

Il corpo e l'azione del narrare in psicoterapia. Somatizzazione, *enactment* e processi di coscienza¹

Marina Amore*

SOMMARIO. – In questo articolo, l'Autrice prende in considerazione alcuni recenti sviluppi teorico-clinici della psicoanalisi resi necessari da un vero e proprio mutamento di paradigma sulla concezione del rapporto mente-corpo. In particolare, pone in evidenza come questi sviluppi sollecitino la necessità di affrontare da diversa prospettiva il dibattito sul ruolo che i processi impliciti e non verbali giocano nel flusso del dialogo clinico e nello sviluppo della coscienza. La voce dell'Autrice si inserisce in questo dibattito. Riferendo al Modello del Codice Multiplo di Wilma Bucci come piattaforma di osservazione, propone di estendere il concetto di dialogo clinico ai molteplici modi di elaborazione dell'esperienza, verbali e non-verbali, incluse le esperienze sensoriali e le somatizzazioni. Questa prospettiva implica la necessità di rivedere il metodo analitico stesso, estendendo il concetto di esplorazione. L'illustrazione di un caso mostra come il dialogo clinico possa declinare nel processo terapeutico che l'Autrice definisce 'enactment somatico', e come sia possibile indagarlo e comprenderlo ampliando la tecnica analitica verso l'esplorazione propriocettiva e microanalitica dell'esperienza corporea.

Parole chiave: Corpo; coscienza; enactment; implicito; somatizzazione.

Introduzione

Le sensazioni corporee e i sintomi somatici emergenti nel qui ed ora del processo psicoterapeutico costituiscono, per entrambi i membri della diade, espressioni incarnate dell'esperienza affettiva che attingono dal flusso del dialogo non-conscio tra terapeuta e paziente. La loro specificità affonda le proprie radici nella storia dello sviluppo affettivo soggettivo intessuto alla complessa rete delle procedure implicite relazionali apprese, e alle loro suc-

*Psicologa Psicoterapeuta, Psicoanalista, Membro Ordinario e Didatta ISIPSE; Docente, Supervisore e Responsabile della Scuola di Psicoterapia ISIPSE per la Sede di Milano; Membro IARPP e IAPSP. E-mail: marinamore07@gmail.com

¹I contenuti di questo articolo, qui rielaborati e integrati, sono comparsi in una prima versione pubblicata nel 2012 sulla rivista *Psychoanalytic Dialogues*.

cessive ritrascrizioni. Quali forme sub-simboliche della comunicazione (Bucci, 1997) che orientano il dialogo conscio e inconscio della coppia analitica, queste forme espressive possono essere definite come specifiche organizzazioni dell'enactment.

Benché siano normalmente presenti nello scambio clinico al di sotto della soglia della coscienza, per il terapeuta che ha appreso a intercettarle tra i molteplici livelli dello scambio clinico e a farne buon uso, le percezioni sensoriali e i sintomi somatici possono diventare potenti motori di cambiamento. Un approccio clinico dinamico che estende l'esplorazione micro-analitica (Stern, 2010) anche all'esperienza somato-sensoriale, fa leva sulle sensazioni corporee e sui sintomi somatici quali naturali attivatori di quello che Bucci ha definito 'processo referenziale' (1997), capaci cioè di promuovere processi di integrazione tra i diversi livelli di coscienza normalmente dissociati, tra fatti mentali e fatti corporei, tra sè e altro.

Terapeuta e paziente possono predisporre a considerare le sensazioni corporee e i sintomi come 'sogni del corpo' che, al pari dei sogni della mente, si prestano a essere esplorati e indagati insieme. Nel caso clinico qui illustrato, una nevralgia del nervo trigemino si fa espressione somatica dell'impasse generata dall'imminente conclusione terapeutica.

Il paradigma muta

Il pensiero della psicoanalisi, come tutto il pensiero occidentale contemporaneo, è profondamente coinvolto in un fondamentale cambio di paradigma che interessa la de-costruzione del significato originariamente attribuito al corpo e all'agire, processo oggi ancora nel pieno del suo svolgersi. Il contributo di Wilma Bucci (1997), formalizzato nella sua teoria del codice multiplo, rappresenta un apporto in tal senso.

L'idea originaria in cui il corpo e l'agire sono associati all'espressione pulsionale e alla soddisfazione libidica, viene progressivamente a decadere grazie, anche, alla ricerca in ambiti diversi da quello psicoanalitico (teoria dell'attaccamento, infant research, scienze cognitive, neuroscienze, sistemi dinamici non-lineari). Viene così a legittimarsi il riconoscimento dell'intima interconnessione tra l'esperienza corporea e l'espansione della coscienza (McClelland & Rumelhart, 1986; Rumelhart & McClelland, 1986). Ben lungi dall'essere ostacolo, con la sua specifica dotazione strutturale e funzionale, il corpo piuttosto partecipa in modo decisivo all'elaborazione dei contenuti mentali. E' da questa prospettiva che la natura della mente acquisisce la qualità che oggi è spesso definita 'incarnata', più vicina alla visione che da millenni ne ha l'Oriente. Varela, Thompson, and Rosch (1993) hanno indicato come in Occidente mente e corpo siano stati costretti a percorrere destini separati dal momento in cui la conoscenza è stata concepita come

riflessione puramente teorica e di esclusiva proprietà della mente. In conseguenza di ciò, la scienza sarebbe così stata separata dall'esperienza mentre, al contempo, l'incidenza dell'esperienza diretta sulla conoscenza sarebbe stata disconosciuta.

Includere il registro corporeo tra i processi di conoscenza implica, da un lato, svincolare l'uno dall'altro i concetti di linguaggio, coscienza e conoscenza (Jaynes, 1976) e, dall'altro, disgiungere il concetto di azione motoria da quello di scarica dell'eccitamento. Come anche Bucci pone in evidenza (1997), la percezione si snoda in simultanee rappresentazioni di significato senso-motorie, cognitive, affettive, organiche e viscerali. In questa cornice, da mera sorgente pulsionale il corpo diventa principio di radicamento dell'esperienza auto-riflessiva (Aron, 2004), mentre le nozioni di acting-out e acting-in, intese come forme inferiori di ricordo, sono superate dai concetti di *procedura* e di *enactment* i quali racchiudono nel loro significato il potenziale comunicativo degli scambi non verbali tra terapeuta e paziente.

Il riconoscimento del ruolo assunto dall'esperienza diretta nel processo di cambiamento dovrebbe predisporre inevitabilmente la psicoanalisi alla necessità di riconsiderare anche la teoria della tecnica. In realtà, nel lavoro clinico, come riconosciuto da diversi Autori tra cui Hopenwasser (2004), *'la sensazione fisica è una fonte d'informazioni storicamente svalutata e spesso clinicamente banalizzata'* (p. 318). Aggiungerei che una tale posizione ancora ostacola lo sviluppo di una pratica clinica psicodinamica capace di esplorare l'esperienza diretta del corpo. Conseguenza inevitabile è il restringersi dell'ampiezza dello spettro attraverso il quale può essere indagata l'esperienza, e la perdita della opportunità di sviluppare e integrare aspetti rilevanti della comunicazione analitica naturalmente organizzati negli scambi *'enacted'*, ovvero nelle messe in scena implicite e non verbali.

Le esperienze che hanno plasmato la mia formazione come persona, ancor prima della formazione clinica, si sono declinate in ambiti tra loro diversi benché accordati alla centralità dell'esperienza corporea. Il mio primo approccio alla psicoterapia si è orientato al trattamento dei disturbi somatici secondo una visione olistica del rapporto mente-corpo. Tutto ciò ha costituito per me la buona opportunità di giungere, diversi anni più tardi, al training psicoanalitico con un ricco bagaglio utile a apprezzare il valore terapeutico dell'includere le dirette manifestazioni corporee nel campo di osservazione del dialogo clinico. Molto del mio lavoro è così da sempre dedicato allo sforzo di ampliare la messa a fuoco delle molteplici forme d'interazione nel processo terapeutico, soffermandomi con particolare attenzione sugli scambi non verbali. Tra questi, includo gli stati somatici, disfunzionali e non. Sin dall'inizio della pratica clinica, questo orientamento ha sollevato l'esigenza di individuare e validare una modalità di approccio clinico efficace a intercettare direttamente l'esperienza implicita e, al contempo, a esplorarla analiticamente.

Per una prospettiva estesa del dialogo clinico

Somatizzazione e relazione

La viva sofferenza ci tiene ancorati all'esperienza dolorosa e tende a spegnere ogni riflessione sui significati del soffrire. Se è il corpo a soffrire, la coscienza si mantiene fortemente attratta e vincolata ai contenuti dell'esperienza sensoriale.

Quando un sintomo fisico entra nel qui e ora del campo analitico facilmente va a compromettere la funzione riflessiva della mente. In una tale condizione di emergenza la parola, strumento fondamentale che nel dialogo analitico rende espliciti i contenuti della mente, non può essere attivata al servizio della riflessione e della consapevolezza, il cui respiro richiederebbe ritmi lenti e lunghi, e che mal si sposano con l'urgenza sollecitata dal dolore.

In coerenza con il proprio modello teorico-clinico, la pratica analitica ha previsto che la sintomatologia somatica testimoni di per se stessa una organizzazione disfunzionale e regressiva della mente. Gli stati sintomatici che alterano il modo del dialogo clinico sono stati considerati e trattati come forme di resistenza all'avanzamento del processo analitico e alla crescita psicologica. E in effetti, se la sofferenza fisica prende la scena, le condizioni minime a promuovere l'esplorazione attraverso la tecnica della libera associazione verbale vengono necessariamente meno. Sessioni così contrassegnate, hanno richiesto di essere interpretate e interrotte.

Nel corso della mia pratica clinica, non ho però mai potuto confermare il principio che collegherebbe in stretta identità analogica sintomo somatico e resistenza al processo di coscienza. Sono sempre rimasta colpita, casomai, dall'impegno dei miei pazienti a raggiungermi nel mio studio *nonostante* il disagio fisico. L'accoglienza silenziosa e il prolungato ascolto di parole frammentate e disorientate da flussi di dolore e da stati fisici di inabilità, hanno aperto alla possibilità di esplorare e conoscere più intimamente ciò che avviene nel corpo dei miei pazienti, spesso fino a risalire alle sorgenti emotive inconsce. Seguendo questa direttrice all'ascolto, ho sempre potuto apprezzare come i sintomi somatici che sequestrano l'attenzione del paziente e il dialogo clinico siano essi stessi forme di libera associazione. In talune condizioni, essi rappresentano l'unica via che può essere esplorata, la sola strada aperta a promuovere il processo di coscienza e lo sviluppo psichico, e la peculiare opportunità di stabilire un collegamento tra l'esperienza e il suo significato affettivo. In questi casi, possiamo vedere i sintomi somatici funzionare come una codifica subsimbolica che, se colta e esplorata, può utilmente promuovere i processi di simbolizzazione. Di questa stessa opinione è anche Bucci:

“Per permettere al processo di risimbolizzazione di avere inizio, in una sia pur minima forma, il trattamento dei pazienti con traumi o somatizzazioni richiederebbe una focalizzazione su quelle entità disponibili a funzionare come simboli organizzanti all'interno degli schemi dell'emozione, prima che possano costituirsi connessioni ad altri oggetti simbolici o ad altre persone. A questo proposito, le implicazioni dell'approccio del codice multiplo divergono da quelle psicoanalitiche. Sintomi e azioni possono operare in modo progressivo per implementare il processo di simbolizzazione, piuttosto che essere regressivi, come comporta il modello della scarica, e come si ritiene generalmente” (Bucci 1997, p. 202)

Nonostante il decisivo mutamento teorico che ha sancito un vero cambio di paradigma, la clinica psicoanalitica tende a non esplorare il vissuto intimo che ogni soggetto ha delle proprie somatizzazioni, determinando come tali esperienze siano normalmente destinate a restare non conosciute e non incluse nel discorso analitico. Storicamente, la psicoanalisi ha giustificato un tale procedimento nella convinzione che il disagio e/o la malattia somatica consumino un'enorme quantità di energia narcisistica, lasciandone poca a disposizione per lo sviluppo del transfert e del processo analitico. Su tale base teorica ha poggiato la convinzione che i processi di somatizzazione siano antagonisti ai processi di coscienza (Freud, 1914; Lefebvre, 1980; Sifneos, 1973). Così, per prendere a prestito una metafora di Robutti (1992), i sintomi somatici nasconderebbero un nemico interno alla stregua del cavallo di Troia, e sarebbe quindi l'assenza della capacità di immaginare qualcosa di nuovo, cioè il fallimento della mentalizzazione, a provocare la 'ricaduta nel corpo'. Situato al di fuori del mondo dei significati simbolici, il sintomo somatico può così essere considerato solo come, *'(...) l'avvertimento che qualcosa ci sfugge di mano, che è avvenuta una frattura comunicativa e il paziente, 'debole di passate esperienze', si perde. Egli sembra dirci, infatti, con il suo sintomo: 'Non sei più tu che mi puoi curare, sono malato nel corpo, ci vuole un altro dottore'.*' (Robutti 1992, p. 199).

Poiché preferisco concepire l'esperienza mentale come intimamente radicata nel corporeo, ho personalmente difficoltà a condividere la visione regressiva e narcisistica con cui tendenzialmente si guarda ai sintomi e alle espressioni somatiche, che l'immagine di una 'ricaduta nel corpo' ben evoca: come si può cadere nelle proprie radici? E sebbene condivida l'idea che le somatizzazioni rappresentino spesso il segnale di uno stato di difficoltà per il soggetto, e per la diade analitica quando alla diade sono rimate, trovo più utile ipotizzare che tale difficoltà possa riguardare la possibilità di stabilire corrispondenze analogiche tra l'esperienza sensoriale e un modo verbale capace di rendere il suo pieno significato. Qualora una corrispondenza verbale soddisfacente venga identificata, il valore irriducibile della parola sarà allora quello di permettere il superamento delle più grandi distanze tracciate dal mancare, nella comunicazione implicita, la condivisione del significato affettivo che sottende all'intenzione espressa dal corpo. La parola incarnata, cioè satura della sua funzione referenziale, come una

freccia può arrivare più velocemente così tanto lontano da permettere agli intimi significati dell'esperienza di raggiungere altri diversamente irraggiungibili. È questo forse il più grande valore che il verbale ricopre nella comunicazione tra esseri umani.

Se la somatizzazione entra nel campo analitico, non penso necessariamente che il mio paziente e io abbiamo fallito nell'attribuire significato a un'esperienza fondamentale. Il fallimento del comprendere il significato degli eventi è sempre una possibilità, anche in assenza di somatizzazioni. Piuttosto mi chiedo se, dalla prospettiva del paziente, il passaggio attraverso la rappresentazione somatica dei significati debba essere un'esperienza necessaria per l'espansione della coscienza; e, ancora, in che modo come coppia analitica siamo coinvolti in questo processo al fine di costruire corrispondenze utili ed efficaci tra l'esperienza del corpo e le parole in grado di comunicarla nella sua piena e intima complessità.

Somatizzazione, enactment e integrazione dell'esperienza

Nella letteratura analitica, il concetto di enactment, alla cui definizione Jacobs (1986) ha dato un primo e fondamentale contributo, definisce una sorta di drammatizzazione in cui l'interazione procedurale sopperisce alla difficoltà o all'impossibilità di una codifica verbale delle esperienze affettive presenti nel campo relazionale. Le procedure di enactment, impiegate in modo non conscio, si sviluppano per ognuno degli interlocutori lungo la linea storica individuale di passate esperienze relazionali, ma sono sollecitate e riorganizzate nell'interazione sé-altro del momento presente, e condensano il risultato del contributo attivo di entrambi i partner (Lyons-Ruth, 1999). Molti Autori hanno concordato nel ritenere l'enactment il prodotto di affetti traumatici sperimentati in interazioni passate (Bromberg, 1998). Difensivamente dissociati dalla coscienza, tali affetti rimarrebbero invariabilmente iscritti nella memoria nel corpo sotto forma di schemi di sensazione-(re)azione, e verrebbero rievocati da alcune somiglianze tra le interazioni attuali e l'esperienza traumatica originaria. La lettura così posta mette l'accento sulla corrispondenza tra enactment e difficoltà nel processo di mentalizzazione, legando il reciproco influenzamento non verbale e non conscio tra paziente e terapeuta al disfunzionamento della mente del paziente e alla collusione inconsapevole dell'analista.

Seguendo una diversa linea di pensiero, simile a quella già proposta per una rivisitazione delle somatizzazioni, possiamo al contrario concepire una visione più fisiologica dell'enactment e delinearlo come processo funzionale che presiede e garantisce lo scambio implicito dei significati non verbalizzabili (Amore, 2012). La sua funzione andrebbe a soccorso dell'espressione implicita di tutti quei significati che hanno una forte radice sensoriale benché non necessariamente traumatica. Una tal visione posiziona l'enact-

ment al servizio della comunicazione intersoggettiva non verbale indipendentemente dalle capacità di mentalizzazione dei soggetti.

Con riferimento al modello di Bucci, l'enactment può essere incluso all'interno della cornice che definisce le forme subsimboliche del conoscere implicito, che nel caso specifico operano implementando la conoscenza attraverso l'organizzazione e la riorganizzazione degli schemi di azione. All'interno di questa cornice, l'enactment appare come il naturale precipitato delle continue elaborazioni non verbali dell'esperienza vissuta, frutto dell'intreccio tra la suggestione evocata dal contesto relazionale attuale e il riattivarsi di memorie di esperienze passate poste in un qualche collegamento analogico con i fatti del presente. Tra queste esperienze possono rientrare i traumi, come più in generale stati del sé incongrui che hanno posto le basi per l'attivazione di una difesa dissociativa, e che trovano nella sollecitazione non conscia del momento presente l'opportunità per essere riattivati. Oltre a ciò, l'enactment può strutturare la comunicazione implicita e non verbale anche in occasione di esperienze *sè-con-l'altro* del tutto nuove (Amore, 2012; Aron & Atlas, 2015) e per questo non ancora organizzate: sollecitati dallo scambio affettivamente significativo di una interazione presente, si attivano schemi procedurali inediti. Da questo momento, seguendo il naturale corso di elaborazione dell'esperienza vissuta che Bucci ha definito 'ciclo referenziale', i contenuti degli schemi senso-motori hanno l'opportunità di propagarsi parallelamente in rappresentazioni anche mentali, che la parola sarà ora in grado di decodificare.

Una prospettiva che identifica gli schemi senso-motori tra i modi dell'espressione subsimbolica della comunicazione inconscia tra soggetti, ci consente di riconoscere una funzione organizzatrice dell'enactment nell'orientare e regolare gli scambi sulla base dei significati emozionali dell'interazione. Svincolata dal servire solo esperienze difensivamente dissociate, la funzione dell'enactment può essere allora riposizionata nella naturale ambivalenza che Galimberti (1983) qualifica come '*e questo, e quello*'. Ambivalenza - e non ambiguità - che il filosofo ci indica istituire la natura del corpo stesso e dell'esperienza umana nella loro originaria pluralità di significato, e che restituisce all'essere il senso della propria unità.

Se l'enactment può essere sottratto al vincolo della difesa dissociativa, tuttavia rimane pur vero che gli affetti dissociati hanno possibilità di esprimersi solo nel modo sub-simbolico proprio al corpo e alle sue funzioni: motorie, sensoriali, somatiche o viscerali. In questo caso, la qualità traumatica della memoria riattivata plasmerà i significati dell'esperienza presente riportando il trauma relazionale sulla scena. E proprio grazie alla riattualizzazione del passato nel presente attraverso le configurazioni di enactment, le esperienze traumatiche diventano accessibili e disponibili all'analista e al paziente, e diventa allora possibile il successivo lavoro di elaborazione e di simbolizzazione congiunta.

Nonostante il concetto di procedura implichi invariabilmente l'attivazione del sistema motorio, anche il concetto di enactment potrebbe essere utilmente svincolato dalle azioni discrete per essere esteso a tutte quelle configurazioni relazionali che hanno come focus i processi intersoggettivi di autoregolazione sensoriale - motoria e viscerale. Dal momento che l'enactment di articola sul piano del non-conscio, possiamo considerare '*enactment*' anche il riferimento verbale a un'esperienza non-verbale il cui significato non è noto; come quando ad esempio, nel corso di una seduta un paziente comunica l'emergere di un'improvvisa sensazione o di un malessere fisico. Quando la partitura non verbale organizza la sua narrazione per mezzo di configurazioni sensoriali e di somatizzazioni, possiamo identificare la specifica forma della messa in scena come '*enactment somatico*'. La sua azione si esercita sul corpo stesso, amplificando le procedure subsimboliche che costituiscono il substrato fisiologico delle emozioni fino ad alterarne i parametri ottimali di arousal e, in conseguenza a ciò, attivando regolazioni fisiologiche autocorrettive a tali alterazioni.

Gli stati sensoriali e le somatizzazioni, come le azioni propriamente dette, possono essere considerati parte della rete che costituisce le procedure relazionali influenzate e regolate dallo scambio nel qui e ora, e che a loro volta condizioneranno tale scambio. Nello stesso scambio verbale, osserviamo la parola annaspere nello sforzo di connettere gli schemi dell'emozione a una loro rappresentazione simbolica (Bucci, 1997, 2007). Per supportare la necessità di condividere la complessità dell'esperienza sensoriale e somatica, possiamo vedere agire un flusso continuo di enactment (Jacobs, 1986) nella partitura non verbale che sottende e dà corpo al discorso verbale, così che anche attraverso la parola continuamente agiamo l'uno sull'altro (Bass, 2003).

L'interazione procedurale nella stanza d'analisi

La psicoanalisi si è sempre più affrancata dall'idea che il paziente analizzabile debba possedere una mente già organizzata per quanto alterata dal conflitto. È stato così ricodificato il principio della cura psicoanalitica nell'obiettivo di promuovere l'organizzazione della mente, processo che oggi si ritiene essere attivo per l'intero ciclo vitale e particolarmente affidato alla comunicazione implicita (Arnetoli & Pacifici, 2004). Nel flusso costante degli scambi procedurali tra analista e paziente, le esperienze dissociate - o semplicemente non ancora integrate (Amore, 2012) - possono occupare la scena analitica sotto diverse forme tra cui anche quella somatica (Jacobs, 1986). Quando risulta difficile tradurre verbalmente le emozioni, l'espressione somatica è il modo più immediato per sperimentare e rappresentare alcune peculiari organizzazioni degli stati del sé (Marty & M'Uzan, 1963). In accordo con Bucci (1997), penso che l'attenzione spesso ossessionata del paziente verso i propri

sintomi voglia essere il primo passo orientato a creare un collegamento tra il processo implicito subsimbolico e il contenuto dello schema emozionale. Diventa così di vitale importanza per il procedere analitico che il terapeuta sintonizzi la propria attenzione, e la propria pratica, ai modi operati dal paziente nel cercare una via di integrazione degli stati del sé.

Qualora il sintomo sia per un verso l'effetto della ripetizione di un trauma avvenuto in un'epoca passata, vorrei sottolineare come al tempo stesso assuma un ruolo simbolico transizionale tra passato e presente: se per una parte si edifica su un elemento in qualche modo coinvolto nell'esperienza affettiva originaria, per un'altra parte è sollecitato dall'interazione con l'analista nel tempo presente, come il caso clinico mi aiuterà a mostrare.

Esplorare l'esperienza sensoriale nella stanza d'analisi

Nell'idea di una clinica in linea con le nuove prospettive della psicoanalisi, l'attenzione alle funzioni implicite e procedurali dovrebbe contemplare il riconoscimento dei processi corporei come manifestazioni degli stati del sé. Tali stati si (ri)organizzano costantemente nel corso dell'interazione per entrambi gli interlocutori durante lo scambio clinico, nell'obiettivo di sostenere e facilitare la ritrascrizione dell'esperienza implicita e procedurale in cui radica il senso della propria soggettività (Stern, 1985; Edelman, 1989; Modell, 1990). Come già premesso, l'esperienza clinica mi ha indotta a osservare le reazioni sintomatiche tutte - psichiche e somatiche - come forme dell'enactment. Nella mia idea, il concetto di enactment è descrittivo dell'ampia rete di procedure di azione-reazione emergenti dal continuo flusso dell'interazione tra sé e l'altro. Sono incluse in questa complessa rete sia azioni motorie discrete dirette a uno scopo, sia attivazioni fisiologiche strutturate in forme sintomatiche riconoscibili e osservabili. Una rete funzionalmente al servizio delle modalità subsimboliche del conoscere e del comunicare, implicita e normalmente non-conscia, inerente e necessaria allo sviluppo delle capacità relazionali e di un senso integrato di sé.

Nella circostanza in cui uno stato somatico saturi lo spazio dell'esperienza soggettiva, la comprensibile difficoltà clinica sta nell'aver accesso alla funzione riflessiva e all'uso della libera associazione. Sono convinta che pochissimi analisti oggi scelgano di interrompere una seduta in cui non sia possibile il fluido pensare a causa della temporanea invalidità dell'autoriflessione che si accompagna a un intenso disagio somatico. Sono però altrettanto persuasa che, in molti casi, la difficoltà di integrare stati di importante sofferenza fisica all'esplorazione analitica sia scansata all'origine da un silente accordo tra analista e paziente per tenere fuori dalla stanza di analisi le espressioni fisiche del malessere, così che i pazienti non arrivino mai in seduta quando stanno troppo male nel corpo. Come Jacobs (1986)

ha osservato, l'impostazione del setting può essere considerata essa stessa una comunicazione implicita tra analista e paziente che include le attitudini esplorative dell'analista stesso. A queste, a sua volta implicitamente, il paziente aderisce dando così il suo contributo alla co-costruzione di un enactment in cui 'è convenuto' l'evitare alcune aree di esplorazione a favore di altre. E così, penso, il paziente può aderire agli impliciti termini di un 'contratto di lavoro' in cui l'esperienza sintomatica, funzionale o patologica, non possa ricevere convalida nel dialogo clinico.

Anche la coppia analitica più sensibilmente sintonizzata affinché lo scambio verbale includa l'esplorazione estesa di esperienze non verbali può, tuttavia, faticare nel comprendere i significati organizzati negli stati somatici. In diverse circostanze l'ascolto attento, da solo, non sarà sufficiente a cogliere e a condividere il senso dell'esperienza somatica, passaggio indispensabile per procedere con il lavoro clinico di riorganizzazione della mente. Così, la condizione di impasse comunque si realizza. In tali circostanze, è una risorsa clinica per il terapeuta conoscere vie alternative che gli consentano di raggiungere il paziente lì dove si trova per stare il più vicino possibile alla sua esperienza somatica. Un primo intervento pensato in tale direzione dovrebbe mettere il nostro paziente nella condizione di tracciare una mappa sempre più nitida dell'esperienza sensoriale del qui e ora. Considero una tale scelta terapeutica coerente con quanto Antonino Ferro (1996) ha definito 'rispettare il testo del paziente': l'espressione somatica può essere considerata uno dei testi possibili che il processo analitico può dover esplorare.

Il mio personale modo di intervenire clinicamente per promuovere l'esplorazione di espressioni somatiche intense, così da poterne intercettare i contenuti impliciti, risente della convinzione che non sia indispensabile per l'analista far ricorso a tecniche diverse dall'osservazione consapevole dei contenuti dell'esperienza, già caratteristica annoverata alla tecnica analitica. Tuttavia, credo sia indubbio che la personale pratica di tecniche diverse, e specificamente dedicate, possa insegnare molto all'analista sulla natura e sulla complessità dei processi d'interconnessione mente-corpo. Soprattutto se indagati a partire dalla propria stessa esperienza.

In sintonia con alcune idee espresse anche da Jacobs (2013), ritengo con convinzione che, al pari di ogni altro campo della conoscenza, anche lo sviluppo delle abilità propriocettive necessarie all'analista per osservare e riconoscere le proprie esperienze non-verbali, sensoriali, procedurali e fisiologiche, debba prevedere uno specifico apprendimento attraverso percorsi coerenti all'oggetto del conoscere. E con Jacobs condivido anche l'idea che l'apprendimento di una tale specifica abilità dovrebbe essere incluso nel percorso di training di ogni futuro clinico poiché, la capacità di sintonizzarsi con la massima attenzione sulle proprie esperienze somatiche, spesso è un prerequisito necessario per captare e condividere più intimamente l'esperienza sensoriale dei propri pazienti.

Se il non verbale diventa un possibile oggetto dell'osservazione diretta, la funzione dell'analista deve includere la sensibilità a intercettare, tra le molteplici forme di espressione implicita attive durante l'incontro, quelle maggiormente utili a comprendere il processo in atto, a partire dalle proprie. Pertanto, per meglio cogliere le manifestazioni corporee spesso sottili del paziente, l'analista deve essere addestrato a intercettare gli echi della propria sensorialità e a utilizzarli come sonde per avviare l'esplorazione dell'esperienza che il paziente ha del proprio corpo. A volte, il canale sensoriale dell'analista è anche lo strumento principe attraverso il quale diventa possibile accedere e riconoscere intimamente il significato non verbalizzabile dell'esperienza del paziente così da poterlo avviare all'elaborazione. In una disciplinata cornice di auto-osservazione e di auto-riflessione, la traccia sensoriale che informa la mente dell'analista durante le interazioni con il proprio paziente può essere costituita da stati somatici che intimamente gli appartengono, e che sono quindi anche pregni della propria storia affettiva. Altrettanto importante sarà allora la scelta su *come* utilizzare queste informazioni sensoriali nell'incontro clinico, ma di questo aspetto della discussione, non meno importante per osservare l'agire del co-transfert somatico, spero vi sarà opportunità in una prossima occasione.

Come anche per altri ambiti dell'esplorazione analitica, l'esperienza diretta dell'analista nell'interagire con i segnali corporei propri e altrui è quindi una condizione di base per sperimentare e comunicare al paziente la confidenza e la solidità necessarie a ottenere la fiducia nella pertinenza e nell'utilità del processo che ci si accinge a seguire. Processo che, a volte, pone il paziente di fronte alla difficoltà di tollerare l'ansia generata dal senso di estraneità al proprio corpo che spesso segue all'atto di amplificare le sensazioni propriocettive. Come anche per i contenuti mentali, l'orientamento dell'attenzione predispone paziente e analista all'osservazione dell'implicito in emergenza nel qui e ora. Intercettare gli stati somatici, riconoscerli e riferirli nell'intento di una esplorazione dei significati, è sicuramente un compito di maggiore difficoltà rispetto al maneggiare pensieri o altri contenuti mentali, come le immagini o i sogni, poiché le sensazioni sono ben più fugaci. Per questo motivo, l'attenzione al non-verbale può richiedere che l'analista e il paziente concordino la temporanea rinuncia alla modalità di scambio verbale più usuale, per orientarsi verso la libera percezione focale delle sensazioni, cercando solo successivamente la miglior codifica verbale per descriverle con efficacia.

Nella mia esperienza clinica, l'orientamento dell'attenzione sulle sensazioni corporee, presenti o emergenti durante l'incontro analitico, ha spesso costituito uno strumento efficace per una loro dettagliata esplorazione così da promuovere l'elaborazione dell'esperienza affettiva e, grazie ad essa, l'organizzazione e la riorganizzazione della mente, nei singoli soggetti e nella diade. Quando il paziente e l'analista concentrano la loro attenzione

su stati e sintomi somatici presenti nel qui e ora dell'incontro, e ne esplorano le qualità sensoriali senza desiderare attribuire loro necessariamente un significato simbolico, e solo sostano sulla fenomenologia dell'esperienza, il discorso analitico evolve sul filo della partitura non verbale, ancorato a quegli schemi dell'emozione tendenti verso l'organizzazione. Quando un'esperienza sensoriale diventa oggetto di attenzione condivisa, il paziente può essere invitato a rimanere in contatto con la sensazione per esplorarla minuziosamente. Già semplicemente osservando, sarà possibile percepire la sensazione con sempre maggiore chiarezza. Spesso, questa tenderà spontaneamente a integrarsi al contesto propriocettivo più ampio, richiamando a sé, come una sorta di centro gravitazionale, la rappresentazione articolata dell'unità corporea, mettendone in luce i vuoti e i pieni sensoriali. Spesso, muterà progressivamente intensità e ampiezza fino a poter essere sperimentata, a conclusione del processo, come totalmente trasformata in una sensazione di diversa natura.

La diade analitica può concordare l'opportunità di esplorare le esperienze sensoriali, inclusi i sintomi fisici, come una sorta di sogni del corpo che possono essere indagati e compresi al pari dei sogni della mente. Di solito già nella fase iniziale dell'accordo terapeutico, sono soliti anticipare ai miei pazienti la possibilità di articolare l'esplorazione analitica anche attraverso un lavoro focale sulle sensazioni corporee. Introduco questo snodo della tecnica assimilandolo al lavoro esplorativo del sogno, in cui sono soliti chiedere la messa a fuoco di quei dettagli che non sono così immediatamente nitidi al ricordo immediato del risveglio. Così come l'esplorazione attenta delle immagini di un sogno può spontaneamente promuovere l'accesso agli schemi dell'emozione (Fosshage, 1989), anche l'esplorazione di una sensazione in alcuni casi è già essa stessa un intervento clinico non interpretativo, in grado di promuovere l'attivazione della funzione referenziale (Bucci, 1997), e di favorire così l'integrazione tra i sistemi sub-simbolico e simbolico non-verbale verso una rappresentazione mentale dell'esperienza.

L'esplorazione di un sintomo come fosse un sogno, implica la necessità di considerare che sia in gioco un processo di elaborazione e non una funzione difensiva. Se si parla di *mente incarnata* è implicita l'idea di un *corpo pensante*. Diventa così utile, e anche ineluttabile, superare la rappresentazione del sintomo somatico come espressione di un attacco al legame, o della difficoltà che la diade sta riscontrando nell'identificazione dei significati, e valutare piuttosto il processo in atto come spontaneamente orientato all'integrazione e alla connessione tra le parti. Proprio come nel processo di analisi dei sogni si può assistere ad una organizzazione spontanea dei significati a partire da elementi apparentemente disturbanti e non significanti, spesso l'osservazione descrittivo-percettiva di una sensazione può modificare implicitamente e spontaneamente l'organizzazione corporea determinando una trasformazione di stato - come quando nel corso di una seduta

supporta il paziente nel superamento della fase acuta di una invalidante emicrania. Allo stesso tempo, l'esplorazione della sensazione introduce nella rappresentazione del senso di sé una nuova esperienza condivisa che fornirà il contesto per un ampliamento della coscienza in una circostanza futura. In circostanze diverse, invece, grazie alla necessità di usare un linguaggio minuziosamente descrittivo, e più facilmente sostenuto dal ricorso a associazioni metaforiche, la focalizzazione sensoriale attiverà anche l'emergere di rappresentazioni simboliche non verbali. Tra queste, le immagini capaci di dare corpo all'emozione attuale, o a memorie di esperienze vissute che condividono in tutto o in parte le qualità emotive del momento presente. Da queste immagini può prendere avvio l'elaborazione conscia dell'esperienza, la quale può spingersi sino all'individuazione del collegamento mancante con l'aspetto non ancora integrato.

Nella pratica clinica, non tutti i pazienti sono disponibili a rimanere in contatto con la sensazione propriocettiva per il tempo necessario che richiede l'osservarla con attenzione minuziosa. Poiché l'attenzione focalizzata amplifica in modo iperbolico la sensazione osservata, per alcuni non è facile tollerare l'intensità senza temere di poter essere sopraffatti dalla percezione e dalla reazione emozionale che spesso è spontaneamente sollecitata. In questo caso, non c'è il tempo necessario affinché la sensazione diventi sufficientemente chiara così da poter essere descritta. Per mia esperienza, l'analista che abbia avuto modo di sperimentare lui stesso il processo, è di solito anche in grado di sostenere il paziente nella necessità di tollerare l'ansia generata dal compito. Questo risultato è spesso ottenuto nel corso di ripetute sessioni grazie a progressivi interventi che l'analista fa affinché il paziente possa acquistare la confidenza necessaria per orientarsi alle sensazioni propriocettive e sostare, anche per pochi secondi, sullo stato somatico che affiora all'attenzione cosciente durante il flusso del discorso verbale. È possibile allora vedere crescere nel paziente l'abilità di una messa a fuoco sensoriale sempre più chiara e precisa, che ne testimonia una incrementata competenza nel mantenere costante l'auto-osservazione. Contemporaneamente, seppur la coscienza propriocettiva lo renda testimone dei repentini mutamenti della propria immagine corporea, nel paziente cresce un senso di maggior sicurezza nell'auto-riconoscimento generato proprio dall'integrazione consapevole del cangiante e continuo flusso normalmente non conscio degli affetti.

Stati somatici cronici o acuti possono costituire già condizione presente nel paziente al momento del suo arrivo nel nostro studio, oppure possono emergere durante il dialogo clinico. In qualsiasi caso, condizioni somatiche disfunzionali presenti nell'ora analitica, dovrebbero allertare l'analista alla possibilità di un implicito appello in corso di cui ipotizzare essere egli stesso un destinatario d'elezione. Un tale appello potrebbe riguardare la necessità di intercettare aspetti dissociati, ma necessari al procedere dello sviluppo del senso di sé o del processo clinico; oppure potrebbe riguardare la dif-

ficoltà a integrare nuovi schemi procedurali, co-costruiti insieme all'analista, nella pregressa e più familiare rappresentazione di sé. In entrambi i casi siamo in qualche modo avvisati della possibilità che ci sia una qualche difficoltà ad attingere ad esperienze affettive, antiche o recenti, depositate nella conoscenza implicita ma non ancora integrate nella immagine di sé.

In tali momenti ci si può interrogare sulla possibilità che le sensazioni intense o i sintomi del paziente, mettendo in gioco particolari e caratteristiche impressioni sensoriali, stiano funzionando anche come procedure implicite relazionali volte a promuovere il contatto della diade analitica con contenuti inconsci altrimenti inintelligibili. La somatizzazione può forse segnalare anche lo stato di urgenza con cui una integrazione mente-corpo ha la necessità di essere favorita in quella precisa finestra temporale dello sviluppo del senso di sé. Che si tratti di memorie dissociate, che trovano echi nel contesto transferale, o che si tratti di nuove esperienze di cui l'interazione terapeutica sollecita l'assimilazione al già noto senso di sé, possiamo trovarci di fronte alla necessità di gestire un impasse rispetto alle più consuete modalità con cui normalmente procede la narrazione attraverso il dialogo clinico verbale. Per l'analista è questa l'opportunità di validare diversi codici linguistici del narrare per assolvere al compito di stare il più possibile vicino all'esperienza del paziente nello scambio del momento presente.. Un tentativo frettoloso di spostare l'esperienza a un livello simbolico verbale, di solito si rivela non proficuo e implica spesso il rischio di indebolire il significato della rappresentazione sensoriale o somatica stessa, invalidando l'unica espressione a cui il paziente è in grado di accedere in quello specifico istante del processo clinico.

Il caso di Clara

Clara, una giovane donna di trent'anni, mi contatta a causa d'importanti episodi di dismorfismo percettivo, tra i quali la sensazione di 'emettere aria dagli occhi', come se questi fossero due buchi dai quali l'aria transita dentro e fuori dal corpo dando origine alla sensazione di disperderne l'essenza vitale. Questi episodi innescano violente reazioni affettive, che Clara definisce 'attacchi di panico', in cui sperimenta il profondo terrore di perdere l'integrità del proprio corpo e di morire. Data la severità dei sintomi, in una fase iniziale valuto necessaria la collaborazione con un collega psichiatra. Il farmaco prescritto riesce a contenere la frequenza e l'intensità delle crisi, e mette Clara nella condizione di raggiungere il mio studio. Riluttante, accetterà di assumere il farmaco per non più di tre mesi circa, ma lo porterà sempre con sé per oltre un anno.

L'insorgenza dei sintomi risale all'anno precedente, in coincidenza con il fallimento del secondo tentativo di conseguire una laurea in scienze umanistiche. In entrambi i casi, Clara racconta di aver completato tutti gli esami

con successo, ma di essersi arenata nella fase di stesura della tesi. A riguardo del primo corso di studi, racconta con chiarezza di avere perso interesse nel perseguire la qualifica a causa dell'indebolirsi dell'opportunità sociale di applicare quelle specifiche competenze al mondo del lavoro. Per quanto riguarda invece il secondo tentativo, dal tono e dalla maggior vaghezza di particolari del racconto, sento che le sue ragioni non mi sono del tutto chiare. Clara riferisce, balbettando, di una progressiva indisponibilità del relatore a seguirla con sufficiente presenza e attenzione sul tema concordato, insieme alla sua personale difficoltà a procedere da sola nel lavoro. Sulla base di questa prima informazione, formulo l'ipotesi che l'aspettativa di un ideale grandioso di perfezione possa aver giocato un ruolo centrale nei ripetuti fallimenti. Mi sembra di poter vedere lo stesso principio organizzatore emergere anche da altre storie di vita di Clara, dove il motivo di fondo è un risultato non raggiunto a causa della sua severa e sempre insoddisfacente autovalutazione. Di conseguenza, faccio l'inferenza che Clara sia bisognosa di grandi quantità di attenzione, approvazione e conferme per mantenere vitale e consistente il proprio senso di sé, e che la relazione con il docente possa essere stata distorta proprio da queste condizioni affettive, terreno ottimale per indurre in Clara una drammatica e annichilente esperienza di abbandono.

In un momento avanzato del lavoro, tuttavia, la narrativa e il quadro motivazionale si complicano, poiché viene alla luce un episodio di abuso. Il profondo bisogno di ricevere approvazione e consenso, non aveva permesso a Clara di sfuggire alle attenzioni sessuali che il docente, noto per i suoi atteggiamenti seduttivi nei confronti degli studenti, le aveva rivolto con crescente insistenza durante una fase in cui l'aveva voluta a lavorare al suo fianco in un progetto accademico. Clara non aveva atteso né desiderato tali attenzioni, aveva provato a sottrarsi con leggerezza minimizzando il proprio imbarazzo e sperando in cuor suo che l'uomo desistesse dalle sue intenzioni. Era infine però arrivata la volta in cui, invece, si era spinto oltre. Mentre mi racconta, emerge leggibile e dichiarato il sentimento di vergogna per essere stata oggetto passivo del piacere sessuale dell'uomo, ma del momento in cui tutto era avvenuto Clara ricorda di aver provato solo un generalizzato stato di confuso torpore. Era rimasta immobile per il tempo in cui era durato l'atto, e si era poi congedata al momento opportuno come se nulla di significativo fosse accaduto. Il giorno successivo si era poi regolarmente presentata ad un colloquio in Dipartimento per discutere del reperimento del materiale per la tesi.

La strategia che Clara mette inconsapevolmente in atto per distanziarsi affettivamente e normalizzare l'accaduto con il proprio relatore di tesi non può però reggere perché l'uomo appare invece freddo e distaccato e, nel tempo, sarà sempre meno disponibile. Clara interpreta questo atteggiamento come un'espressione di disprezzo nei suoi confronti per essere stata in qualche modo sessualmente deludente, e da questo pensiero comincia a sentirsi

ossessionata e angosciata. Il primo episodio di dismorfismo si manifesta in questo periodo. Lo stato affettivo così profondamente sregolato si potenzia in presenza del docente, e il bisogno di regolazione determina la necessità di ridurre al minimo il contatto. Ciò inevitabilmente compromette progressivamente, ma in modo definitivo, la scrittura della tesi. Nonostante ciò, Clara continua da anni a pagare la retta universitaria nella speranza, prima o poi, di rimettere mano al filo interrotto. Il confronto in analisi sulla semplice possibilità di chiedere la tesi a un insegnante diverso non è per Clara praticabile: come potrebbe mai giustificare questa richiesta dopo tanti anni di presa in carico da parte di altri? Clara immagina che ciò comporterebbe il dover mettere a nudo le sue responsabilità e il suo vergognoso difetto come ragione del proprio fallimento.

Nel corso dei giorni che trascorrono per Clara senza alcuna meta da raggiungere, agli stati affettivi di angoscia e panico si alternano stati di intorpidimento emotivo e sensoriale, come quelli che aveva sperimentato durante l'episodio di abuso, che la dispongono con una discreta frequenza a rapporti sessuali promiscui, privi di desiderio e di piacere. Circa a un anno dall'abuso, si manifesta il primo episodio di panico a seguito di un episodio di dismorfismo. Nel tempo, insieme abbiamo potuto ricostruire come l'eccitamento scomposto e terrifico del panico fosse totalmente adeguato per esprimere la sregolata reazione verso le complesse emozioni dissociate che tendevano a riaffiorare alla coscienza, poiché lì la più recente memoria dell'abuso andava spontaneamente a intrecciarsi con le più lontane memorie d'infanzia.

Già dal primo incontro, Clara racconta anche della sua invalidante nevralgia al trigemino comparsa per la prima volta quando aveva sei anni. Il sintomo ricorre con regolarità e influenza pesantemente la sua vita. Tuttavia, non condiziona mai le nostre sedute durante l'intero corso dell'analisi fino, come vedremo, alla fase conclusiva. Piuttosto, gli attacchi di nevralgia affliggono Clara nel tempo che ci separa tra una seduta e l'altra. Quando il sintomo compare, possono essere necessari anche più di un'intera giornata e ripetute assunzioni di antidolorifico perché questa condizione si risolva, e così non vi sono molte alternative al trascorrere gran parte della giornata sdraiata in attesa che il dolore passi. Anche da bambina, racconta, durante questi attacchi restava distesa sul sofà del soggiorno della casa di famiglia in attesa dell'effetto del farmaco che i genitori le somministravano. L'associazione spontanea a un ricordo di infanzia, mi spinge a chiederle se può raccontarmi qualcosa di più su come in quei momenti viveva il dolore, e come vi reagiva. Senza esitazione, ma con tono distaccato, Clara risponde che non era sua abitudine lamentarsi o piangere; perlopiù attendeva silenziosa, ma invano, che qualcuno arrivasse a confortarla. Ed è questa la prima, ma non unica volta, in cui nel corso dei nostri scambi posso percepire la consistenza del senso di annichilente solitudine che ha segnato e connotato la vita di questa giovane donna.

Clara è la seconda figlia di una coppia che ha respirato attivamente il clima del sessantotto. Entrambi i genitori sono stati molto impegnati nei rispettivi progetti sociali e poco ingaggiati con le figlie e tra loro stessi, al punto che la coppia giunge presto a una dichiarata crisi affettiva e relazionale, mai risolta in una separazione di fatto. Dai racconti, la madre emerge come incapace di stabilire un rapporto empatico con la figlia minore, e facilmente disorganizzata dalle pur lievi sofferenze anche fisiche di cui a Clara, come a ogni bambino, capitava di fare esperienza. Un giorno le era capitato di tagliarsi seriamente durante una caduta, ma le reazioni della madre alla vista del suo sangue erano state tali da indurre il padre e la sorella maggiore a doverla rianimare, lasciando Clara attonita, confusa e solitaria spettatrice del dramma familiare mentre il sangue le cola sul viso. Molto presto, impara a minimizzare ogni malessere in presenza della madre. Il padre, da parte sua, era totalmente intollerante verso qualsiasi richiesta di rassicurazione avanzata dalla figlia, come ad esempio quella di tenere una piccola luce accesa nella propria cameretta durante la notte. Uno dei sogni ricorrenti di Clara, nella prima parte del nostro lavoro, rappresenta lei bambina, sdraiata su un divano e fintamente addormentata, mentre è abusata sessualmente da una coppia di adulti sconosciuti che al tempo stesso ne rivendica con determinazione la genitorialità a terzi presenti nel sogno, osservatori e testimoni fuori dalla scena. Nel corso del nostro dialogo, emerge evidente per entrambe il ricollegamento dello stato del sogno alla sensazione di insensibilità e estraneità che sperimenta la prima volta durante l'abuso, e successivamente nelle più recenti e promiscue relazioni sessuali.

Ritenuta una bambina intelligente, sveglia e cognitivamente vivace, Clara è stata forzata precocemente all'autonomia oltre ogni buon senso. Per lungo tempo, ha potuto percepirsi consistente, forte e coraggiosa, e anche un po' presuntuosa, grazie alla sua precoce abilità di usare sapientemente le parole. Sin dall'infanzia, ha fatto ricorso a categorie linguistiche quali 'intraprendente', 'coraggiosa', 'disinibita', 'intellettuale' per ricostruire nella propria mente l'immagine di sé e descriversi ad altri. Nel presente Clara non può più intercettare tali stati, e lo sforzo di ricostruire un'immagine di sé coerente con le categorie linguistiche del passato le induce un senso di de-realizzazione. Il primo attacco di panico la coglie di sorpresa mentre osserva l'immagine televisiva di due amanti che si baciano appassionatamente. L'intensità della passione, a cui assiste come in uno stato di congelamento affettivo, le appare improvvisamente come un fenomeno così strano e inconcepibile nella realtà dell'esperienza da generare la prima terrificante sensazione di sgretolamento interno del senso del reale.

Sin dalla fase di consultazione, benché il tono di voce sia basso e il ritmo lento, il flusso di parole durante i nostri incontri è continuo, e fra noi difficilmente ci sono silenzi. Attraverso l'intenso movimento verbale, Clara prova così a regolare la forte pressione interna di sensazioni e emozioni; tut-

tavia la risorsa verbale sembra avere perso per lei potere e potenza. Le parole non sono mai abbastanza adeguate ad afferrare e a descrivere le 'oscuere' esperienze che pervadono il suo mondo interno. Vive questo limite come evidenza del suo stesso essere incompleta e difettosa, e teme di potermi per questo deludere al punto che io possa decidere di interrompere la cura.

Dopo circa un anno dall'inizio del nostro lavoro ad un ritmo di incontri bisettimanale, Clara sta inoltre prendendo coscienza della natura traumatica di molte delle interazioni vissute con entrambi i genitori, coscienza che incrementa il senso di fragilità e il dolore emotivo. I nostri incontri riescono lì per lì a regolare la tensione, ma l'angoscia riprende a crescere vertiginosamente tra un incontro e l'altro, e raggiunge un'intensità insostenibile durante i fine settimana. Clara non chiede esplicitamente ulteriore disponibilità del mio tempo, ma io mi sento allarmata dalla disperazione che percepisco nell'implicito del suo sguardo, che sembra implorare una maggiore vicinanza e continuità del contatto nel momento in cui ci salutiamo a fine di ogni seduta. Condividendo la consapevolezza che il lasso di tempo che intercorre tra una sessione e l'altra sembra essere troppo lungo per lei, propongo così di incrementare il ritmo degli incontri a tre sedute settimanali. Includo nel nostro rinnovato accordo la possibilità di telefonarmi, anche durante i fine settimana, nel caso si sentisse in grande difficoltà nell'autoregolazione dei suoi stati affettivi, disponibilità della quale Clara qualche volta usufruirà, ma con grande parsimonia e discrezione.

L'introduzione di una terza seduta ci aiuta effettivamente a meglio regolare i suoi stati affettivi. Il ritmo di tre incontri alla settimana ha caratterizzato la fase più lunga del processo clinico e anche la più fertile per l'emergere delle memorie traumatiche, e per la decostruzione e ricostruzione del suo senso di sé. In questa fase, più che mai, ho sentito di dover essere molto attenta a mantenere il più in ombra possibile la mia soggettività. L'influenza inibitoria che avevano anche le mie sole espressioni facciali era stata evidente ad entrambe sin dalla fase di consultazione. La condivisione di questa consapevolezza ci aveva portate a impostare il nostro primo setting bisettimanale negoziando l'uso del lettino come strumento che avrebbe permesso a Clara di sentirsi meno influenzata e inibita dalla mia presenza.

In effetti, come avevamo entrambe auspicato, il lettino supporta Clara nello sforzo di mantenere un contatto più lucido con la sua esperienza interiore, così sfaccettata e intensa, ma allo stesso tempo così volatile grazie alla difesa dissociativa. Clara è sempre molto attenta a ogni parola che esce dalle mie labbra e al modo in cui la pronuncio, ma il beneficio offerto dalla possibilità di mantenermi non visibile al suo sguardo è di aiuto al nostro lavoro clinico ed è spesso oggetto di esplorazione e confronto nel nostro dialogo. Il lettino fornisce a Clara uno spazio privato in cui sentirsi protetta in mia presenza, riparata dalla paura del severo giudizio che per lungo tempo teme di decifrare dalle mie espressioni, verbali e non verbali. Durante questa fase, i

momenti più intensi del nostro incontrarci sono l'accoglienza e il congedo: nello spazio-tempo tra la soglia della porta e il lettino, e viceversa, posso sentire lo sguardo di Clara ispezionare in modo quasi febbrile il mio corpo, come fosse questo una mappa su cui orientarsi per intercettare il punto di accesso alla mia disponibilità ad accoglierla. A volte, nei momenti più angoscianti della seduta in cui si sente persa e senza confini, io posso essere il suo unico ancoraggio alla realtà, e allora Clara gira la testa come in cerca della prova che sono sempre seduta al mio posto, e a lei vicina..

La valenza del lettino come luogo sicuro che offre a Clara l'opportunità di sentirsi protetta in mia presenza, è evidente ad entrambe sin dalla prima sessione nel nuovo setting. Tuttavia non è l'unica. Nel corso del nostro lavoro, diventa progressivamente chiaro che il lettino provvede a garantire anche la mia stessa incolumità. In questo modo, nemmeno io posso vedere il suo viso e la sua espressione spaventata e spaventante, suscitata dalla sensazione interiore di profonda fragilità. Come avremo modo di vedere in un sogno successivo, Clara è convinta di dovermi preservare dal contatto con il suo mondo interno.

Infatti, se il ritmo trisettimanale rinforza per entrambe il senso di fiducia nel lavoro analitico e nelle sue possibilità di successo, nel corso delle sedute ho però sempre l'impressione che un sentimento di cautela non meglio identificato segni il nostro passo. Mi sembra di essere condotta con determinazione verso luoghi ancora inesplorati, in cui Clara si predispone ad addentrarsi contando fiduciosamente sulla mia presenza; ma poi un timore intenso e impalpabile ci arresta entrambe ai loro margini. La conoscenza implicita che Clara ha di questo processo condiviso, prende forma nel sogno in cui ascendiamo insieme un'alta montagna, come in un pellegrinaggio, per raggiungere un luogo sacro dove troneggia un sarcofago scoperchiato. Insieme ci avviciniamo per poterne osservare il contenuto, ma proprio mentre siamo in prossimità del suo bordo, Clara mette una mano sui miei occhi nell'atto di preservarmi. Per entrambe, l'esplorazione del sogno rende esplicita l'intima esperienza che Clara ha del proprio mondo interno come non avvicinabile e - quindi - non rappresentabile. Immagina io possa non tollerare la visione, e reagire come la madre quando ha visto il suo sangue. E se questo accadesse, Clara si ritroverebbe di nuovo sola.

Per molto tempo, durante le nostre sedute esploriamo il senso d'inadeguatezza che Clara ha riguardo a sé stessa. In questa fase del lavoro, avendo in mente il suo grande bisogno di ricollegarsi al proprio corpo e quando la sento sufficientemente disponibile a tollerare il contatto con il disagio, la invito a orientare in modo focale l'attenzione consapevole sulle sensazioni corporee co-presenti al senso di inadeguatezza, e di esplorarle. Accompagnata dalle indicazioni della mia voce, durante l'esplorazione Clara dirige la sua attenzione prima verso l'una, poi verso l'altra parte del corpo, concentrandosi sulle aree in cui percepisce un disturbo - dolore, con-

trazione, freddo o isolamento dalle aree contigue - per il tempo necessario a chiarire la natura di ogni sensazione. Come spesso accade ai miei pazienti quando orientano e focalizzano l'attenzione sul proprio corpo in mia presenza, anche Clara può osservare il progressivo ridursi della distanza normalmente percepita tra la coscienza di sé e il disagio rappresentato e vissuto nel corpo. Allo stesso tempo, questa esperienza condivisa la sostiene nel contenimento dell'angoscia generata dagli episodi di dismorfismo sensoriale che può emergere anche durante le nostre esplorazioni.

Man mano che diventa nel tempo sempre più confidente con lo strumento, quando nel corso di un ordinario scambio verbale sente confuse le proprie percezioni, Clara si concentra spontaneamente sulle sensazioni che emergono dal suo corpo, e le esplora. Più capace, ora, di mantenere un contatto prolungato con le percezioni sgradevoli, può osservare con meno angoscia le incrinature che falsano il suo tono di voce, la postura e i movimenti rigidamente controllati e trattenuti, la goffaggine generale che sperimenta quando diventa consapevole di essere *anche* un corpo. Contemporaneamente, acquisisce una sempre maggiore libertà nell'osservare anche il mio di corpo, per riflettersi o confrontarsi, ma anche per segnalarmi come alcune mie espressioni o posture abbiano effetto di intimorirla, o di renderla improvvisamente incerta nelle proprie convinzioni. A loro volta, i commenti di Clara riguardo al modo in cui percepisce il mio corpo e le sue espressioni, riconnettono me alla mia corporeità. Nei momenti di maggiore intensità emotiva, i muscoli delle mie gambe spesso sono fortemente contratti come a tenermi pronta per un balzo improvviso in avanti. Segnali che mi ricollegano al mio stato di allerta, più o meno costante a causa dell'intensità della tensione che percepisco come stato di fondo in Clara, e che mi fa temere il rischio sempre sotteso di un'improvvisa rottura psicotica. In altri momenti, quando il confronto si gioca sul modello della femminilità, percepisco il mio corpo come più solido, in modo simile a come mi sono sentita durante la mia prima gravidanza, e so che in quei momenti anche Clara percepisce in me una maggiore forza e solidità a protezione della sua vulnerabilità.

Dopo tre anni di lavoro, Clara non soffre più gli attacchi di panico, e anche le sue nevralgie cessano di ricorrere, benché non sia ancora sufficientemente sicura della nostra stabilità affettiva: a ogni nuovo incontro, in qualche modo fa capolino il vecchio timore di rivelarsi, e di vedere confermata nel mio sguardo la sua inadeguatezza. Procediamo comunque con costanza verso l'obiettivo di rendere pensabili i pensieri impensabili attraverso l'esplorazione di sentimenti, emozioni e sensazioni che emergono alla consapevolezza, o che animano la ricca e angosciata vita onirica che segna le notti di Clara. Identifichiamo con cautela nuove rappresentazioni di sé più vicine alla più attuale esperienza di se stessa, e insieme assistiamo alla graduale trasformazione di un senso di sé isolato, insensibile e incomunica-

bile, in quella di un sé desiderante e capace di stabilire relazioni significative. Un Natale mi fa dono del libro di Clarissa Pinkola Estès (1992), *Donne che corrono coi lupi*, nella cui dedica scrive: 'Grazie di avermi data alla vita'. Stabilisce un legame d'amore stabile, e diviene madre.

Dopo quasi dieci anni, a un certo momento del nostro percorso sentiamo entrambe l'utilità di riorganizzare i nostri incontri su una cadenza bisettimanale, e di trascorrere la nostra ora sedute l'una di fronte all'altra. Il passaggio è sicuramente in parte condizionato dalla sua conquistata genitorialità, a cui Clara si dedica con assoluta devozione; ma perlopiù ha semplicemente a che fare con il sentimento di un rinnovato senso di sé, ora sperimentato come più sicuro, stabilmente fiducioso nella nostra relazione e confidente nella mia disponibilità emotiva nei confronti delle sue fragilità. Questa consapevolezza la rende ora desiderosa di guardarmi, sfidando le paure di vedere riflessi sul mio viso i giudizi negativi fantasticati e temuti per così tanto tempo. Ora può incontrare il mio sguardo e finalmente tollerare di vedere riflesse le proprie, ma anche le mie fragilità.

Quest'ultimo cambiamento del setting rende possibile una intensa fase di confronto e rispecchiamento che ci permette di apprezzare quanto Clara abbia conquistato un sufficiente senso d'integrità. Inizia così ad emergere, sul lontano sfondo dei miei pensieri privati, l'idea che il lavoro analitico possa avviarsi a conclusione. Ciò nonostante, quando finalmente è Clara a comunicarmi di sentirsi pronta a stabilire una possibile data di conclusione, io mi sento sorpresa. Clara avverte il timore di perdere il beneficio della mia presenza nella sua vita, tuttavia il desiderio di emanciparsi dal nostro lavoro, e di vivere l'esperienza di efficacia nell'averlo concluso, sembra essere più forte. Io sono consapevole di confrontarmi con una donna che ha conquistato un grado di coesione tale da rendere del tutto realistica la possibilità di programmare una conclusione. Nondimeno, il permanere di ricorrenti episodi notturni di paralisi del sonno, in cui si configurano sempre atmosfere sinistre e minacciose, mi segnalano ancora alcune significative aree di fragilità che disturbano il suo riposo. In queste occasioni, la difficoltà di regolazione dello stato affettivo si protrae per tutto il giorno e imprime, sin dal momento del risveglio, uno stato di confusione e insicurezza in relazione a progetti di vita futuri, tra i quali il desiderio di riprendere e concludere il percorso universitario lasciato in sospeso.

Comunque, cautamente ed estesamente, esploriamo costi e benefici di una conclusione dell'analisi a questo punto del percorso. Perlustrando i miei sentimenti, comincio a pensare che il mio senso interno di allarme potrebbe per una parte essere ricollegato allo schema di interazione che ha pervaso per lungo tempo il mio modo di essere in relazione a Clara, alla quale mi sento affettivamente legata. D'altra parte, sto facendo i conti anche con le mie personali difficoltà di separazione, sollecitate nella mia vita privata dal contemporaneo svezzamento dall'allattamento al seno della mia seconda

figlia. Sto vivendo nella prospettiva - desiderata ma non priva di riluttanti sfumature nostalgiche - di lasciarmi alle spalle per sempre un'esperienza che è stata per me garante di grande intensità e intimità affettiva nella relazione con entrambe le mie figlie.

Con il respiro temporale di un anno, Clara e io fissiamo infine la data presunta del nostro ultimo incontro, e concordiamo che se dovessimo esserci sbagliate lei saprebbe sempre dove trovarmi. E' da questo momento che in Clara comincia a insinuarsi la forte paura a lasciarmi e il riaffiorare, seppur blando, della sensazione disgregante di essere quel *bluff* che ha sperimentato per tanti anni. Le crisi nevralgiche ricompaiono tra una seduta e l'altra, invalidanti come nel passato, e la gettano nel più grande sconforto. Siamo entrambe consapevoli del legame tra il ritorno della nevralgia e il progetto di conclusione dell'analisi. Anche io mi sento un po' messa all'angolo e sto faticando a capire. Sto pensando che ci sia qualche aspetto della sua esperienza che non abbiamo ancora condiviso e/o compreso, e glielo comunico. Evidentemente, le dico, abbiamo lasciato indietro qualcosa di importante.

Un giorno Clara arriva in seduta in uno stato di acuta crisi nevralgica, e io registro immediatamente l'eccezionalità del fatto. Siede sulla poltrona con gli occhi chiusi e le dita della mano sinistra poggiate sulla tempia. Le lacrime scorrono, mentre mi comunica il senso d'impotenza in cui la versa il dolore. Le chiedo di restare nella posizione in cui si trova, e di concentrare tutta la sua attenzione sulla sensazione dolorosa. Clara mette a fuoco l'impressione di *'un chiodo conficcato nella tempia'* mentre le sue dita spontaneamente premono sul punto su cui si sono posate. La invito a mantenere quella pressione mentre continua a osservare la sensazione più nel dettaglio. Più chiaramente percepisce, allora, che il senso di pressione è come una forza che spinge dall'interno all'esterno, mentre le sue dita che premono contro la tempia vorrebbero in realtà come contrastarla. Mentre è osservata, la sensazione di pressione s'intensifica progressivamente sino a raggiungere un culmine che Clara descrive come *'un'esplosione'* nella testa, cui segue *'un lampo di luce bianca e accecante'*. Il lampo di luce prende pian piano la forma di *'una scatola bianca che imprigiona la mia testa'*. In coincidenza con quest'ultima immagine, si dissolvono le sensazioni di pressione interna e di dolore.

Ora Clara si muove tra immagini. La scatola diventa una *'stanza bianca, vuota e isolata dal resto del mondo'*. Si vede di spalle, in piedi, bambina, davanti a una vecchia radio che riconosce essere appartenuta ai nonni. È sorpresa dal ricordo. È dispiaciuta mentre si chiede perché i genitori abbiano voluto liberarsene. Si osserva girare la manopola in cerca delle frequenze. Poi la sua attenzione cade su qualcosa che la piccola Clara dell'immagine sta tenendo con la mano libera abbandonata lungo il fianco. *'Oh, mio Dio... non me ne ricordavo più!... È un cagnolino... il mio cagnolino di*

peluche! Non me ne separavo mai... Come ho fatto a dimenticarmi di lui in tutti questi anni? È sempre lì, a occhi chiusi, la mano sulla tempia che ora si muove in un leggero massaggio. Sorride mentre racconta commossa di quanto conforto quest'oggetto sia stato capace di darle nelle tante situazioni in cui si è sentita, da piccola, sola, spaventata e in pericolo. Mentre cerca di ricostruire che destino abbia avuto, improvvisamente ricorda: come la radio, semplicemente un giorno non l'ha più trovato. I genitori avevano preso l'iniziativa di regalarlo al cugino perché la ritenevano ormai troppo grande per giocare con un animale di pezza. Non ha memoria di avere pianto allora la perdita del suo peluche. Sicuramente, Clara ha finalmente potuto piangere quando il ricordo è affiorato alla sua mente nel mio studio.

Al termine della seduta, la sensazione di essersi riappropriata di una parte importante della sua vita ha preso il posto del dolore nevralgico. Io mi sento profondamente toccata dall'esperienza condivisa, e commossa. Penso che Clara lo possa vedere dai miei occhi umidi.

Nelle successive elaborazioni del ricordo, abbiamo potuto ricostruire come la sottrazione da parte dei genitori di un oggetto così fondamentale a regolare il senso di coesione e sicurezza sia stata vissuta da Clara come un vero e proprio abuso del suo corpo, una sorta di amputazione, che ne ha minacciata l'integrità compromettendo progressivamente anche lo sviluppo della funzione di autoregolazione affettiva.

Conclusioni

All'interno di una cornice teorica che considera la conoscenza come integralmente e sincronicamente distribuita tra processi mentali e processi corporei, ho proposto una prospettiva teorico-clinica da cui stati sensoriali intensi e somatizzazioni sono considerati e osservati da un lato come inerenti al modo non verbale del conoscere, e/o ri-conoscere, l'esperienza; dall'altro come *anche* appartenenti alla rete delle procedure relazionali e al processo dell'enactment. Quando stati sensoriali intensi e/o disfunzioni somatiche emergono dall'intersoggettivo sistema corpo-mente costituito dalla diade analitica, la focalizzazione sulle impressioni sensorie si offre come una fertile opportunità per esplorare e integrare nel discorso verbale gli schemi dell'emozione emergenti. Veicolate da questi ultimi, tendono infatti ad affiorare alla coscienza le esperienze relazionali significative ad essi associate, e che al tempo sono rimaste confinate al livello sub-simbolico di elaborazione. Il flusso del processo, promuove infine spontaneamente la funzione referenziale e l'integrazione alla coscienza delle esperienze dissociate.

Il processo può vedersi delineato nitidamente nel percorso clinico condiviso con Clara, e concluso con l'emergere di una memoria dissociata dal valore centrale nei processi di organizzazione inconscia di questa giovane

donna. Il sintomo nevralgico, che da un lato custodisce nell'implicito il ricordo dell'oggetto e il senso soggettivo di integrità ad esso associato, dall'altro mantiene nel tempo affettivamente vivi in Clara il dolore e il senso d'impotenza che hanno accompagnato originariamente il trauma della perdita, così da rendere potenzialmente possibile una sua successiva integrazione. Allo stesso tempo, il sintomo salvaguarda l'immagine sufficientemente adeguata di un'adulta che sa gestire il suo dolore in solitudine, sulle tracce del comportamento adoltomorfo a cui Clara bambina è stata implicitamente invitata dai genitori a conformarsi.

Durante l'infanzia, il peluche di Clara ha funzionato come oggetto transizionale a garanzia di un collegamento tra sé e il mondo (Winnicott, 1974). Durante l'analisi, io ho svolto per lei prevalentemente una funzione oggetto-Sé (Kohut, 1976), concetto che condivide con quello di oggetto transizionale alcuni principi di base pertinenti allo sviluppo del senso di sé. Nel corso della elaborazione che ha accompagnato la fine dell'analisi, Clara ha potuto finalmente integrare più stabilmente la funzione di oggetto-Sé. In questo processo, ho dovuto elaborare le mie stesse resistenze all'idea di lasciarla a fronteggiare da sola le sue difficoltà di regolazione emotiva ancora vive e pungenti. Ero trattenuta in parte dall'ancora potente investimento di transfert a causa del ruolo da me giocato nello sviluppo della sua capacità di auto-regolazione; in altra parte, da affetti inconsci condizionati dalle mie personali e quotidiane battaglie per la separazione da un modello materno a me confortevole. In una fase che avrebbe richiesto la mia piena fiducia nelle sue sufficienti capacità di autonomia e nella acquisita abilità a implementare il loro sviluppo anche in mia assenza, l'ambivalenza del mio sentire è stata trasmessa a Clara da un implicito comunicare, risvegliando in lei il sentimento di inadeguatezza, e la paura della solitudine e dell'abbandono. Allo stesso tempo, il processamento del sintomo e l'esito di una memoria ritrovata hanno contribuito in modo fondamentale a completare la decostruzione della tenace connessione affettiva tra 'crescita' e 'perdita' che la fine dell'analisi evocava, e che il ricordo dissociato così emblematicamente ben rappresentava.

BIBLIOGRAFIA

- Amore, M. (2012). Clinical scenarios of 'Remembering'. Somatic States as a Process of Emerging Memory. *Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 22(2), 238-252.
- Arnetoli, C., Pacifici, P. (2004). Introduzione all'edizione italiana. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 7-14). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Aron, L. (2004). Il corpo clinico e la mente riflessiva [The clinical body and the reflexive mind]. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 43-86). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Aron, L., Atlas, G. (2015). *Generative Enactment: Memories From the Future*.

- Psychoanalytic Dialogues: The International Journal of Relational Perspectives*, 25(3), 309-324.
- Bass, A. (2003). 'E' enactments in psychoanalysis: Another medium, another message. *Psychoanalytic Dialogues*, 13, 657-675.
- Bromberg, M. P. (1998). *Clinica e trauma della dissociazione. Standing in the spaces* [*Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process Trauma and Dissociation*]. Milano: Cortina.
- Bucci, W. (1997). *Psicoanalisi e scienza cognitiva*, [*Psychoanalysis and cognitive science: A multiple code theory*]. Roma: Fioriti.
- Bucci, W. (2007). The role of bodily experience in emotional organization. New perspectives on the multiple code theory. In F. S. Anderson (Ed.), *Bodies in treatment: The unspoken dimension* (pp. 51-76). Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Edelman, G. M. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. New York, NY: Basic Books.
- Ferro, A. (1996). *Nella stanza d'analisi*. Milano: Cortina.
- Fosshage, J. (1989). The developmental function of dreaming mentation: Clinical implications. In A. Goldberg (Ed.), *Dimensions of self-experience, progress in self psychology*, vol. 5 (pp. 3-11; pp. 45-50). Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Freud, S. (1914). *Introduzione al Narcisismo*. Opere, Vol. 7. Torino: Boringhieri.
- Galimberti, U. (1983). *Il corpo*. Milano: Feltrinelli.
- Hopenwasser, K. (2004). L'ascolto del corpo. Rappresentazioni somatiche della memoria dissociata [Listening to the body: Somatic representations of dissociated memory]. In L. Aron & F. Sommer Anderson (Eds.), *Il corpo nella prospettiva relazionale* (pp. 318-345). Bari-Roma: La Biblioteca.
- Kohut, H. (1976). *Narcisimo e analisi del Sé* [*The analysis of the self*]. Torino: Boringhieri.
- Lefebvre, P. (1980). The narcissistic impasse as a determinant of psychosomatic disorder. *Psychiatry Journal of the University of Ottawa*, 1, 5-11.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19, 576-617.
- Jacobs, T. J. (1986). On countertransference enactment. *Journal of American Psychoanalysis Association*, 34, 289-307.
- Jacobs, T. J. (2013). *The possible profession: The Analytic Process of Change*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Marty, P., de M'Uzan, M. (1963). La pensée opératoire. *Revue Française Psychoanalytique*, 27, 345.
- McClelland, J. L., Rumelhart, D. E.; PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 2: *Psychological and biological models*). Cambridge, MA: MIT Press.
- Modell, A. H. (1990). *Per una teoria del trattamento psicoanalitico* [*Other times, other realities. Toward a theory of psychoanalytic treatment*]. Milano: Cortina.
- Pinkola Estès, C. (1992). *Donne che corrono coi lupi. Il mito della donna selvaggia* (*Women Who Run With the Wolves: Myths and Stories of the Wild Woman Archetype*). Milano: Frassinelli.
- Robutti, A. (1992). Cassandra: un mito per l'ipocondria. In L. Nissim Momigliano & A. Robutti (Eds.), *L'Esperienza condivisa: saggi sulla relazione psicoanalitica*. Milano: Cortina.
- Rumelhart, D. E., McClelland, J. L.; PDP Research Group (1986). *Parallel distributed processing: Explorations in the microstructure of cognition* (Vol. 1: *Foundations*). Cambridge, MA: MIT Press.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 22, 255-262.

- Stern, N. D. (1985). *Il mondo interpersonale del bambino* [*The interpersonal world of the infant*]. Torino: Bollati Boringhieri; 1987.
- Stern, D. N. (2010). *Le forme vitali. L'esperienza dinamica in psicologia, nell'arte, in psicoterapia e nello sviluppo*. Milano: Cortina.
- Varela, F., Thompson, E., & Rosch, A. (1993). *La via di mezzo della conoscenza* [*The embodied mind: Cognitive science and human experience*]. Milano: Feltrinelli.
- Winnicott, A. D. (1974). *Gioco e realtà* [*Playing and reality*]. Roma: Armando.

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto per la pubblicazione: 30 maggio 2020.

Accettato per la pubblicazione: 17 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:289

doi:10.4081/rp.2021.289

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License (by-nc 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.