

UNA MEMORIA PER IL CORPO(*)

Guy Tonella, 2010 (**)

Freud parlava di “amnesie infantili”. Certo, non possiamo ricordare la nostra prima infanzia facendo appello a delle rappresentazioni semantiche, codificate in immagini e parole; la nostra infanzia ci tornerà alla memoria attualizzandosi costantemente nel presente in forma corporea, comportamentale, interazionale. Il nostro sistema limbico, il nostro ippocampo, si ricordano e raccontano i nostri primi anni.

Messaggi non verbali trasmessi attraverso stati di vitalità (vitali) quali il ritmo respiratorio, le variazioni toniche, gli stati emozionali impliciti, lo sguardo, l'espressione del viso, la postura, i micromovimenti, attualizzano y compris nell'età adulta e la maggior parte del tempo fuori del campo della coscienza, la storia del sé-bambino immerso nel suo sistema di attaccamento preverbale. Questi segnali appartengono alla memoria implicita e contrassegnano la storia preverbale, anteriore ai tre primi anni di vita. La loro codifica è sensori-emozionale e sensori-motoria. “Poiché tali esperienze restano in una forma somatosensoriale o iconica, non possono che essere comunicate allo stesso modo” (S. Sand, 1997, p 702). La tecnica terapeutica si incentra su queste esperienze del corpo proprio, implicite e presimboliche, “precisamente perché è a questo livello che la regolazione mutua più precoce si è sregolata” (S. Bach, 1998, p. 188). Queste ultime riflessioni nell'ambito della psicoanalisi dell'attaccamento raggiungono la pratica terapeutica bioenergetica quando essa si centra sull'esplorazione degli stati vitali e degli stati emozionali preverbali, codificati in una “memoria corporea”: il processo terapeutico con Jeremy lo illustra.

Illustrazione clinica

C'è, nella carriera di uno psicoterapeuta, qualche “incontro d'eccezione”, Jeremy lo è per me. Senza dubbio perché mi ha toccato da subito, affettivamente parlando, in modo implicito. Poi perché la sua intelligenza e la sua capacità di elaborazione, eccezionali, sono dei tesori per un clinico-ricercatore pronto a rivedere i suoi riferimenti teorici e quelli dei suoi colleghi. Le sue citazioni non sono modificate, ma semplicemente trascritte dalle registrazioni che faccio per ogni seduta. Jeremy è un fisico, un “savant fou” dicono i colleghi.

* Tonella, Guy (2010) :*Une mémoire pour le corps*, Aïn J. (éd.), Réminiscences, Ed. Erès, France, 53-76

***Trainer dell'Istituto Internazionale di Analisi Bioenergetica, membro e didatta del Sindacato Nazionale Francese degli Psicoterapeuti*

Gli algoritmi che egli manipola per carpire il segreto della luce interstellare e per trasformarla in immagini leggibili e comprensibili costituiscono il suo unico legame di “attaccamento astratto” al mondo degli umani. Quando mi ha telefonato per prendere l’appuntamento mi ha detto che ero la sua ultima chance. Era per stabilire un legame d’”attaccamento concreto” a questo mondo?

Dalla prima seduta, Jeremy è seduto di fronte a me come un passeggero in una sala d’aspetto della stazione, aspettando il treno, il suo treno. Ha ventisei anni e durante questi ventisei anni, nessun treno, così sembra, l’ha mai notato; nessun treno si è fermato. Io sono uno di questi treni e sono annunciato. Ciononostante Jeremy non fa alcun cenno per chiamarmi, ma mi attende intensamente. Non mi guarda ma piange mandando giù le sue lacrime. E’ così che mi esprime che vorrebbe prendere questo treno e fare con me questo viaggio. In effetti non mi può raggiungere e sono io a doverlo raggiungere. Jeremy è uno stato a limite o, come dice Francois Roustang, “frontalier”, un piede nell’autismo e l’altro nella depressione da lunga data.

I suoi genitori non hanno mai chiamato Jeremy con il suo nome. Sua madre gli ha raccontato che, molto piccolo, lui rifiutava di guardarla.

La madre di Jeremy è stata una bambina non desiderata. Sua madre le ha sbattuto in faccia a più riprese quando era bambina e poi adolescente: “Tuo padre mi ha preso con la forza, io non ti volevo, ed ecco il risultato!” La madre di Jeremy glielo racconterà a sua volta molte volte da bambino e poi da adolescente. Jeremy me la descriverà come una madre angosciata, infelice, triste e astiosa. Mi ha più volte parlato dell’impressione che sua madre avrebbe potuto sbattere in faccia al mondo, parlando di Jeremy, il suo bambino: “Guardate quel bambino, laggiù, tutto solo, è infelice, è come me! Ma nessuno vede che io sono infelice!”

Certamente Jeremy, bambino, ha ricevuto quotidianamente delle trasfusioni visive, tattili, vocali, gestuali, linguistiche, degli stati emozionali di sua madre fatti di angoscia, di tristezza e di odio. Ha assimilato attraverso i suoi apparati sensoriali ed emozionali gli stati sensoriali ed emozionali di sua madre. Questa assimilazione si è trasformata in un corpo estraneo indigesto, un introietto patogeno, un alieno che occupa il suo corpo e il suo spirito e capace di “renderlo folle” e qualche volta violento.

Questo stato di angoscia, di tristezza e di odio, d’ora in poi, l’ha abitato, divenendo progressivamente un’immensa minaccia, “una bomba a orologeria che potrebbe esplodere” mi

dirà. Dapprima si è protetto da questa minaccia dissociandosi dalla sua realtà corporeo-emozionale, lì dove sta la sua bomba. In seguito si è protetto da questa minaccia persistente isolandosi dal mondo esterno, ripiegandosi in se stesso, privandosi di ogni forma di attaccamento. Successivamente ha sviluppato il fantasma che se entrasse in contatto con la sua realtà interna e/o esterna, la sua bomba esploderebbe.

Il primo anno di terapia, alla cadenza di due sedute a settimana d'una durata di circa un'ora e mezza (assestamento del quadro clinico), è dedicato a stabilire un legame con Jeremy. Gli è difficile stabilire un contatto con me e ogni volta che gli parlo, che mi sente umano e che io lo guardo, il suo corpo è percorso da tremiti (tremori). In ogni istante vi è la minaccia di uno tsunami emozionale se apre la più piccola porta dentro di lui, allora non mi parla, o parla molto poco. Io mi comporto con lui come con un bambino. Mi alzo, mi avvicino, gli prendo la mano e l'accompagno nei suoi tremori e nei suoi singhiozzi, seduto sulla sua sedia, aiutandolo a non chiudersi in se stesso. Qualche volta passo dietro la sua sedia e lo cirondo con le mie braccia.

Contengo attraverso il mio corpo ciò che inonda il suo e lo intossica. Lo aiuto ad uscire dall'apnea e a ritrovare la respirazione. Posso massaggiare la sua testa, il suo collo e le sue spalle per evitare che si chiuda completamente. Qualche volta si sdraia ed io gli sostengo la testa, qualche volta poggio una mano sul suo petto, si raggomitola ma non respinge la mia mano.

Jeremy comincia a guardarmi un po', tra due emozioni che lo sommergono e che devo calmare con dolcezza. Inizialmente ero occupato a ridurre la loro intensità, esercizio più corporeo che psichico, benché il mio psichismo abitasse il mio corpo. Rispondevo al suo bisogno di contatto fisico, che sentivo nonostante egli non potesse esprimerlo verbalmente, ogni volta che necessario, seduto, sdraiato, tenendo le sue mani, la sua testa, prendendolo tra le mie braccia, calmando le sue angosce, prendendomi cura di lui; tutto ciò ha occupato tutto il nostro primo anno e anche di più.

Poi comincia a parlar(mi). Comincia sempre con "Io non so...", poi si ferma, o "E' come se..." o ancora "questo non vuole dire niente...". Contrae allora tutto il corpo, il suo viso deformato da smorfie, entra in apnea, e tira fuori una parola, poi l'altra. Quello che arriva a dire delle sue impressioni sensoriali, delle impressioni emozionali, dei suoi sintomi, mi tocca profondamente e anima il mio pensiero. Glielo ho comunicato ogni volta e credo che egli si sia messo a voler pensare e parlare di lui. Mi parla dei suoi stati corporei e psichici come di

algoritmi disastrosi e incontrollabili. Io l'accetto cercando a tutti i costi di mantenere i miei collegamenti al mio immaginario vagabondo che trovo stimolante. Dal suo oceano di algoritmi somatici e sintomatici sui quali io navigo e che non consentono affatto di trovare un porto per l'ancoraggio, inizierà a profilarsi all'orizzonte qua e là, un'isola immaginaria, impressione, immagine o metafora di quello che vive in lui. Sbarcheremo insieme in ciascuna di queste isole, esplorandole e scoprendo il mondo del Sé vivente. Raramente Jeremy, all'inizio, riuscirà da solo a trasformare i suoi ricordi non verbali in immagini e poi in rappresentazioni verbali. Le intuirà, cercherà di descriverle. Io risponderò con le mie immagini, dandogliele in prestito, e lui cercando, costruendo a sua volta le proprie. Siamo allora in piena creazione. Io provo molto piacere in questa creazione. Lui scoprirà questo piacere divenuto comune.

Sarò meravigliato della sua capacità di entrare in questo mondo della rappresentazione mentale basata sul suo linguaggio di fisico. Jeremy appartiene al mondo di quei bambini che non parlano sino all'età di cinque anni e che improvvisamente svelano i loro tesori nascosti inaspettati. Dopo un anno e mezzo di terapia, Jeremy segue un gruppo terapeutico di cinque giorni., Maryse Doess e io lo conduciamo, come coppia di terapeuti. L'incontro con Maryse, sarà determinante per Jeremy, in particolare durante una sequenza di lavoro individuale all'interno del gruppo durante la quale Jeremy era sdraiato. Maryse invece stava seduta alla sua sinistra, sostenendo la sua testa fra le sue mani. Si lascerà guardare da lei, poi la guarderà a sua volta a lungo e silenziosamente, per trenta minuti, dandomi l'impressione di immergersi nel suo sguardo. Raggiungerò la diade, mi siederò vicino a lui, alla sua destra, e lui guarderà lungamente anche me, poi in silenzio guarderà alternativamente Maryse e poi me. Alla fine di questo gruppo, quando riprenderemo la terapia individuale, Jeremy non mi eviterà più con lo sguardo nonostante non sia usuale per lui mantenere il contatto visivo. D'altra parte, dal momento che siamo arrivati ad utilizzare il tu durante questo lavoro di gruppo, gli domanderò cosa voglia farne. Mi risponderà che vorrà mantenerlo, che così mi sente più umano, più vicino, e io accetterò.

Dopo tre anni e quattro mesi di terapia gli è ancora difficile stabilire un collegamento tra il suo mondo interiore e il mondo esterno. Nella realtà esterna, dice: "la luce è troppo viva, il sole troppo intenso... Manca un passaggio tra questi due mondi" La presa di coscienza del mondo esterno gli sembra sempre brutale, F, Tustin (1972, 1986, 1992) ha individuato questo aspetto come l'origine della reazione autistica di ripiegamento. Dentro di lui, Jeremy è arrivato alla stessa conclusione: "tra i miei milioni di sensazioni, di impressioni, di emozioni nel retro del mio cervello, e, nella parte anteriore del mio cervello, le cose razionali e il

pensiero e le parole, tra i due, nessun passaggio, nessun canale”. Allora, di nuovo, in questi momenti, ho l’impressione di avere davanti un bambino molto piccolo indifeso, solo e incapace, condannato a vivere in una sofferenza corporea che non può essere comunicata. Tuttavia giunge sempre di più a lasciar emergere dalla parte posteriore del suo cervello le sue impressioni e i suoi stati, consegnando(me)li, espellendoli senza guardarmi, nell’attesa delle mie risonanze che preparano l’accesso ad una nuova isola di immagini o di pensieri.

Jeremy mi conferma che da questo mondo implicito, preverbale e non cosciente, fatto di milioni di sensazioni, di impressioni, di emozioni, di “esperienze smantellate” (D. Meltzer e al., 1975) emergono ricordi ancora senza immagini e senza parole, qualche volta in una maniera estremamente sconvolgente. Questi ricordi del bambino, preverbali, senza voce, nascosti nei luoghi più profondi dell’adulto divenuto brutalmente sapiente, si attualizzano e si ripresentano sempre e in primo luogo nella forma tonico-sensori-emozionale nella quale sono state registrati.

Come non ripetere la storia del bambino in cui le comunicazioni non verbali non sono state accolte, non hanno avuto echi corporei, affettivi, o linguistici e non hanno potuto prendere senso divenendo a volte un punto di fissazione per lo sviluppo del Sé, a volte un punto di arresto? Come si può accogliere, esplorare e dare un senso ai ricordi non verbali se, come per Jeremy, il “canale” che collega l’implicito non verbale all’esplicito verbale non esiste ancora, o non sufficientemente? Come produrre delle immagini e delle rappresentazioni verbali consentendo di pensare ciò che non è ancora che esperienza sensoriale o emozionale privata della possibilità di scambio?

Nel processo terapeutico, è attraverso questo “canale” esteriore diadico che i messaggi preverbali giungeranno a me, eccitando il mio psichismo. Portati in questo mondo di transizione, in questo mondo intersoggettivo terapeuta-paziente, i ricordi grezzi potranno prendere forma, diverranno configurazioni visibili, esplicite, potendosi esprimere in forma di gesto o di immagine, ed infine, essere detti. Nasceranno da entrambi, divenendo sul filo dei nostri echi mutui, figure di rappresentazione poi oggetti di pensiero che assumono un significato. Eccone un esempio che riguarda una seduta dopo due anni e quattro mesi di terapia.

Jeremy arriva in seduta lamentandosi della sua lingua gonfia da molti mesi, che gli fa male durante tutto il giorno e lo sveglia la notte. Gli esami che gli ho domandato di fare, ORL tra

gli altri, non hanno dato alcun risultato. Le conclusioni del Professore Ospedaliero di Medicina Generale sono state nel senso di una somatizzazione. Più volte avevo ricordato a Jeremy quanto egli ingoiasse le sue emozioni e serrasse la gola fino a farsi male.

Mi dice all'inizio della seduta: “Questo dolore alla lingua non è un dolore immaginario, è un dolore alternativo, è un'emozione che non riesce a dire qualche cosa”. Gli suggerisco allora di esplorare questa zona della lingua, di fare dei movimenti della mascella, della bocca, di muovere la sua lingua, forse di tirare la lingua, e così dicendo lo faccio: tiro la lingua emettendo un suono. Jeremy mi guarda dapprima con gli occhi spalancati, poi sorride, poi ride a squarciagola. Esulta come un bambino, e accenna a dei movimenti delle labbra, della bocca, come per imitarmi. Fa allora dei piccoli movimenti nella gola, inspira ma tiene la bocca chiusa, resta in apnea... Non mi guarda, fa da solo, lottando tra sé e sé, tra piccoli movimenti della lingua verso l'esterno e dei piccoli movimenti di deglutizione. Ho l'impressione che non riesca ad aprire la bocca, e che tenti di sfuggirmi, che non possa farlo se io lo guardo e glielo dico: “Sì, non voglio che tu veda la mia lingua... Tirare fuori la lingua è un po' come uscire all'esterno...Davanti a te non ce la faccio, ho paura che tu t'innervosisca! Bisogna che ti tenga gli occhi chiusi!” Mi avvicino. Mi mette una mano sugli occhi e me li tiene chiusi con due dita.

Allora sento dei suoni, delle apnee, dei sospiri, dei tentativi, dei piccoli suoni di deglutizione, dei vocalizzi, poi degli scoppi di risate. Poi di nuovo dei suoni che presto si bloccano. Piange. I piccoli suoni riprendono. Toglie le dita dai miei occhi e io li apro lentamente.

Mi guarda di soppiatto, e dopo un lungo silenzio, comincia di nuovo a muovere le labbra, poi esce un pezzetto di lingua. Ci prende gusto, ride. Si aggiungono dei suoni, apro di più la bocca, facendo degli “Ha...”, fermandosi, riprendendo, esultando. I suoi occhi si illuminano. “Quando apro la bocca mi libero, ci sono delle cose che escono senza controllo... Ma è anche come un test, un test di come tu reagirai.... In realtà mi chiedo cosa pensi durante questo tempo.

Lo sento preoccupato dagli effetti che la sua esperienza di tirare fuori la lingua ha potuto avere su di me. Gli rispondo: “Quando avevo gli occhi chiusi, mi sentivo un po' solo. Poi ho cominciato a sentire i rumori che tu facevi con la bocca, la lingua, i suoni. Allora ho avuto anche io delle impressioni e poi delle immagini che si sono messe insieme: ho visto un piccolo bambino che prendeva il suo biberon, ma non era facile, faceva molta fatica; ho avuto l'immagine del biberon che restava bloccato in fondo alla sua gola, di un biberon impaziente

che batte sulla lingua. Io stavo in ascolto, e qualche volta vedevo questo bambino che aveva voglia di respingere questo biberon, per liberarsene con dei suoni “Haha...!” ma non ci riusciva... C’era qualcosa di tossico in quello che percepiva e sentiva intorno a sé, che glielo impediva...”

Jeremy si ricorda allora: sua madre gli raccontava che ci metteva delle ore a prendere il biberon, era già l’ora di quello successivo. “C’era qualcosa che mi toglieva l’appetito, qualche cosa che non potevo mandar giù, l’ho sentito proprio ora, come se tornasse” (Sono io che sottolineo). In seguito, mi dice, non ha mai più avuto fame; è rimasto magro fino all’adolescenza. Questo lo fa pensare a suo fratello anoressico.

In seguito gli ho detto che avevo avuto l’impressione che aveva paura di tirare fuori la lingua, paura della mia reazione, del mio nervosismo, può darsi di una reazione ostile da parte mia. “Sì, è questo che sentivo con mia madre! Questo mi ha fatto sempre paura perché lei era o aggressiva o infelice. Io non potevo contrariarla, contraddirla.... In effetti, mia madre non mi lascia spazio, neanche per tirare fuori la lingua. ...”

Mi torna alla mente quello che Jeremy mi ha detto qualche tempo fa: bisognava che io non fossi troppo sensibile a lui. Se ne ricorda. Adesso comprendo. Gli dico che credo che egli si aspetti da me che io sia sensibile a lui, ma che la mia sensibilità resti nel mio spazio perché egli la riceva come un eco...”

Jeremy esulta: “Sì, è così! Quello che tu dici mi libera! Quando faccio questo (tira fuori la lingua), lo faccio nel mio spazio e vedo se tu puoi riceverlo nel tuo spazio. Questo mi fa piacere, mi libera, abbiamo ognuno il suo spazio! Ciò produce delle onde ed è come una diversificazione tra i nostri spazi. Mi ricordo una volta, ero piccolo e passavo la spugna sul tavolo della cucina e la spugna non era stata bagnata. Mi sono innervosito e mia madre mi ha detto: “Ma questo non va bene, no!” Ha reagito come se fosse una tragedia, ho visto nel suo sguardo che era grave e che la toccava personalmente. Tutto ciò assumeva una dimensione che mi invadeva... In effetti, lei dà senso agli altri in rapporto a se stessa. Lei mi impone un senso. Non mi lascia la libertà di scegliere il mio senso ed io sono perduto perché niente ha senso per me. Lei mi impone il senso di quello che faccio ed è come se io non esistessi. Mi riempie di ciò che non è me... (Segue un lungo silenzio)... E’ come se il suo guscio si dilata e mi assorbe... Non mi lascia scelta. E’ come una trappola... In seguito è come se non avessi assorbito che i significati che vengono dall’esterno. E’ enormemente complicato quando il senso viene dall’esterno, ma ci si abitua, e dopo, si cerca solamente un senso dall’esterno. Ma non sei una persona.”

Alternare espressioni tristi e espressioni gioiose. Sente e pensa.

Allora io aggiungo: “Quello che ho provato, è la tua paura che tutto ciò si riproduca con me. Credo che quando mi hai chiesto cosa io pensavo, avevi voglia di sentire un eco a partire dalla mia sensibilità, non di essere invaso dalle mie impressioni, dalle mie emozioni e dai miei pensieri. Ho capito che noi siamo alla ricerca di uno spazio di transizione tra le nostre due sensibilità, e che da questo spazio poteva emergere un senso, una creazione comune fatta dei nostri echi reciproci, ma un senso che corrispondeva alla tua esperienza di te.”.

“Sì, è esattamente questo!” Jeremy esulta come un bambino piccolo.

Al momento di lasciarmi, alla fine della seduta, mi dice: ”In effetti, i pensieri sono come delle smorfie che sorgono da dentro!” Poi aggiunge “E’ piacevole!” Mi prende nelle sue braccia, in uno stato di esaltazione che non conosco in lui. Mi stringe contro di lui poi si calma progressivamente, il suo viso unito al mio, si accorda alla mia respirazione. Conclude andandosene: “In effetti tutto ciò mi rende felice. Mi sento vivo. Provoca come delle onde di senso e di gioia dentro di me. Ho fame!”.

Osservando le relazioni madre-lattante, E. Bick (1968) scrive: “L’oggetto ideale è il capezzolo-nella-bocca assieme al modo che ha la madre di contenere e di parlare (...) Questo oggetto contenente è sperimentato come una pelle: ”L’esperienza di Jeremy è quella dell’oggetto malus: quella di un’intrusione del capezzolo-nella-bocca e quella di un contatto tossico alla pelle della madre che trasuda un insieme di depressione e di odio. Egli ingaggerà una lotta di tutto il suo essere contro il suo interno danneggiato e la sua pelle contaminata, cercando di sottrarsi al corpo di questa madre senza cessare di aderirvi perché non si può vivere senza bocca e senza pelle.

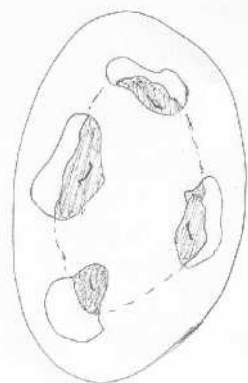
F. Tustin (1972) parla di autismo a conchiglia” per indicare la risposta autistica costituita dalla fuga totale dal contatto, di evitamento, di terrore di tutto ciò che non è familiare, e infine di isolamento. Questi bambini, afferma ella, sono dei “prematuro psicologici” messi di fronte troppo precocemente alla separazione corporea dalla loro madre prima che la loro capacità neuropsicologica li abbia predisposti ad essa. Strappati, ancor più che mal separati, vivono in una sorta di “depressione psicotica”, di assenza catastrofica, impensabile, di un’impressione di annientamento, nella quale la continuità psiche-soma (Winnicott, 1949) è stata fortemente messa in pericolo. Con il seno imposto e poi strappato via, è la loro bocca che è sfondata e sfregiata, lasciando in essa “un buco nero” (F. Tustini, 1986). Ed è precisamente questo “buco nero” che inghiotte la lingua di Jeremy e gli fa male.

La reazione autistica, aggiunge F. Tustin, sarà una protezione contro il terrore permanente dell'altro, del "non-me" sconosciuto, estraneo, malevolo. Questa protezione produce un carapace, un guscio protettore "autogenerato" nel quale il soggetto si incapsula per fuggire questo mondo esterno terrorizzante.

Il doppio ancoraggio corporeo ed interattivo del processo della simbolizzazione

La settimana seguente la seduta che ho descritto, Jeremy cerca di parlarmi di ciò che vive.

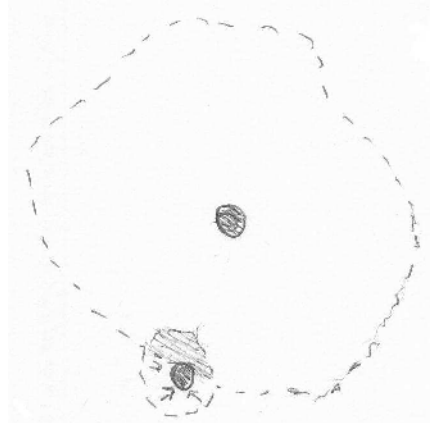
Non ci riesce e mi dice: "posso disegnare il mio pensiero? Ecco i suoi disegni:



(1) "Ciascuno di noi è un uovo. Ciascuno è chiuso nel suo guscio". Questi commenti non senza ricordarmi le nozioni di "autismo come carapace" di E. Bick, di "capsula di autismo nel nevrotico" di F. Tustin, di "sé nascosto" schizoide di M. Khan (1974). Ogni uovo tuttavia, commenta Jeremy, può avere qualche apertura dalla quale si intravede il giallo, ciò che c'è all'interno di sé (sono le parti grigie). Mi ritorna alla memoria l'osservazione di F. Tustin (1986): la rappresentazione liquida dell'interno del corpo,

descritta da differenti autori, è spesso una delle prime rappresentazioni del sé.

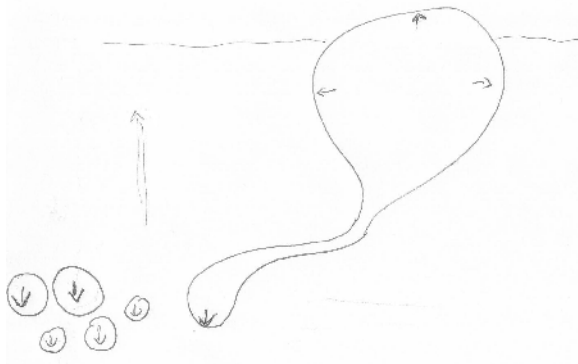
(2) Poi Jeremy disegna la relazione con sua madre. Sua madre è il pallino grigio (l'uovo) circondato da un grande spazio punteggiato.: "questo è lo spazio della sensibilità di mia madre". Lui è l'altro uovo, in basso, circondato di un piccolo spazio di sensibilità, (punteggiato). Questo uovo non può crescere perché è all'interno dello spazio di sensibilità di sua madre, catturato da lei, "prigioniero del senso di lei. Allora niente ha senso per me", dice, e ha paura di tutto. Non avere accesso al mondo esterno, alle sue regole, ai suoi rituali, ai suoi simboli, è semplicemente terrorizzante (il terrore dell'altro). Questo terrore è un compagno violento.



Questo terrore arcaico è indice del fatto che non c'è posto per due. E' all'origine di una violenza fondamentale (J. Bergeret, 1984), ben anteriore al conflitto nevrotico (alla conflittualità nevrotica). "lo spazio di sensibilità" di sua madre non offre a Jeremy un ambiente contenitivo e di riferimento. Gli impedisce l'accesso alla soggettivazione e alla funzione simbolizzante (pensiero simbolico).

"Io non sono nessuno" dice Jeremy, fissato in questa "identificazione adesiva" (E. Bick,

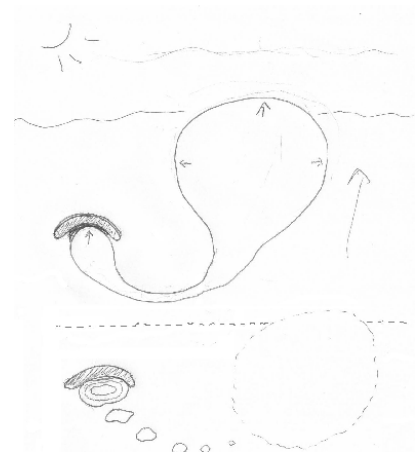
1968), questa dipendenza attraverso un collante sensorio-emozionale, aderenza mortifera l'uno alla superficie dell'altro, che lo rende estraneo a se stesso e sconosciuto agli altri.



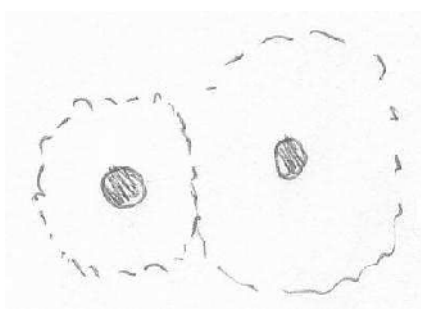
(3) Jeremy descrive la sua relazione con la famiglia, in opposizione alla sua relazione con me. La sua famiglia (le uova di sinistra) e lui (la coda della medusa) vivono sott'acqua, in apnea, sono tutti uniti e tirati insieme verso il fondo oscuro. La sua relazione con me lo porta in un movimento opposto, verso la superficie,

verso la luce, il sole, la respirazione, la dilatazione, l'esistenza.

(4) Descrive ciò che accade attualmente. “Ciò che è difficile, è la transizione dall'universo della mia famiglia che mi ha portato ad esistere come in un sogno irreali, e il mondo che scopro con te, pieno di risonanze, lì dove i pensieri nascono e dove il senso arriva al contatto con la superficie”.. A fine seduta, guarda i suoi disegni, felice ma in apnea, e io glielo faccio notare, mi dice: “In effetti, da sempre, io sono in apnea di pensieri.



(5) Disegna i nostri due “spazi di sensibilità) differenziati ma in contatto, il suo a sinistra, il mio a destra: “Con te io posso cominciare ad avere il mio respiro, tu mi incoraggi... Comincio ad espandermi senza perdere il contatto. E' da lì che nascono le idee”. Credo che Jeremy parli a volte del contatto fisico che mi chiede ad ogni seduta, ciascuno nel nostro “spazio di sensibilità, qualche volta del contatto psichico che stimola i nostri scambi di impressioni, di immagini, di pensieri.



All'inizio e alla fine di ogni seduta, come un rituale, Jeremy mi prende nelle sue braccia, respira a lungo, si distende, mi da un bacio. Ha bisogno di questo contatto: “E' un passaggio” mi ha detto recentemente. Corrisponde a ciò che sento: è il bisogno di un passaggio tra il mondo esterno da cui viene e nel quale ritorna, un mondo meno duro ma ancora difficile. Il tempo della seduta e del nostro incontro creano questo entre-deux

transazionale che è quello dell'immaginario, che conduce al simbolico.

E. Bick per prima ha avanzato l'idea della pelle come contenitore del sé, la sensazione della pelle della madre che viene interiorizzata sotto forma di "pelle psichica" (1968). Questa idea sarà ripresa da Meltzer (Meltzer1975) poi da D. Anzieu (1985).

Se il contatto pelle-pelle è tuttavia troppo violento, il bambino lotterà, dice F. Tustin (1990), contro una presa di coscienza troppo brutale del mondo esterno e procederà allo "smantellamento" del suo mondo psichico in mille sensazioni frazionate: è il sole troppo vivo e la luce troppo intensa nel mondo esterno di Jeremy e il suo ripiegamento in un mondo crudo centrato sulle sensazioni, le emozioni e i sintomi fisici vissuti nei primi due anni di vita.

E. Bick () avvanzerà l'ipotesi seguente :” Le perturbazioni (perturbations?) della funzione “Prima pelle (premiere peau?)” possono condurre allo sviluppo di una formazione “seconda pelle”(..) creando” un sostituto alla funzione di contenitore-pelle “ (1968, il corsivo è mio) Questo sostituto, dice la Bick si rincontrerà spesso sotto forma di una “seconda pelle muscolare”, forgiata dall'ipertonicità muscolare. Questa idea evoca quella di una “corazza muscolare” (W.Reich 1933,1949; A. Lowen 1958) e di un ipertonicità attraverso la rigidità muscolare (G. Haag 1988), e di una” parete tonica” (S.Robert.Ouvray, 1993), e di una “storia stratificata” (G. Tonella 1994).

H. Wallon aveva già sottolineato come “ questi rapporti dell'eccitazione e del tono hanno degli effetti (....) che sono propri delle emozioni” (1934). Egli mostra che l'ipertonicità muscolare cronica ha la funzione di inibire l'espressione emotiva, la comunicazione degli affetti della tristezza , chiudendo così la strada ad una loro possibile elaborazione psichica. I vissuti interni del bambino, le sue angosce arcaiche restano in questo modo “congelati” , fisicamente incapsulati, senza rappresentazioni corrispondenti.

Se da un lato le angosce, la sofferenza, i terrori arcaici sono imbavagliati da questa pelle-involucro muscolare sostitutivo , “armatura” che preserva da un contatto intimo con sé e da un contatto affettivo con l'altro, dall'altra parte essa unisce e trattiene quello che è minaccioso per sé e a volte per l'altro.

Il bisogno di amore divoratore e la violenza distruttiva possono scambiarsi l'un l'altro a seconda del livello di sicurezza e di sconforto.

Questa armatura può a volte consentire un'evoluzione psichica potendo sembrare nevrotica perchè raggiunge la genitalità . L'autismo incapsulato può permettere un attraversamento edipico ma ciò avverrà sulle sabbie mobili per l'ossessivo e il fobico e sui carboni ardenti per

lo schizoide. A. Lowen ha mostrato come il terrore del contatto arcaico è riattualizzato nel momento edipico e si traduce in un'iper eccitazione genitale : gli Edipi più intensi non sono sempre i più nevrotici.

Costruire una transizione tra il dentro e il fuori

E. Bick () avanza l'ipotesi seguente :” Le perturbazioni (perturbations?) della funzione “Prima pelle (premiere peau?)” possono condurre allo sviluppo di una formazione “seconda pelle”(..) creando” un sostituto alla funzione di contenitore-pelle “ (1968, il corsivo è mio) Questo sostituto, dice la Bick si rincontrerà spesso sotto forma di una “seconda pelle muscolare”, forgiata dall'ipertonicità muscolare. Questa idea evoca quella di una “corazza muscolare” (W.Reich 1933,1949; A. Lowen 1958) e di un'ipertonicità attraverso la rigidità muscolare (G. Haag 1988), e di una” parete tonica” (S.Robert.Ouvray, 1993), e di una “storia stratificata” (G. Tonella 1994).

H. Wallon aveva già sottolineato come “ questi rapporti dell'eccitazione e del tono hanno degli effetti (...) che sono propri delle emozioni” (1934). Egli mostra che l'ipertonicità muscolare cronica ha la funzione di inibire l'espressione emotiva, la comunicazione degli affetti della tristezza , chiudendo così la strada ad una loro possibile elaborazione psichica. I vissuti interni del bambino, le sue angosce arcaiche restano in questo modo “congelati” , fisicamente incapsulati, senza rappresentazioni corrispondenti.

Se da un lato le angosce, la sofferenza, i terrori arcaici sono imbavagliati da questa pelle-involucro muscolare sostitutivo , “armatura” che preserva da un contatto intimo con sé e da un contatto affettivo con l'altro, dall'altra parte essa unisce e trattiene quello che è minaccioso per sé e a volte per l'altro.

Il bisogno di amore divoratore e la violenza distruttiva possono scambiarsi l'un l'altro a seconda del livello di sicurezza e di sconforto.

Questa armatura può a volte consentire un'evoluzione psichica potendo sembrare nevrotica perchè raggiunge la genitalità . L'autismo incapsulato può permettere un attraversamento edipico ma ciò avverrà sulle sabbie mobili per l'ossessivo e il fobico e sui carboni ardenti per lo schizoide. A. Lowen ha mostrato come il terrore del contatto arcaico è riattualizzato nel momento edipico e si traduce in un'iper eccitazione genitale : gli Edipi più intensi non sono sempre i più nevrotici.

- 1) Attenzione portata ad un sintomo fisico ricorrente (la lingua dolorosa e bloccata nella cavità della bocca) sintomo vissuto nella solitudine, nell'angoscia e il ripiegamento.

- 2) L'instaurazione di un dialogo non verbale terapeuta-paziente che possa favorire la rimessa in moto della lingua.
- 3) Il terapeuta rinvia al paziente delle immagini emerse dal dialogo non verbale
- 4) Il paziente a sua volta produce delle rappresentazioni (immagini e disegni)
- 5) Il terapeuta e il paziente costruiscono insieme il senso di questa sequenza.

Si tratta di un processo diadico, co-costruito, fonte di piacere condiviso. Jeremy enuncerà, nelle sedute successive, che il motore della comunicazione è il piacere di essere presente l'uno all'altro, ciascuno nel suo spazio soggettivo proprio ma interattivo, qualcosa che non ha mai conosciuto.

I disegni di Jeremy sono le sue opere d'arte, da questa arte che nasce, dice D.W.Winnicott, da questo spazio transizionale tra l'immaginario e la realtà, in questo spazio intermediario dove la sensazione diviene icona, immagine, disegno, prima di diventare pensiero e astrazione semantica.

Comunicare e pensare per dare un senso a queste esperienze è sempre stato difficile. Jeremy può ora dirmelo e cerca di capire. Egli esprime questa difficoltà descrivendo l'esistenza di due imbuto nel suo cervello. 1) dalla parte posteriore del suo cervello: "Milioni di sensazioni, di emozioni, di impressioni potevano prendere il cammino verso la parte anteriore del mio cervello...essi passano da un imbuto che si richiude, condensa, e produce parole. Questo imbuto è un decoder che trasforma le impressioni in pensieri e parole. Io non ci arrivo"; allora: 2) " tutto riparte verso la parte posteriore del mio cervello, come le emozioni brute, senza senso, e a volte si riversano nell'imbuto del corpo. Potrebbe essere per questo che ho la lingua gonfia, dolore al ventre, o i polmoni gonfi", alludendo alle sue multiple somatizzazioni.

Egli ha descritto sorprendentemente il processo che può condurre le sensazioni, stati d'animo, emozioni, da una parte verso la simbolizzazione (dalla parte anteriore per la corteccia orbito frontale del cervello) e dall'altra parte verso la somatizzazione (dalla parte posteriore sotto-corticale limbica poi neurovegetativa e somatica). Egli ci dà una rappresentazione naïf del cervello ma molto prossima alla realtà:

- 1) Dietro e all'interno si trova effettivamente il sistema limbico, il serbatoio delle impressioni emozionali, con i suoi intrecci sensoriali e motori che trasmettono le informazioni somatiche, di cui la codifica è implicita e non verbale;
- 2) Sul davanti si trova la corteccia orbito frontale dove si costruiscono le rappresentazioni, i pensieri di cui la codifica è semantica ed esplicita;

3)Tra le due, tra localizzazione implicita e localizzazione esplicita, cioè nello spazio transazionale, si tessono le connessioni, i neuroni, assicurando gli intrecci retroattivi tra emozioni e rappresentazioni.

Nella parte posteriore, dunque, si trova la materia sensori-emozionale e senso-motoria sulla quale si fonda la memoria implicita, non verbale, preverbale. Davanti si trovano gli elementi cognitivi i quali costituiscono la memoria esplicita: rappresentazioni mentali di natura semantica. Tra i due si trova uno spazio di transizione, nel quale si costruiscono le immagini, i fantasmi, le metafore. Questo spazio transizionale cerebrale si costruisce in eco allo spazio transizionale intersoggettivo: l'adulto o il terapeuta offre dei modelli semiotici permettendo di elaborare i materiali corporei in materiali rappresentazionali migliorando progressivamente le capacità di astrazione (gli oggetti transizionali in immagini, in narrazioni, in cognizioni, e infine in pensieri più complessi).

Il corpo ricorda: una svolta neurobiologica

Quando parlo di una “memoria del corpo” parlo dunque di questa memoria implicita, preverbale, inconscia, prima della decodifica delle esperienze sensoriali ed emozionali, regolate o disregolate. Il cervello conserva le tracce a lungo termine, cioè per l'intera esistenza, nel sistema sotto-corticale inaccessibile al linguaggio. Per A. Schore, psicoanalista, neurobiologo, la relazione madre-bambino “agisce come modello per improntare i circuiti del cervello destro del bambino, responsabile del trattamento delle informazioni emozionali, che avrà la conseguenza di formare in maniera permanente le capacità adattive o disadattive dell'individuo di stabilire in seguito l'insieme delle sue relazioni interpersonali” (2003, p. 42). Non è che nella riflessione a posteriori che queste esperienze hanno la possibilità di ricevere un significato: “Non è il vissuto in generale che è rivisitato “dans l'après-coup” ma elettivamente quello che, nel momento in cui è stato vissuto, non ha potuto pienamente essere integrato in un contesto significativo.” (Laplanche e Pontalis, 1967, p.34). S.Freud (1887-1902) evocava già in una lettera a Fliess del 1886 il fenomeno della “riiscrizione delle tracce mnestiche”. A. Schore (1994, 1997, 2000, 2001, 2003), Siegel (1999, 2007), E. Tronick (2007) e B. Bebee (1994, 2000, 2002) hanno descritto in particolare gli stretti legami che uniscono la maturazione neurobiologica, la memorizzazione delle esperienze preverbal e lo sviluppo normale o patologico dei comportamenti ulteriori del bambino e poi dell'adulto.

Entrare nel cervello, comprendere i suoi processi di maturazione, le specificità dell'emisfero destro e dell'emisfero sinistro, la codifica dei ricordi (prima che ne esistano - le rappresentazioni, quindi da quando esistono) tutto questo costituisce lo sforzo necessario per

affrancarsi dalle convinzioni e dalle pratiche consolidate quando esse si rivelano limitate o senza risposta riguardo a certe problematiche psicopatologiche.

Cominciamo dall'inizio: nel corso del primo anno i circuiti limbici trattano le emozioni emergenti seguendo una progressione sequenziale dall'amigdala verso il giro cingolare anteriore, poi verso l'insula e finalmente verso la corteccia orbito frontale (Schore, 1997, 2000, 2001).

È nella metà del secondo anno che la corteccia orbito frontale raggiunge la maturità e può formare delle rappresentazioni mentali, associate agli stati sensoriali ed emozionali.

È dunque a questa età che una vera “memoria semantica” di esperienze emerge aprendo alla capacità di ricordare con immagini e parole. Prima di questa età le esperienze sensorie-percettive, emozionali, motorie, interazionali, sono codificate dalla “memoria procedurale”, senza rappresentazioni mentali associate. Le esperienze preverbalì che emergono durante il processo terapeutico non possono essere di fatto che delle “impressioni”, degli “stati”, la cui tonalità può essere piuttosto viscerale (uno stato di vitalità), sensoriale o emozionale (con delle variazioni di tonicità muscolare e a volte degli impulsi motori abbozzati). Proviamo in primo luogo a comprendere il sistema di memoria soggiacente a queste manifestazioni.

Dalla nascita, la “memoria procedurale” iscrive le esperienze somatiche del bambino, esperienze principalmente sensoriali. Le sensazioni ripetutamente sperimentate dal lattante generano delle costellazioni somatosensoriali progressivamente codificate nell'emisfero cerebrale destro (specializzato nel trattamento delle informazioni corporee) sotto forma di configurazioni neuronali somatosensoriali. Così nasce il sentimento di abitare un Sé corporeo soggettivo e/o l'impressione diffusa di essere abitato da costellazioni non-Sé, non integrate e alienate. È questo quello che Jeremy prova durante l'esperienza di sbloccare la sua lingua, la rinascita di uno stato di bebè, una forma di reminescenza che egli commenta così: “C'è qualcosa che mi toglie l'appetito, qualcosa che non posso deglutire, l'ho risentito ora, come se ritornasse. La sua memoria procedurale riattiva le sensazioni fisiche: il suo corpo ricorda.

Poichè l'emisfero corticale destro è connesso molto più profondamente rispetto al sinistro al sistema limbico e ai sistemi simpatico e parasimpatico (sistema nervoso autonomo), gli stati emozionali provocano delle reazioni toniche specifiche. Queste reazioni ripetute concorrono alla formazione di schemi posturali, ad una “seconda pelle muscolare” (E. Bick, 1968) e alcune ipertensioni muscolari possono cronicizzarsi (Reich, 1933, H. Wallon, 1934, S. Keleman, 1985). Queste esperienze sono impresse e conservate a livello della memoria procedurale sotto forma di configurazioni neuronali tonico-emozionali. È così anche per

Jeremy. Le tensioni muscolari riguardanti la base della sua cavità orale furono all'inizio delle risposte immediate del sistema simpatico tendenti a modellarsi durante l'esperienza sotto forma di configurazioni tonico-emozionali patologiche e difensive: c'è qualcosa che proviene dal mondo esterno "qualcosa che io non posso mandare giù". Queste configurazioni, divenute procedure persistono nell'età adulta.

D'altra parte, l'emisfero destro codifica degli "apprendimenti impliciti" (K. Hugdahl, 1995) prima che intervenga la coscienza, e questo, sin dalla nascita (A. Bechara, H. Damasio, D. Tranel & A.R. Damasio, 1997): la memoria procedurale codifica questi schemi sensori-motori, modelli incoscienti per le azioni future.

Lo schema sensorio-motorio codificato nel bebè Jeremy, consiste nel bloccare la sua lingua in fondo alla gola e ingoiare, deglutendo, ogni forma di impulso ad aprire la bocca.

Questo schema sensorio motorio di ingoiamento, si opporrà in seguito all'espressione dei suoi impulsi vitali (questo sono per esempio le sue frequenti apnee respiratorie), della sua espressività emozionale (ringhiottire le sue lacrime), della comunicazione interpersonale (ingoia ogni forma di interazione, i suoi pensieri e le sue parole).

Inoltre, l'emisfero corticale destro sviluppandosi e divenendo maturo prima di quello sinistro, presenta ugualmente delle connessioni ampie e reciproche con le regioni limbiche e sottocorticali. Conserva l'impronta definitiva e per tutta la vita delle prime esperienze affettive regolate e non regolate con la figura di attaccamento (F. Amini et coll., 1996).

Queste esperienze sono impresse nella memoria procedurale sotto forma di attaccamento e di interazione (J. Bowlby, 1969). Jeremy non può fare la sua esperienza in presenza del mio sguardo, deve chiudermi gli occhi perchè ha "paura che io mi innervosisca". Un modello di attaccamento si riattualizza in questo modo (un "tranfert di un pattern di attaccamento"): io potrei essere come una madre che impone al suo lattante il suo "spazio di sensibilità" e non ne sopporta le reazioni personali, soggettive.

Questi avvenimenti precoci che Jeremy esplora non sono direttamente accessibili attraverso un processo di memoria che implichi la rappresentazione, l'associazione di idee e il linguaggio verbale. Poichè solo verso i 18 mesi si raggiunge la maturazione della corteccia orbito-frontale, periodo in cui diviene possibile accedere alla capacità di rappresentazione del pensiero riflessivo, periodo in cui si sviluppa una "teoria dello spirito". L. Brothers (1995, 1997) ha descritto un circuito limbico composto dalla corteccia orbito frontale, dal giro del cingolo anteriore, dall'amigdala e dal lobo temporale, funzionante come "un sistema che, nel modo migliore, costruirebbe una rappresentazione dello spirito"(1997, p. 27).

Questa maturazione permette allora al bambino di rappresentare il proprio stato mentale e lo stato mentale dell'altro (Fonagy, Steele, Steele, Moran & Higgitt, 1991) e progressivamente di attribuire un significato agli eventi.

Stone, Baron-Cohen & Knight (1998) confermano l'implicazione particolare della corteccia orbito frontale nello sviluppo dello "spirito". La maturazione raggiunta della corteccia orbito frontale sinistra offre d'ora in poi un supporto linguistico e verbale all'espressione delle rappresentazioni mentali in formazione, e la memoria semantica si incarica di codificarle per dei richiami ulteriori.

In mezzo a migliaia di avvenimenti preverbali iscritti nella nostra memoria procedurale, solo un certo numero di questi, con accesso alla memoria fisica, potranno ricevere un significato fisico a posteriori. La psicoterapia offre la possibilità di ricordarne un certo numero di altri quando questi impediscono le capacità evolutive del paziente.

Questo implica in quasi tutti i casi una svolta mediante la reviviscenza corporale favorita ed assistita, come ho tentato di illustrare con Jeremy.

In conclusione questa svolta neurobiologica ci insegna che la memoria implicita procedurale codifica dopo la nascita le configurazioni tonico-sensorio-emozionali che emergono dalla relazione di attaccamento. Queste strutturano il Sé e il suo sviluppo in un modo implicito e non cosciente, e possono essere o meno all'origine di certe produzioni fantasmatiche emozionali incoscienti. Certi avvenimenti possono riattivare in tutto il corso della vita queste configurazioni tonico-sensoriali emozionali. Quando queste non danno luogo a nessuna rappresentazione mentale cosciente o incosciente (vale a dire un "lavoro orbitofrontale sinistro") esse si attualizzano di nuovo sotto forma corporea e comportamentale, senza che noi ne comprendiamo il significato. Quali sono le implicazioni terapeutiche?

Il corpo ricorda se la situazione terapeutica lo sollecita

Io parlo di una "memoria per il corpo" perché: "è a partire (..) da quello che non è avvenuto, quello che è assenza di iscrizione e di rappresentazione, o di quello che, sul modello della crittogarfia, è in stasi senza essere iscritto (...) che si organizza la trasmissione (transegenerazionale)". (R. Kaès, citato da B. Golse, 1999, p. 77).

Io parlo di "una memoria per il corpo" perchè la memoria implicita procedurale, codificando le configurazioni tonico-sensorie-emozionali, ha sue chiavi di riattivazione o, "richiamo in memoria": queste chiavi sono corporee e comportamentali. Queste sono chiavi analogiche e

configurazionali, differenti dalle chiavi lessicali e semantiche specifiche “ della memoria semantica”, quella che codifica i ricordi delle rappresentazioni e delle parole.

Il ricordo in memoria, vale a dire la riattivazione di una costellazione\configurazione tonico-sensoria-emozionale non può essere che corporeo e comportamentale.

Questo attiva a sua volta la sua dimensione interattiva, poichè le sue configurazioni preverbalì evocano sempre sempre la realtà interattiva da cui derivano.

L’attualizzazione o la “reminiscenza” di configurazioni tonico-senserie -emozionali preverbalì implicano quindi sin dall’inizio la dimensione terapeutica interattiva.

Questo suggerisce direttamente che il terapeuta è un facilitatore: accettando l’implicazione interattiva, favorendo la reminiscenza e la sua reviviscenza, essenzialmente contenendo e regolando l’intensità dei vissuti, non interpretando e partecipando all’elaborazione dei significati in attesa.

W.R. Bion (1977) propone che quando le esperienze traumatiche sono riattivate il terapeuta vi risponda tramite una “ funzione di contenimento”:

Questa funzione è quella che la madre non ha potuto realizzare: contenere le emozioni di angoscia del suo lattante, al posto di restituirglielie, senza grandi cambiamenti, in un modo per lui non integrabile.

L’eco materno affettivo risponde al bambino su un piano affettivo e rende assimilabile al bambino quello che non può metabolizzare da solo.

La messa in gioco di questa funzione terapeutica non è facile e può sollevare delle resistenze nel terapeuta, resistenze ad accogliere, accettare e contenere del materiale a volte altamente tossico (terrore, vergogna, odio, disperazione, rifiuto, ecc):

Questi stati rischiano inevitabilmente di riattivare le angosce legate alle proprie tematiche di attaccamento.

A. Alvarez (1999) insiste :” i pazienti hanno il diritto di portarci i cattivi oggetti contenuti nei loro bagagli emozionali, di esplorarli e di sperimentarli con noi”. (p. 214):

La questione è allora di sapere se il terapeuta è in grado di autoregolare i propri stati emozionali negativi riattivati controtransferalmente in modo da agire come regolatore degli stati negativi del paziente.

In caso contrario la risposta controtransferale difensiva del terapeuta, sarà di disattivare la sua sensibilità corporea ed emotiva (cervello destro) e di attivare il suo codice intellettuale (cervello sinistro).

Egli avvierà un'analisi della resistenza del paziente o un'interpretazione verbale. L'una o l'altra saranno percepite come “derivanti da una posizione di potere occupata dall'analista facilmente assimilata alla funzione persecutrice preesistente nel sistema del paziente, che rinforza questo sistema. » (A. Ryle, 1994, p. 111).

D'altra parte, e questo sfugge alla percezione cosciente del terapeuta, il suo comportamento espressivo implicito può essere connotato di rimprovero, di irritazione o di disprezzo, il tono della sua voce critico o di chi “da lezioni”.

Nonostante queste manifestazioni siano brevi e discrete, il cervello destro del paziente le detesta.

Il terapeuta può egualmente rifiutare di ricevere queste proiezioni e operare una deviazione degli stati negativi proiettati su di lui dal paziente, evitando di incontrare quello che lo infastidisce nel corpo del paziente: la negatività risonante con la propria .

In ogni caso egli non può disintossicare le proiezioni sensorio-emozionali e sensorio-motrici del paziente e restituirglielo sotto una forma assimilabile. Egli replica l'azione materna di sregolatrice e condanna queste proiezioni corporali a restare massive e confuse senza accesso al processo di coscienza, elaborazione e integrazione.

Questo induce dei dubbi nel paziente che “non può cedere fino a quando non avrà la prova del suo impatto sul corpo e la psiche dell'analista. Se ciò fallisce regolarmente, confermando così la sua relazione precoce con un oggetto non disponibile e odiato, egli può disperarsi e abbandonare” (M. Feldman, 1997, p. 232).

Il valore dell'esperienza terapeutica risiede altresì nella capacità del terapeuta di regolare l'intensità delle reviviscenze del paziente e di favorirne l'esplorazione in un modo disintossicante. In effetti, certe costellazioni tonico-sensorie-emozionali possono alcune volte presentarsi come delle veri introietti alienanti e tossici derivati dall'esperienza diadica preverbale madre-bambino.

La diade terapeutica si sperimenta così nella sua capacità a vivere il flusso e riflusso brusco o tenue delle esperienze tonico-sensorio-emozionali a contenerle e a regolarle secondo i ritmi di accordo disaccordo e risintonizzazione che scandiscono la diade.

Questo permette una presa di coscienza percettiva delle reminiscenze, delle reviviscenze e dei loro processi.

Questa presa di coscienza libera uno spazio di pensiero e in questa reciprocità tra due echi , le esperienze corporee prendono forma, divenendo “all'improvviso” immagini e rappresentazioni, dalle quali emerge un senso. “Con ogni nostra decodifica, mi dice Jeremy, si aggiunge una parola nell'imbutto che condensa l'informazione, e si crea un senso a due. Ma è

il mio senso, semplicemente tu crei le condizioni perchè questo emerga alla superficie e tu lo rischiari e poi lo arricchisci”. E’ così che la trasformazione dalla modalità non verbale a quella verbale (dal cervello destro a quello sinistro) può essere avviata, attivando la costruzione di immagini e di pensieri adatti a costruire una rappresentazione dell’esperienza e a darle un senso.

“L’emisfero sinistro oggettivo può ora trattare le comunicazioni soggettive del cervello destro e collegare i campi non verbali impliciti e quelli verbali rappresentazionali espliciti” (A. Schore, 2003, p. 81).

Questo avviene tuttavia quando il paziente resta in contatto con le sue esperienze, ascolta e percepisce le sensazioni\emozioni generate dall’esperienza evitando di indurre o riprodurre una scissione tra l’esperienza corporea e l’esperienza cognitiva (scissione tra il cervello destro e il cervello sinistro).

Quanti pazienti, in effetti, non possono provare e pensare in una continuità temporale.

Il terapeuta può a volte offrire la sua percezione, trasmettendo al paziente che ha sentito e risentito in eco gli stati interiori di quest’ultimo e che cammina al suo fianco con le sue immagini e i suoi pensieri.

Entra in un processo di co-creazione con il suo paziente, cercando insieme di dare un senso all’esperienza.

Questa dinamica avvia un’esperienza affettiva regolatrice inedita e, con la ripetizione, una procedura nuova e riparatrice, che può, questa volta, essere codificata nella zona orbito-frontale, essere pensabile, decontestualizzabile e riproducibile.

“Può aprire un imbuto ove milioni di informazioni presenti nel mio corpo sono trattate , condensate, ritradotte, divenendo dei pensieri viventi” commenterà Jeremy. Questo lavoro è quello dell’instaurazione o della restaurazione del Sé come continuità piscocorporea, che permette un gioco sottile tra il provato, il pensato, l’agito e l’interagito.

Le condizioni che rendono tale processo terapeutico possibile non possono che co-integrare l’approccio verbale e corporale.

A. Lowen (1958) ha gettato le basi di un tale approccio con la psicoterapia bioenergetica. In questa prospettiva arricchita dagli apporti contemporanei e che si indirizza alle problematiche preverbalì, in effetti: (1) il processo terapeutico è centrato sulle disregolazioni omostatiche preverbalì. Interviene a livello corporeo, favorendo la presa di coscienza delle costellazioni tonico-sensorio-emozionali patogene e delle loro conseguenze a livello delle funzioni respiratorie, sensomotrici, neuromuscolari, emozionali e posturali, (2) il processo terapeutico agisce sulle impronte neurobiologiche, favorendo la disattivazione delle vecchie procedure

patogene e cessando di riprodurle e accettando di sistemarle nel museo del suo passato, (3) il processo terapeutico aiuta a riparare i deficit di contenimento, di regolazione e alcune volte di erogenizzazione primari, stimolando la costruzione di procedure mancanti: capacità di autocontenersi, autoregolare i suoi stati di vitalità e i suoi stati emozionali, alcune volte scoprire\costruire una “pelle erogena” mancante al posto di una “pelle conchiglia”, (4) il processo terapeutico è condotto nel campo della relazione di attaccamento, per proporre delle nuove esperienze costruttive, trasformatrici del modello di attaccamento ansiogeno ereditato dalla sua storia, (5) il processo terapeutico favorisce la codifica di queste nuove costruzioni nella memoria procedurale a lungo termine tramite la loro riproduzione contestualizzata nel quadro della terapia, favorendo il loro trasferimento nella vita quotidiana, e simultaneamente (6) il processo terapeutico favorisce la loro codifica nella memoria semantica elaborando il significato che esse assumono oggi, come elementi significativi che operano nella vita del soggetto.

Tutto ciò costituisce il contesto terapeutico che avvia l’incontro con il Sé preverbale, disregolato, dissociato, ma “reminiscente” come il Sé di Jeremy. Questa metodologia psicocorporea apre delle possibilità che le psicoterapie verbali non possono aprire per definizione, in particolare quello che concerne le strutture di personalità pre-verbali: strutture psicotiche (Tonella, 1989, 2006a,), strutture schizoidi, personalità deficitarie, narcisistiche e stati limite (Tonella, 2006b, 2007, 2009).

Essa permette di articolare le maglie di una stessa catena che sono l’attualizzazione “reminiscente”, la sua messa in forma, la sua messa in scena e la sua definizione di un senso. Ma favorisce anche la costruzione di nuove costellazioni tonico-sensori-emozionali, la loro messa in forma, la loro messa in scena sotto forma di “rappresentazioni, di interazioni generalizzate” (Stern, 1985), testabili attraverso la loro messa in gioco all’interno della diade terapeutica, e la loro attuazione nei due registri, fantasmatico e ideico.

In conclusione

La reminescenza tonico sensoriale emozionale implicita, inconscia e preverbale è rimessa in gioco dall’interazione terapeutica. Questa apre il cammino verso l’uscita dell’uovo autistico, sia che sia costituito da una personalità psicotica, schizoide, narcisistica o al limite (border line), o che sia una “capsula di autismo” nelle personalità nevrotiche, in cui sussistono stati di vitalità, e stati emozionali preverbali, disregolati, privati dell’altro, che rimangono inaccessibili al pensiero e alla parola, che producono sofferenza, solitudine, angoscia e vergogna nascoste, alcune volte violenza inconfessabile.

Questi stati del Sé disregolati sono in attesa di regolazione, di accordage e disincronizzazione e di aggiustamento, poi sprimentati come riparazione del Sé nella sua capacità di comunicare, di pensare, di dare un senso alle proprie esperienze.

Jeremy illustra questo lavoro di costruzione di una continuità psicocorporea, senza la quale nessuna memoria di sé può dare un senso alla sua vita.

In questo treno su cui siamo imbarcati, i paesaggi spesso sono stati quelli della desolazione, del disamore, della violenza, della sopravvivenza. Ma abbiamo sostato nelle oasi dove qualche fiore era stato preservato e ne abbiamo seminati altri. Noi siamo alla scoperta della superficie, del sole, dell'esterno, dell'essere in due, terra d'accoglienza per altre reminiscenze ancora senza immagini e senza parole. La vita comincia a schiarirsi quando si rivolge verso gli altri.

Bibliografia

- Alvarez, A., (1999), *Widening the bridge*. Commentary on papers by Stephen Seligman, Robin C. Silverman, and Alicia F. Lieberman, *Psychoanalytic Dialogues*, 9, 205-217
- Amini, F., Lewis, T., Lannon, R., et coll., (1996), *Affect, attachment, memory : Contributions towards psychobiologic integration*, *Psychiatry*, 59, 2 13-239
- Anzieu, D., (1985), *Le Moi-peau*, Dunod
- Bach, S., (1998), *On treating the difficult patient*, C. S. Ellman, S. Grand, M. Silvan & S. J. Ellman (Eds.), *The modern Freudians: Contemporary psychoanalytic technique*, Northvale, NJ: Jason Aronson, 185-195
- Barbas, H., (1995), *Anatomy basis of cognitive-emotional interactions in the primate prefrontal cortex*, *Neuroscience and Behavioral Review*, 19, 499-510
- Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D. & Damasio, A. R., (1997), *Deciding advantageously before knowing damage to human prefrontal cortex*, *Cognition*, 50, 7-15
- Beebe, B., (2000), *Co-constructing mother-infant distress: The micro-synchrony of maternal impingement and infant avoidance in the face-to-face encounter*, *Psychoanalytic inquiry*, 20, 421-440
- Beebe, B., Lachman, F., (1994), *Representations and internalization in infancy: There principles of salience*, *Psychoanalytic Psychology*, 11, 127-165
- Beebe, B., Lachman, F., (2002), *Infant research and adult treatment*, Hillsdale, NJ: Analytic Press
- Bergeret, J., (1984), *La violence fondamentale*, Dunod
- Bick, E., (1968), *L'expérience de la peau dans les relations d'objet précoces*, *Explorations dans le monde de l'autisme*, D. Meltzer et als. (Eds), 1968, Payot, 1984
- Bion, W. R., (1977), *Seven servants*, New York: Jason Aronson
- Bowlby, J., (1969), *Attachement et perte*, Vol. 1 : *L'attachement*, PUF, Paris, 1978
- Brothers, L., (1995), *Neurophysiology of the perception of intentions by primates*, M. S. Gazzaniga (Ed.), *The cognitive neurosciences*, Cambridge, MA: MIT Press, 1007-1115
- Brothers, L., (1997), *Friday's footprint*, New York: Oxford University Press
- Damasio, A. R., (1994), *L'erreur de Descartes*, 2006, Paris: Odile Jacob
- Feldman, M., (1997), *Projective identification: The analyst's involvement*, *International Journal of Psycho-Analysis*, 78, 227-241

- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H., Moran, G. S., & Higgitt, A. C., (1991), *The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment*, *Infant Mental Health Journal*, 12, 201-218
- Freud, S., (1887-1902) *La naissance de la psychanalyse, lettres à Wilhelm Fliess, notes et plans*, PUF, 1956 Golse, B., (1999), *Du corps à la pensée*, PUF
- Haag, G., (1988), *Réflexions sur quelques jonctions psychotoniques et psychomotrices dans la première année de la vie*, *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, n° 1, Expansion scientifique française
- Hugdahl, K., (1995), *Classical conditioning and implicit learning: The right hemisphere hypothesis*, R. J. Davidson and K. Hugdahl (Eds.), *Brain asymmetry*, Cambridge, MA: MIT Press, 235-267
- Keleman, S., (1985), *Emotional Anatomy*, Berkeley: Center Press, (1997) *Anatomie émotionnelle*, M. Guilbot Khan, M., (1974), *Le soi caché*, 1976, Gallimard
- Laplanche, J., Pontalis, J-B., (1967) *Vocabulaire de la psychanalyse*, PUF
- Lowen, A., (1958), *The language of the body*, New York: Grasse and Stratton, (1977) *Le langage du corps*, Tchou
- Main, M., Kaplan, N., Cassidy, J., (1985), *Security in infancy, childhood, and adulthood : a move to the level of representation*, I. Bretherton, E. Waters (Eds.), *Growing Points of Attachment Theory and Research*, *Monographs of the Society for Research Child Development*, 50 (1-2, serial n° 209), 66-104
- Meltzer, D. et al., (1968), *Explorations dans le monde l'autisme*, Payot, 1984
- Reich, W., (1933, 1949), *L'analyse caractérielle*, Payot
- Robert-Ouvray, S., (1993), *Intégration motrice et développement psychique*, EPI
- Ryle, A., (1994), *Projective identification: A particular form of reciprocal role procedure*, *British Journal of Medical Psychology*, 67, 107-114
- Sands, S., (1997), *Protein or foreign body? Reply to commentaries*, *Psychoanalytic Dialogues*, 7, 691-706 Schore N. A., (1994), *Affect regulation and the origin of the self: The neurobiology of emotional development*, Mahwah, NJ: Erlbaum
- Schore N. A., (1997), *Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders*, *Development and Psychopathology*, 9, 595-631
- Schore N. A., (2000), *The self-organization of the right brain and the neurobiology of emotional development*, M. D. Lewis and I. Granic (Eds.), *Emotion, development, and self-organization*, New York: Cambridge University Press, 155- 185

- Schore N. A., (2001), *The effect of relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health*, Infant Mental Health Journal, 22, 201-269
- Schore N.A., (2003), *Affect regulation and the repair of the self*, Norton and Company, New York, (2008) *La régulation affective et la réparation du Soi*, Montréal: les Editions du CIG
- Siegel, D. J., (1999), *The developing mind: toward a neurobiology of interpersonal experience*, New York, Guilford Press
- Siegel, D. J., (2007), *The mindful brain*, New York, W. W. Norton and Company
- Stern, D.N., (1985), *Le monde interpersonnel du nourrisson*, PUF
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T., (1998) *Frontal lobe contribution of theory of mind*, Journal of Cognitive Neuroscience, 10, 640-656
- Tonella, G., Jacomini, V., Girard, M., Granier, F., Escande, M., (1989), *L'émergence de la douleur/souffrance en psychothérapie à médiation corporelle et motrice chez le psychotique*, Psychologie Médicale, 21,6, 69 8-700
- Tonella, G., (1994), *L'analyse bioénergétique*, Morisset
- Tonella, G., (2006 a), *Körperpsychotherapie und Psychose*, Marlock G., Weiss H. (Eds), Handbuch der körperpsychotherapie, Stuttgart, New York, Schattauer, 734-740
- Tonella, G., (2006 b), *Die Orale Depression*, Marlock G., Weiss H. (Eds), Handbuch der körperpsychotherapie, Stuttgart, New York, Schattauer, 768-775
- Tonella, G., (2007), *Trauma et Résilience: le Corps Convoqué, Résiliences*, J. Aïn, (Ed), Erès, France, 5 5-89
- Tonella, G., (2009), *Les expériences corporelles à l'origine de l'identité de soi*, J. Aïn (Ed), Identités, Erès, France, 33- 49
- Tonella, Guy (2010) : *Une mémoire pour le corps*, Aïn J. (éd.), Réminiscences, Ed. Erès, France, 53-76
- Tronick, E., & Harrison, A. M., (2007), *Contributions to understanding therapeutic change: Now we have a playground*, Journal of the American Psychoanalytic Association, 55, 3, 853-872
- Tustin, F., (1972), *Autisme et psychose de l'enfant*, 1977, Le Seuil
- Tustin, F., (1986), *Le trou noir de la psyché*, 1989, Le Seuil
- Tustin, F., (1990), *Autisme et protection*, 1992, Le Seuil
- Wallon, H., (1934), *Les origines du caractère chez l'enfant*, (1949) Paris : PUF
- Winnicott, D.W., (1949), *L'esprit et ses rapports avec le psyché-soma, De la pédiatrie à la psychanalyse*, 1969, Payot