tremende, le presenze inquietanti che popolano l’inconscio. E potrebbero, appunto, essere i buchi nell’estetica dell’essere (Bollas 1978) causati da traumi sofferti in fasi della vita anteriori alla costituzione dell’Io, e iscritti come schemi senso-motori nell’inconscio inaccessibile*”.

L’analista deve allora poter ritornare a rivivere con il paziente, almeno in una prima tranche di lavoro, “*le fasi della vita in cui su tutto dominava la sensorialità; ripetendo il processo del primitivo insediamento della psiche nel corpo*”.

Recuperando Aron (2006) Civitaresse ipotizza che con questi pazienti un uso disciplinato dell’autosvelamento possa essere davvero utile. L’autore invita, in questa prospettiva, l’analista ad assumere un volto più umano e meno metafisico: se talvolta egli “*si sente libero di esprimere i suoi*

dubbi o confessa che sta vivendo un conflitto sul modo di porsi rispetto a qualche fatto dell'analisi, può portare il paziente in una dimensione di ambiguità che può rivelarsi utile.” [...] “Naturalmente, dal punto di vista del campo analitico l'auto-svelamento non sfugge al paradigma del setting e dell'onirico in seduta (Civitarese 2006)”.

Puntando poi sulle possibilità di cogliere e ampliare una reversibilità tra corporeo e psichico che si può instaurare non solo intrapsichicamente al paziente, ma anche nell'incontro tra due persone Civitarese attraverso il pensiero di Bion ci riporta al *“reciproco e inconscio influenzarsi che in una rêverie dell'analista possa “tradurre” un vissuto traumatico del paziente inscritto nell'inconscio non rimosso, un buco nel pavimento sensoriale dell'Io”.*

A questo punto all'analista -per riprendere gli strappi traumatici del tessuto dell'inconscio non rimosso- non resterà che accettare di “giocare” la pièce pirandelliana del “personaggio in cerca d'autore”, raccogliendo gli elementi emozionali sparsi e decontestualizzati, aspettando che gli elementi beta si presentino da sé in questa sorta di *Casting*, mostrando la loro effettiva consistenza per impersonare un ruolo, a cui poi poter dare voce. Civitarese concorda con Mancuso (2006) nel considerare come inclusivi gli interventi che mirano a fare entrare in scena aspetti di queste nuove configurazioni, descrivendo *“il movimento che dal mondo interno dell'analista si compie per andare verso il paziente (in pratica verso chi, in quel momento, rappresenta il paziente) per riportare dentro qualcosa che è ancora poco evidente”.*

Nei contributi portati al seminario “Il diritto alle sfumature: qualità e forme del transfert” si parte dall'assunto che ciò che caratterizza il metodo psicoanalitico -rispetto ad altre forme terapeutiche- è l'uso del transfert sia come riferimento principale del setting interno del terapeuta sia come una bussola che nel percorso con l'Altro guida, sollecitando tutta una serie di “interrogativi “Cosa mi sta comunicando?”, “Cosa rappresento per lui/lei?”, “Perché mi è così facile/difficile starci insieme?”. Gli autori, con sfumature differenti, si sono confrontati su questo fondamentale elemento del nostro lavoro che, come tutto ciò che attiene alle relazioni umane, porta con se potenzialità distruttive e forze vitali; questo orizzonte, dove tutto è possibile, a volte presenta “turbamenti” e può risultare difficile da guardare e affrontare.

Alessandro Ziche parla delle origini dell'Uomo, di Eros e della Relazione umana con le sue potenzialità generative. Partendo da una serie di suggestioni metaforiche legate alla mitologia cerca di raffigurare una comunicazione complessa e naturale, fondante la persona, nota in psicanalisi come transfert. Egli pone particolare attenzione agli aspetti vitali e generativi del transfert compresi nel tempo attuale della relazione con l'analista e non vincolati al passato e/o ad elementi patologici dell'esperienza infantile. Insomma un lavoro nella coppia analitica e sulla qualità della loro relazione che, in ambito psicoanalitico, non può essere liquidata con l'etichetta di “buona relazione”.

Rosanna De Pace si sofferma sul fatto che il significato del termine transfert si è progressivamente dilatato e da riedizione di una relazione passata è andato a comprendere tutte le comunicazioni del mondo emotivo del paziente al terapeuta. C'è qualcosa del paziente e della sua storia che torna qui e adesso con il terapeuta e parallelamente c'è qualcosa di nuovo che si viene a creare in questo incontro. Il mondo interno e la realtà esterna (del paziente e del terapeuta) avviano una comunicazione dialettica. L'autrice ritiene che l'utilizzo delle interpretazioni di transfert vada modulato, l'interpretazione dovrebbe essere fatta di piccoli interventi che definiscono una rappresentazione; inoltre un abuso di queste porrebbero pericolosamente il terapeuta al centro del mondo emozionale del paziente.

Nives Rota si interroga sulla trasformazione dell'uso del transfert nell'attuale pratica clinica, tra naturalezza ed artificialità. Si sofferma sull'evoluzione del concetto di transfert - dalla sua iniziale scoperta agli albori della psicoanalisi, al suo riconoscimento come caratteristica naturale della comunicazione umana. Infine, prende in considerazione il setting dell'analista come condizione che permette la maturazione ed espressione del transfert dentro alla stanza d'analisi.

Nel mio approfondimento sviluppo una riflessione, a partire da alcuni scorci clinici con adulti e

adolescenti, che si dirama attorno alla questione della specificità del transfert nella terapia con l'adolescente. Gli interrogativi e gli spunti teorici si muovono sull'asse dell'ipotesi che l'analisi del transfert con l'adolescente e con il pre-adolescente necessiti di una riflessione più ampia rispetto all'applicazione dei classici canoni che la psicoanalisi propone per la terapia con l'adulto. La dimensione evolutiva della persona diventa fattore centrale per orientare l'analisi del transfert da declinare sulla base delle necessità contestuali, del momento di vita, delle risorse del paziente e del suo bisogno di recuperare fattori storico-ricostruttivi. Nell'approfondimento viene anche focalizzata l'attenzione sulla potenziale interferenza di fattori extratransferali, di transfert negativo e di collisione tra transfert del paziente e del terapeuta in una situazione ad alta densità emozionale legata a traumi profondi che hanno intaccato l'integrità psicofisica del paziente provocando modalità di funzionamento dissociative (abuso sessuale di gruppo).

Una possibile chiave di lettura, attraverso i vari paradigmi, può essere evidenziata e ritrovata trasversalmente nel “dosaggio” del lavoro terapeutico: dosaggio da calibrare nelle fasi dell'EMDR, così come nello svelamento della “comunicazione somatica” (o somato-psichica) nel lavoro di Peregrini, misura da cogliere nelle sfumature del transfert (rivolto a chi? Dentro quale relazione?) e voltaggio minimo della parola -come ci ricorda Civitarese- che può essere immesso se prendiamo a prestito “*le vesti di personaggi del discorso che esprimono inconsciamente il punto di vista del paziente o dell'analista o di ruoli/emozioni co-costruiti in cerca d'autore*”.

D'altronde se volessimo approcciare empiricamente il tema dell'efficacia del trattamento potremmo osservare che la ricerca porrebbe al centro il “processo terapeutico” in sé, togliendo di fatto rilevanza, pur senza sterili riduzionismi e svalorizzazioni, ai problemi di appartenenza e di identità delle scuole di pensiero. “*La competenza relazionale dei terapeuti e anche l'analisi del contesto interpersonale nel quale si svolgono le procedure terapeutiche, dovrebbero diventare l'oggetto dell'attenzione scientifica e professionale al di là della valutazione di efficacia dei singoli tipi di trattamento*” (Fava & Masserini, 2002, p. 113)².

Ad ognuno, dunque, i propri mezzi per animare, animarsi nella relazione anche dormiente, sopita, recrudescente, segregante e dissociativa. Ad ognuno la capacità creativa di mettere insieme immagini, sensazioni, percezioni tratte dal mondo interno del paziente e da quello del terapeuta in una curiosa nuova composizione che via via si lasci....mettere a fuoco, tridimensionalizzandosi almeno un po', riducendo le rifrangenze accecanti e “chiassose” del flash traumatico che ne aveva “fissato” i primi incandescenti confini.

Roberta Vitali

² Fava E. e Masserini C. (2002) *Efficacia delle psicoterapie nel servizio pubblico*. Franco Angeli, Milano, p. 25 e p. 113.