

Nuove prospettive sui sintomi e simboli nel caso di Clara e il loro ruolo nel processo terapeutico

Wilma Bucci*

SOMMARIO. – Il trattamento di Clara descritto dalla dott.ssa Marina Amore fornisce nuove intuizioni sul ruolo delle funzioni somatiche nello sviluppo dei disturbi emotivi e nella comunicazione terapeutica. Secondo la teoria del processo referenziale le descrizioni di specifiche esperienze corporee possono servire a costruire connessioni con il modo simbolico e verbale quando le narrazioni che coinvolgono persone ed eventi della vita non sono accessibili. Durante i 10 anni di trattamento, i racconti di Clara dei suoi gravi sintomi nevralgici e delle sue esperienze corporee ed emotive nelle sue interazioni con la dott.ssa Amore le permisero alla fine di parlare delle esperienze passate e presenti con i suoi genitori e le altre persone, e di ricostruire schemi delle emozioni che erano state dissociate. Le sensazioni corporee della dott.ssa Amore nelle sue interazioni con Clara l'hanno guidata nel lavoro terapeutico e hanno inoltre aperto una nuova comprensione delle esperienze nella sua stessa vita. Il processo referenziale può essere visto come un processo che ha avuto luogo in profondità tra e dentro i due partecipanti mentre riconoscevano il processo di crescita di Clara e lavoravano anche per risolvere il loro senso di perdita nella fase finale.

Parole chiave: Sintomi; simboli; teoria del codice multiplo.

La complessa storia del trattamento di Clara, raccontata con sensibilità dalla dottoressa Amore, fornisce alcuni *insight* sul ruolo dell'esperienza somatica nello sviluppo dei disturbi emotivi e sul processo di trattamento. La discussione di questo caso mi permette di tornare al mio precedente articolo 'Sintomi e Simboli: Una teoria del Codice Multiplo della Somatizzazione' (Bucci, 1997) e di presentare nuove prospettive sviluppatasi da allora riguardanti l'interazione dei processi psichici e somatici.

Nei miei commenti iniziali sul caso, in risposta alla presentazione della

*Professor Emerita, Derner Institute, Adelphi University and Co-Director of Research, Pacella Research Center, New York Psychoanalytic Society and Institute.

E-mail: wbucci@icloud.com

¹Il materiale riguardante il caso mi è stato messo a disposizione dal terapeuta curante.

dottoressa Amore nel Novembre 2017 a Milano, ho discusso i problemi emotivi di Clara dal punto di vista della teoria del codice multiplo e ho anche formulato diverse domande riguardanti il processo di trattamento e l'esperienza soggettiva della dottoressa Amore. Nel presente lavoro presenterò un breve riassunto della teoria, concentrandomi sul ruolo dell'esperienza corporea nello sviluppo e nel trattamento dei disturbi emotivi. Applicherò quindi il modello al caso di Clara, come discusso nel nuovo articolo della dottoressa Amore che approfondisce ed elabora le sue precedenti presentazioni (vedi anche Amore, 2012). La mia discussione riguarderà i cambiamenti nel terapeuta e nel paziente nel campo interattivo della terapia, nel mentre i due insieme hanno vissuto il dramma della fase di conclusione della terapia. Qui aggiungo che questa discussione può essere vista come inerente non solo l'interazione tra terapeuta e paziente, ma anche come discussione a più livelli tra la dottoressa Amore ed io, discussione che ha aperto nuove idee e nuovi percorsi per entrambi.

Concetti della teoria del codice multiplo

In questa breve presentazione teorica della teoria del codice multiplo, mi concentrerò su tre punti principali: i) il pensiero organizzato si manifesta in forme sensoriali e corporee così come nel linguaggio verbale; ii) i processi coinvolti nelle emozioni sono anche coinvolti nella regolazione delle funzioni fisiologiche; iii) l'esperienza corporea è condivisa tra le persone; *sentiamo* quello che *provano* gli altri.

I concetti di base della teoria del codice multiplo sono i sistemi di elaborazione *subsimbolici* e *simbolici*, gli *schemi emotivi* che costituiscono l'organizzazione dell'esperienza nella memoria e il *processo referenziale* mediante il quale l'esperienza subsimbolica viene comunicata in forma verbale. Tutti questi concetti sono stati discussi altrove; descriverò le idee di base qui.

Le persone pensano e comunicano sia in forme *simboliche* che *subsimboliche*. I simboli possono essere parole o immagini che si riferiscono e rappresentano le esperienze di vita. Possono essere combinati per rappresentare idee complesse e sono centrali nel ragionamento logico e nella comunicazione agli altri. Le persone hanno anche accesso a un mondo complesso di esperienza subsimbolica in forma analogica, come gradienti di esperienza piuttosto che come rappresentazioni discrete. Questi possono riguardare le sensazioni in tutte le modalità sensoriali - la vista, l'udito, l'olfatto, il gusto e il tatto - e anche nell'esperienza corporea e motoria. Sia i processi simbolici che subsimbolici possono verificarsi in modalità conscia o inconscia. Siamo abituati a vedere i processi simbolici come pensiero cosciente, tuttavia possiamo divenire consapevoli anche del flusso dell'esperienza subsimbolica che fornisce il colore, la musica e la sensazione delle nostre vite, e in qualche

misura classifichiamo le esperienze che non possono essere prontamente definite come non coscienti. Come ho sostenuto altrove, ammettere l'esperienza subsimbolica nel dominio del pensiero maturo, cosciente e razionale cambia la nostra visione dell'attività mentale in generale e della terapia in particolare (vedi ad esempio Bucci 2002, 2011a, 2011b; Damasio, 1999).

Gli schemi dell'emozione. L'organizzazione della vita emotiva e della motivazione dipende dagli schemi emotivi. Questi sono reti nella memoria che si formano attraverso ripetute interazioni con altre persone e che consistono in modelli di esperienza viscerale o somatica in forma subsimbolica (ciò che sentiamo, o ci aspettiamo di sentire quando qualcuno agisce in un modo particolare nei nostri confronti o si verifica un evento particolare), modelli di risposta motoria associati a tale eccitazione (attaccare, fuggire, accarezzare), e rappresentazioni dell'oggetto dell'emozione, della persona o dell'evento associato a questi modelli di sentimento e risposta.

Le componenti subsimboliche del sentimento e dell'azione costituiscono il *nucleo affettivo* dello schema; gli agglomerati di ricordi che formano gli schemi emotivi si basano sull'attivazione del nucleo affettivo con persone diverse e in luoghi e tempi diversi. Lo schema si attiva quando *accade qualcosa* nella propria vita che attiva il nucleo affettivo. Il nucleo del sentimento e dell'azione - o tendenze all'azione - che si costruisce quando un bambino viene punito o trascurato da un genitore, può essere riattivato in una relazione intima, o nel proprio lavoro, o in qualsiasi altro contesto quotidiano della vita. Ogni episodio in cui viene attivato il nucleo affettivo, o qualche suo componente, costituisce un'istanza che si aggiunge allo schema, in alcuni casi modificandolo, in alcuni casi rafforzando le aspettative che vi sono incorporate. Ciascuna di queste attivazioni di uno schema emotivo costituisce ciò a cui ci riferiamo come un'esperienza di emozione. In alcuni casi i raggruppamenti di tale attivazione, condivisi da molte persone, sono classificati da parole emozionali come 'rabbia', 'paura' o 'vergogna'; in molti casi i raggruppamenti sono più diffusi, più vari e specifici per la vita di un individuo: le persone dicono 'Non so spiegare come mi sento'.

Relazione degli schemi dell'emozione con altri concetti

Il costrutto dello schema dell'emozione si basa sulla nozione di base dello schema di memoria (Bartlett, 1932). Come definito da Bartlett, gli schemi di memoria sono rappresentazioni organizzate di conoscenze ed esperienze passate che vengono attivate e alterate da nuove esperienze e determinano in modo interattivo come viene percepita la nuova esperienza. Come per tutti gli schemi di memoria, vediamo tutte le esperienze del mondo attraverso la lente dello schema emotivo; Non c'è altro modo. I concetti di assimilazione e accomodamento di Piaget (1936) rappresentano anche la natura in continua evo-

luzione degli schemi di conoscenza nell'esperienza di vita. Gli schemi dell'emozione differiscono da altri schemi di memoria o conoscenza in quanto la loro organizzazione si basa sulle esperienze subsimboliche sensoriali, corporee e viscerali del nucleo affettivo e sono radicate nelle interazioni con il mondo di altre persone dall'inizio della vita.

Il concetto di Bowlby (1969) di *Modelli operativi interni* e il concetto di Stern (1985) di *Rappresentazioni delle interazioni che sono state generalizzate* (RIGs) enfatizzano la natura evolutiva e interpersonale degli schemi emotivi e il ruolo del genitore nel loro sviluppo. Come definito da Stern, le RIGs sono basate su episodi che includono 'sensazioni, percezioni, azioni, pensieri, affetti e obiettivi' e che si verificano ripetutamente in una particolare relazione temporale (Stern, 1985, p. 95). Così come episodi specifici si ripetono, il bambino inizia a formare la struttura della memoria prototipica, la RIGs, che Stern caratterizza come: '...un'aspettativa personale e individualizzata di come è probabile che le cose procedano momento per momento' (p. 95).

Dal punto di vista della psicoanalisi

La formulazione delle emozioni e degli schemi dell'emozione come definiti nella teoria del codice multiplo sono inoltre legati alle idee psicoanalitiche di base. Il concetto di transfert di Freud del 1912 implica un'organizzazione simile che mette in relazione oggetti, azioni e soddisfazione somatica, in termini diversi:

"Ogni uomo ha acquisito, per l'azione congiunta della sua disposizione congenita e degli influssi esercitati su di lui durante gli anni dell'infanzia, una determinata indole che caratterizza il modo di condurre la vita amorosa, vale a dire le condizioni che egli pone all'amore, le pulsioni che con ciò soddisfa e le mete che si prefigge. Ne risulta per così dire un cliché (o anche più d'uno), che nel corso della sua esistenza viene costantemente ripetuto, ristampato quasi, (corrispondendo aggiunto) nella misura in cui lo consentono le circostanze esterne e la natura degli oggetti d'amore accessibili; cliché che tuttavia può in parte modificarsi in relazione a impressioni recenti... Se il bisogno d'amore di qualcuno non è completamente soddisfatto dalla realtà, è obbligato ad avvicinare ogni nuova persona che incontra con idee anticipatorie libidiche" (Freud, 1912).

I concetti di cliché, di idee anticipatorie libidiche, della coazione a ripetere, così come i concetti di relazioni oggettuali interiorizzate, stati del sé (nell'approccio relazionale) e complessi (nella teoria junghiana) e molti altri implicano rappresentazioni organizzate, costruite attraverso la vita, che determinano *come ci si sente o come ci si aspetta di sentirsi* in situazioni particolari, con persone particolari.

Il concetto di schema dell'emozione si riferisce anche, indirettamente, al concetto psicoanalitico di pulsione e fornisce una caratterizzazione dell'idea psicoanalitica fondamentale dell'interazione tra psiche e soma, indipendentemente dal modello energetico. Freud (1905) caratterizzò le pulsioni sulla base della loro fonte somatica, del loro scopo e del loro oggetto. Nello schema dell'emozione, come nel concetto di pulsione, c'è una fonte somatica, un insieme di funzioni corporee tra cui l'attivazione sensoriale, viscerale e motoria e un modello di risposta associato a queste funzioni. C'è anche un oggetto - qualcosa che accade nel presente o nella memoria o nella fantasia - che è lo scopo verso il quale sono dirette le risposte.

La natura interpersonale degli schemi dell'emozione

Un aspetto centrale degli schemi dell'emozione riguarda il loro sviluppo in un contesto interpersonale. I nuovi avanzamenti nelle neuroscienze sociali e nella comunicazione incarnata ha fornito una struttura per comprendere tale sviluppo. La scoperta iniziale dei neuroni specchio nelle scimmie ha richiesto l'impianto di elettrodi nel cervello (Gallese, Fadiga, Fogassi & Rizzolatti, 1996). I ricercatori nel campo delle neuroscienze affettive hanno ora trovato modi non invasivi per studiare i processi di mirroring negli esseri umani in disegni sperimentali, nonché attraverso la stimolazione di particolari aree cerebrali nelle procedure associate alla neurochirurgia per l'epilessia e le condizioni correlate. In studi che utilizzano la risonanza magnetica funzionale (fMRI) o la stimolazione magnetica transcranica (TMS), i ricercatori hanno scoperto che alcune delle cellule nervose che si attivano nel cervello di una persona quando viene toccata si attivano anche quando questa vede un'altra persona che viene toccata (Keyzers & Gazzola, 2009), quando osserva un'altra persona che mostra espressioni di disgusto o di apprezzamento e quando lei stessa sperimenta odori disgustosi o piacevoli (Wicker, *et al.*, 2003), quando osserva il dolore in un'altra persona e quando lo sperimenta lei stessa (Singer & Frith, 2005).

Come osserva il neuroscienziato sociale Christian Keyzers:

“...La scoperta di circuiti condivisi ha cambiato la nostra comprensione del legame tra la mente individuale e le persone intorno a noi. Alla luce della nuova ricerca, le persone intorno a noi non sono più solo una parte del ‘mondo là fuori’, limitate alle aree sensoriali del cervello. Attraverso circuiti condivisi, le persone intorno a noi, le loro azioni e le loro emozioni, permeano molte aree del nostro cervello...: il nostro sistema motorio e le nostre sensazioni. Fili invisibili di circuiti condivisi legano insieme le nostre menti...” (Keyzers, 2011, p. 117).

L'implicazione di questi risultati è enormemente significativa per la nostra comprensione dell'organizzazione degli schemi dell'emozione nello

sviluppo e nel loro svolgimento nella psicoterapia. Così come non siamo abituati a riconoscere i processi sensoriali, corporei e motori subsimbolici come pensiero sistematico, così non siamo abituati a riconoscere che ognuno di noi è parzialmente occupato dalle percezioni e dalle azioni delle persone con cui siamo in contatto - e alcune parti di noi sono costantemente occupati dalle persone con cui siamo stati in stretto e continuo contatto nei nostri primi anni. Noto qui che il concetto di identificazione proiettiva, che è stato visto come un po' magico e in alcuni casi malevolo, acquisisce una base sistematica e neutra con queste nuove scoperte.

Dissociazione all'interno e tra gli schemi emotivi

In alcuni momenti della vita, ogni bambino, ogni persona si troverà in uno stato doloroso, spaventoso e che può essere vissuto come pericoloso per la vita. Tali stati possono variare dalla fame, che trasforma un bambino in un insieme di frustrazione e rabbia dal viso arrossato e strillante, che tuttavia viene prontamente risolto dalla connessione al seno della madre, alle altre affezioni e attacchi meno facilmente gestiti che si verificano nella vita di ogni bambino. Se chi si prende cura del bambino è in grado di riconoscere la sofferenza del bambino, di modificare i connessi modelli di attivazione dolorosa e di reindirizzare l'interazione, i processi di regolazione verranno eventualmente incorporati nello schema dell'emozione e si manifesteranno quando si verificano nuove minacce. I problemi sorgono quando coloro che si prendono cura del bambino falliscono nell'intervenire efficacemente o vengono sopraffatti, o in casi estremi, quando sono loro stessi gli agenti di abuso. Il bambino non può evitare l'attivazione dell'esperienza somatica dolorosa o la connessa tendenza ad attaccare o evitare la fonte del dolore. Quello che può fare è tentare di scappare mentalmente, o virtualmente, cercare di distogliere l'attenzione dalla situazione che ha suscitato questi sentimenti rifugiandosi nella sua mente. In particolare, cercherà di evitare di riconoscere che è un genitore colui che l'ha trascurato o abusato. Tale riconoscimento aggiungerebbe un'ulteriore, terribile, fonte di dolore e paura: non solo soffre, ma è anche stato abbandonato o addirittura messo in pericolo da coloro i quali doveva chiamare per essere aiutato.

Sebbene le persone siano in grado di dirigere l'attenzione lontano da alcuni oggetti ed eventi, generalmente non sono in grado di dirigere e controllare i sistemi corporei che costituiscono il nucleo affettivo, tra cui la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna, la respirazione, la sudorazione e le funzioni digestive. L'attivazione corporea del nucleo affettivo dello schema dell'emozione - inclusa l'attivazione sensoriale e viscerale, e le tendenze a rispondere associate alla rabbia o alla paura o alla perdita - rimangono attive e da regolare in qualche modo. Il bambino può concentrarsi sulla sua espe-

rienza somatica, può agire in modo aggressivo o in altri modi, o trovare modi per assumersi la responsabilità del suo stato.

Il bambino e poi l'adulto possono anche cercare modi per regolare l'attivazione dolorosa in modo più attivo, mangiando o non mangiando, usando droghe o alcol o ferendosi. In alcuni casi le persone trovano mezzi più positivi per regolare le ondate di affetti dolorosi, come immergersi in una carriera, o nello sport, o nella cura dei bambini, impegnarsi in azioni politiche, esplorazioni scientifiche, o nelle arti, o nel fare buone opere per gli altri. Nel corso della vita è probabile che il bambino e più tardi l'adulto si trovino ad affrontare situazioni che portano all'attivazione di uno schema doloroso e alla messa in gioco degli schemi di risposta che hanno funzionato in passato, per scongiurare una minaccia prima che si realizzi effettivamente.

Le strategie che sono state utilizzate per prevenire l'attacco possono anche bloccare l'opportunità della persona di vedere che le nuove situazioni sono diverse da quelle precedenti. È probabile che la portata della situazione temuta, il senso di somiglianza di nuovi eventi con le prime situazioni di minaccia si allarghino di molto, abbracciando una gamma sempre più ampia di interazioni interpersonali. Le risposte fisse a una gamma sempre più ampia di situazioni si aggiungono ai problemi della vita che portano le persone al trattamento. Le radici psicologiche dei processi dissociativi e le loro implicazioni per il trattamento sono discusse in dettaglio altrove (vedi Bucci, 2007a, 2007b).

Disturbi emotivi e somatizzazione

Gli schemi dell'emozione sono il punto in cui mente, emozione e funzioni corporee si intersecano. In situazioni di dissociazione all'interno dello schema, dove la minaccia non è riconosciuta come tale, è probabile che si verifichi un'attivazione prolungata del nucleo affettivo. Non è solo la sfida esterna in quanto tale, ma il continuo tentativo del corpo di gestirla che aumenta la vulnerabilità alle malattie fisiche. La risposta generalizzata allo stress (Selye, 1950; McEwen & Seeman, 2003) coinvolge funzioni biologiche e comportamentali che tentano di mantenere l'equilibrio interno laddove la sfida esterna stessa non può essere affrontata efficacemente; queste funzioni possono coinvolgere i sistemi ormonali, l'asse ipofisi-surrene e il sistema autonomo, e le interazioni tra questi. Esistono prove considerevoli degli effetti di tale attivazione su una vasta gamma di malattie, compresi i disturbi infiammatori coinvolti nella nevralgia che affliggeva Clara, nonché sui disturbi che coinvolgono il sistema endocrino, riproduttivo, della crescita e immunitario.

Sottolineo che la particolare espressione fisiologica che si verifica è vista come dipendente dalle aree di debolezza organica o vulnerabilità di un

individuo, non come associata a uno specifico evento emotivo conflittuale inconscio. Questo punto di vista è sostenuto dalla maggior parte degli scrittori nel campo psicoanalitico. Come affermano Auchincloss e Samberg (2012), riassumendo le opinioni correnti: 'Negli ultimi anni, gli sforzi per collegare disturbi specifici a specifici conflitti sottostanti sono stati in gran parte abbandonati a favore di un uso più generale del termine per suggerire solo un contributo marcato di fattori psicologici all'eziologia o all'espressione di qualsiasi sindrome medica' (p. 215).

Per riassumere questo processo, a volte frainteso, l'attivazione corporea che si manifesta come sintomo fisico non è un simbolo con un significato emotivo particolare. È una risposta a un fattore di stress che supera una soglia fisiologica; la natura del fattore di stress dipende dall'esperienza di vita di un individuo; la particolare espressione somatica dipende dalle aree di vulnerabilità fisiologica di un individuo. Vi è un crescente consenso, anche in campo medico, sul fatto che tali disturbi richiedano terapie psichiatriche o psicologiche, nonché cure mediche e in alcuni casi chirurgiche; c'è ovviamente disaccordo sulla natura delle psicoterapie che potrebbero essere utili, e su come funzionano.

Il processo referenziale nel contesto terapeutico

Il grande mistero della psicoterapia che mi ha intrigato da quando ho iniziato questo lavoro è come le parole - cambiamenti effimeri nelle onde sonore - che vengono scambiate tra due persone portano a cambiamenti nei sistemi fisici; come possono i disturbi fisici ed emotivi rispondere a una cura fatta di parole? Freud ha affrontato questa domanda utilizzando i concetti di energia libidica e della sua conversione tra innervazione somatica e forme mentali; possiamo ora spiegare questi effetti senza ricorrere a tali concetti.

La comunicazione dell'esperienza emotiva è un processo multilivello, che ho chiamato processo referenziale, e che include tre funzioni di base: *Attivazione*, *Simbolizzazione* e *Riflessione/Riorganizzazione*. I molteplici livelli di pensiero devono verificarsi sia nel terapeuta che nel paziente affinché possa avere luogo una comunicazione efficace. Nello svolgimento ottimale del processo, queste funzioni si susseguiranno come fasi del trattamento. La progressione può anche essere interrotta, può tornare indietro su sé stessa o può essere abbandonata. Ho discusso altrove di queste funzioni e del loro funzionamento nel trattamento, e le riassumerò qui solo brevemente.

Attivazione: il paziente ha la sensazione che qualcosa lo sta infastidendo, che ha qualcosa in mente mentre inizia in seduta. Tracce di uno schema problematico dissociato dell'emozione si attivano all'interno della relazione, nell'interazione dei due partecipanti e in modi diversi nell'esperienza soggettiva di ciascuno. L'esperienza di entrambi i partecipanti è in gran parte

in forma subsimbolica in questa fase dal momento che implica l'attivazione del nucleo affettivo di uno schema, e la loro comunicazione avviene principalmente a livello sensoriale, corporeo e motorio. Il paziente, come ogni persona che cerca di comunicare l'esperienza emotiva, ha difficoltà a collegare l'esperienza al linguaggio. Il problema è particolarmente accentuato per il paziente, che è alle prese con schemi dissociati e che sta cercando di evitare il collegamento con l'esperienza dolorosa, piuttosto che cercare di formularla e comunicarla.

Simbolizzazione/Narrazione: vengono alla mente immagini o sequenze di immagini associate al nucleo affettivo, a volte in forma fugace o disconnessa, a volte come fantasie della veglia o eventi della relazione terapeutica, a volte così come sono apparse in sogno. Le immagini costituiscono delle esemplificazioni di uno schema dell'emozione che è stato attivato - uno dei gruppi di eventi che attivano un insieme simile di sentimenti e coinvolgono risposte simili. Nel funzionamento ottimale del processo referenziale, il paziente può quindi passare a descrivere l'immagine o l'evento con tipo di linguaggio vivido e dettagliato che indica la connessione con l'esperienza emotiva nel parlante ed è in grado di evocare l'esperienza corrispondente nell'ascoltatore.

Riflessione/Riorganizzazione: una volta che il materiale è stato condiviso e l'affetto è presente ma sufficientemente contenuto, c'è l'opportunità per una fase di riorganizzazione in cui il significato degli eventi che compongono lo schema può essere ulteriormente esplorato, possono essere scoperte nuove connessioni e costruiti nuovi schemi.

Le funzioni possono verificarsi durante le sedute e nel corso di periodi del trattamento, possono verificarsi nell'ordine specificato, oppure l'ordine potrebbe essere interrotto. Il processo si svolgerà in modo diverso per pazienti diversi, con diversi problemi e nelle diverse forme di trattamento. Come ho argomentato altrove, il processo di base può essere identificato in tutti i tipi di psicoterapia (Bucci, 2013).

Transizione dall'eccitazione alla fase simbolica

Kris ha delineato il modello ottimale del processo di trattamento nella sua descrizione della 'buona ora analitica':

“Il più delle volte, la 'buona ora' non inizia in maniera favorevole. Di solito diviene tale gradualmente, diciamo dopo i primi dieci o quindici minuti. Quindi può giungere un sogno, e associazioni, e tutto inizia ad avere un senso. In casi particolarmente fortunati un ricordo del passato recente o lontano o, all'improvviso, un ricordo dei giorni bui può presentarsi con vari gradi di carica affettiva. E quando l'analista interpreta, a volte tutto ciò che deve fare è porre una domanda. Il paziente potrà egli stesso operare una sintesi, e arrivare alle conclusioni” (Kris, 1956, p. 446).

La realtà, come sanno i clinici, è che i primi 10 o 15 minuti a cui si riferisce Kris, che io definisco come la fase di attivazione, possono diventare 10 o 15 settimane o mesi o anche di più. Nel quadro della teoria del codice multiplo, questa è una fase di attivazione subsimbolica: molto sta accadendo all'interno del paziente, ma non molto che possa essere condiviso in forma simbolica. I gesti e i movimenti del corpo contribuiscono alla comunicazione subsimbolica, i ritmi del discorso e anche i toni della voce trasmettono informazioni emotive.

Il ruolo dei sintomi somatici nella transizione alla funzione di simbolizzazione

Per alcuni pazienti, e in alcuni punti del trattamento, quando non è disponibile l'accesso alle componenti di uno schema dell'emozione attraverso sogni o fantasie, o narrazioni di eventi della vita, le descrizioni dei sintomi fisici possono servire come protosimboli, fornendo accesso a una modalità simbolica condivisa. I sintomi somatici, così come vengono vissuti o riportati in seduta, sono componenti del nucleo affettivo di uno schema dell'emozione dissociato che si è attivato nel contesto della relazione; parlare di questi eventi corporei può rendere possibile la connessione alle componenti degli schemi che erano stati dissociati nel mentre altri elementi degli schemi sono ancora evitati. Attraverso il circuito condiviso della comunicazione emotiva, l'attivazione di tali componenti corporee dello schema può avvenire sia nel terapeuta che nel paziente. Potremmo vedere questo processo interattivo svolgersi nel caso di Clara, come descritto dalla Dr.ssa Amore.

La storia di Clara e il processo di trattamento

Come scrive la Dr.ssa Amore, Clara è arrivata in cura all'età di 30 anni, soffrendo di gravi 'episodi di dimorfismo percettivo, come 'il rilascio di aria dai suoi occhi', come se i suoi occhi fossero due fori da cui l'aria si muove dentro e fuori il suo corpo, disperdendo la sua energia vitale. Questi episodi innescano reazioni affettive violente, che Clara chiama 'attacchi di panico'. La dott.ssa Amore lavora in collaborazione con uno psichiatra che prescrive farmaci per consentire a Clara di venire in terapia. Clara continua a prendere il farmaco solo per tre mesi, ma lo porta con sé per oltre un anno.

Nella prima seduta, Clara parla anche della nevralgia del trigemino ricorrente di cui soffre dall'età di 6 anni. Il sintomo si è ripresentato regolarmente e ha influenzato pesantemente la sua vita, ma non si è verificato nelle sedute durante l'analisi di Clara fino alla fase di interruzione, come sarà discusso più avanti.

Clara descrive sua madre come incapace di stabilire una relazione empatica con lei e come facilmente disorganizzata da problemi minori, inclusi

quelli fisici. Racconta il ricordo di un incidente in cui si è ferita gravemente durante una caduta. La reazione di sua madre fu tale da richiedere alla famiglia di prendersi cura di lei, mentre Clara osservava, confusa e sola, il sangue che le colava lungo il viso.

Attraverso il ripetersi di tali eventi, fin dai primi anni di vita, in molti contesti, Clara aveva appreso che sua madre non era disponibile, anzi non era in grado di confortarla o prendersi cura di lei. Aveva anche imparato che chiedere aiuto peggiorava le cose. Suo padre non tollerava le richieste di rassicurazione e freddamente razionalizzava l'esperienza emotiva. Sembra probabile che precocemente nella vita Clara abbia riconosciuto i suoi genitori come non disponibili o distruttivi. Sembra anche probabile che abbia tentato di evitare questo riconoscimento, per mantenere la relazione con i suoi genitori per come essa era disponibile per lei. Questo è un esempio di dissociazione all'interno dello schema dell'emozione. Clara fin da bambina molto piccola ha sperimentato un'attivazione dolorosa del nucleo corporeo dello schema dell'emozione, contemporaneamente evitando il collegamento con gli eventi che causavano l'attivazione. Il suo corpo e la sua mente entrerebbero quindi in azione per spiegare questi sentimenti e per gestirli. Parte di questa reazione implicherebbe l'attivazione prolungata delle risposte adattative, come nella risposta allo stress generalizzata come discusso precedentemente.

Il dolore facciale, un aspetto della nevralgia del trigemino di cui Clara soffriva, è noto per essere associato a tali risposte allo stress. Quando arrivavano i sintomi della nevralgia, si sdraiava sul divano della casa di famiglia, senza lamentarsi né piangere, aspettando in silenzio gli effetti degli antidolorifici che i suoi genitori le davano. La sua intelligenza e competenza le hanno permesso di prendersi cura di sé stessa sufficientemente per evitare l'esperienza più dolorosa e devastante dell'abuso emotivo e della negligenza dei suoi genitori. Si sforzava di funzionare in modo da considerarsi 'coerente, forte e coraggiosa' e anche come 'disinibita', 'coraggiosa', 'intellettuale'. Esprimere bisogni emotivi o fisici comportava grandi pericoli per lei. Non solo avrebbe perso la connessione con i suoi genitori chiedendo loro l'aiuto che non avrebbero o non avrebbero potuto dare, ma avrebbe anche perso la costruzione del suo sé come competente che l'aveva sostenuta sin dall'inizio della sua vita. È probabile che i suoi tentativi di mantenere questa immagine di sé stessa intensificassero la risposta allo stress.

Riparazione di schemi dissociati nel trattamento di Clara

Clara va in terapia quando questa costruzione di sé stessa coerente e coraggiosa sta crollando. Sebbene abbia bisogno e cerchi aiuto, mantiene anche le sue aspettative sugli altri come potenziali fonti di pericolo e le sue strategie di risposta mediante l'evitamento della connessione con i suoi

bisogni. Il trattamento inizia con due sedute a settimana, sul lettino. Come Marina² descrive la loro interazione, ‘il flusso di parole è continuo’ tra di loro, ma ‘le parole non sono mai sufficienti per cogliere e descrivere le esperienze ‘oscure ‘che pervadono il suo mondo interiore’. Durante il trattamento, Clara parla di sé stessa, ma è frustrata dalla sensazione di non essere in grado di capire quello che sente veramente; ha l’impressione che il suo discorso sia sempre incompleto, che essa stessa sia incompleta. Non è in grado di descrivere l’orrore che prova che porta agli attacchi di panico; non è in grado di connettersi alle esperienze specifiche che la angosciano.

Dopo un anno Marina suggerisce di aumentare la frequenza delle sedute da due a tre volte alla settimana e offre la possibilità di chiamarla nel fine settimana. Il nuovo setting cambia i modelli di comunicazione nella seduta e fornisce una base più solida per la loro relazione. Qui possiamo cominciare a vedere lo svolgersi delle fasi del processo referenziale nella seduta e nel trattamento. Questo periodo del trattamento è dominato dalle funzioni di *attivazione* dell’esperienza nel contesto della nuova relazione. Clara sta costantemente testando la sua esperienza con Marina in piccoli modi incrementali; vedendo che Marina non reagisce nei modi che ha imparato ad aspettarsi nella sua infanzia. Eppure Marina sente che Clara continua a tenerla a distanza da aspetti importanti della sua esperienza.

Durante questo periodo, Clara racconta un sogno in cui stanno scalando insieme un’alta montagna, ‘come in un pellegrinaggio, per raggiungere un luogo sacro dove riposa un sarcofago scoperto’. Mentre si avvicinano al bordo del sarcofago, Clara posa una mano sugli occhi di Marina. Come riporta Marina: ‘Per entrambi, l’esplorazione del sogno rende esplicito il pensiero che la visione di quello che è il suo sentimento più intimo, vissuto paurosamente come informe e irrepresentabile, possa in qualche modo essere intollerabile e dannoso per me. Se ciò accadesse come è successo quando la madre vedeva il suo sangue, si ritroverebbe di nuovo sola’.

Per consentire a Clara di stabilire una connessione con l’esperienza dolorosa che è ‘informe e non rappresentabile’, nel contesto della seduta, Marina invita Clara a ‘focalizzare l’attenzione cosciente sulle sensazioni corporee abbinate ai sentimenti di inadeguatezza’ e ad esplorarle. Come discusso sopra, i pazienti possono essere in grado di concentrarsi e parlare dell’esperienza corporea, mentre le narrazioni che coinvolgono altre persone o eventi non sono accessibili per la paziente; tali resoconti di specifiche esperienze corporee e sensoriali *possono iniziare a costruire connessioni con la modalità simbolica e verbale*.

²Nella presentazione del materiale del caso, seguendo le attuali procedure per i resoconti delle terapie interpersonali e relazionali, mi riferisco al terapeuta come al paziente facendo uso del loro nome personale.

La presenza dell'analista e le sue risposte possono anche essere simboli o protosimboli di questo tipo (Bucci, 2001).

Clara parla delle incrinature che distorcono la sua voce, della sua postura rigida e dei suoi movimenti; parla anche della sua esperienza con Marina. Nel passaggio dalla modalità di Attivazione a quella Simbolica, anche l'interazione subsimbolica che è andata avanti ininterrottamente tra di loro comincia ad articolarsi; ora Clara è in grado di concentrarsi sulle espressioni di Marina ed è in grado di parlare di come queste la fanno sentire.

I commenti di Clara portano anche Marina a concentrarsi sulla propria esperienza corporea. In alcune situazioni Marina sente che i suoi muscoli delle gambe sono contratti 'come se si preparasse a un improvviso salto in avanti'; lo associa alla sua paura che a causa dell'intensità e della tensione della loro interazione Clara possa sperimentare un improvviso crollo psicotico. In altri casi, quando essi si concentrano su aspetti della loro femminilità condivisa, Marina è in grado in modo più forte di sperimentare il proprio corpo e di trasmettere questa forza a Clara.

A tre anni dall'inizio del lavoro, Clara non soffre più dei sintomi della nevralgia o degli attacchi di panico. Diventa sempre più capace di parlare delle esperienze di vita che prima erano state sentite come insopportabili, poiché queste ora emergono nei ricordi e nei sogni. Collega il verificarsi degli attacchi di nevralgia a un senso di solitudine doloroso e annichilente della sua infanzia. Racconta di aver rivissuto questi sentimenti da adulta, mentre giaceva sul divano del suo soggiorno, aspettando invano che qualcuno venisse a rassicurarla e confortarla.

Il passaggio a una fase narrativa simbolica sembra avvenire in modo più consistente nelle sedute di questo lungo periodo di trattamento, e Clara è più in grado di riportare fantasie, sogni e narrazioni di eventi passati e futuri. Mentre Clara sta costruendo nuove connessioni tra le sue esperienze somatiche e sensoriali e le sue rappresentazioni degli altri nel trattamento, il terapeuta sta diventando un nuovo 'altro' connesso alla sua rappresentazione di sé. Durante questo processo, Clara sta anche costruendo nuove connessioni con le figure che appaiono nei suoi ricordi, così come nuove connessioni nelle sue attuali relazioni con gli altri; costruisce una relazione d'amore e diventa madre.

Dopo circa dieci anni, decidono di cambiare l'impostazione del trattamento a due volte a settimana, faccia a faccia. Nelle fasi iniziali del trattamento, l'uso del lettino si era dimostrato efficace nell'aiutare Clara a mantenere un più stretto contatto con la propria volatile e intensa esperienza interiore. Con il progredire del trattamento, il lettino e le sue stesse implicazioni sono diventati oggetto della loro esplorazione, fungendo da indicatori dei cambiamenti all'interno di ciascuno di essi e nella loro relazione. Come hanno scoperto insieme, l'uso del lettino inizialmente ha funzionato per Clara per preservare Marina come presenza di supporto.

Come osserva Marina: 'In questo modo nemmeno io potevo vedere, riflesse dall'espressione spaventata-spaventosa del suo viso, le sue fragilità. Clara aveva bisogno di preservarmi, come avevamo visto anche nel sogno del sarcofago in cui mi copriva gli occhi, da qualcosa che non si poteva guardare'. Il passaggio dal lettino al faccia a faccia rifletteva la loro osservazione condivisa che Clara nel tempo era arrivata a sentirsi più sicura della solidità emotiva di Marina di fronte alle sue fragilità, e più sicura e convinta della loro relazione. Come ha descritto Marina: 'Questa consapevolezza ora la rendeva ansiosa di guardarmi, sfidando il rischio di vedere le risposte negative che aveva fantasticato per così tanto tempo. Ora poteva incontrare il mio sguardo dove finalmente poteva vedersi vista nelle sue fragilità. Questo cambiamento di setting ha reso possibile la lunga fase di confronto e rispecchiamento che è seguita...'. Questo può essere visto come un tempo di una certa *riflessione* e riorganizzazione; Clara è stata maggiormente in grado di parlare della sua esperienza e del significato emotivo che questa aveva per lei, e si sono potuti vedere cambiamenti più duraturi nei suoi schemi emotivi.

Il processo referenziale nella fase conclusiva

L'esperienza del terapeuta

Sebbene il cambiamento nella natura della loro interazione fosse evidente, Marina è sorpresa quando, dopo aver lavorato insieme per circa 10 anni, Clara esprime la sua sensazione che sia ora di terminare il trattamento. Marina è consapevole dei notevoli progressi che Clara ha conseguito, ma riconosce anche che rimangono significative aree di fragilità. Mentre esplorano la prospettiva della fine, Marina diventa più consapevole dei suoi forti sentimenti di connessione emotiva con Clara; esplora anche i sentimenti paralleli che sta vivendo nel percorso di svezzamento di sua figlia, in corso in quello stesso periodo. Clara, come la figlia di Marina, cresceva e si separava. Per Marina come analista e anche come madre, entrambe le situazioni, in misura diversa, coinvolgono i sentimenti complessi associati a tali separazioni: lutto per una perdita, piacere e orgoglio per la crescita di una persona che ha nutrito, le paure che si hanno quando un paziente - o un bambino - deve affrontare il mondo da solo. Marina crede che sia tempo per Clara di affrontare la vita da sola, ma rimane preoccupata per il fatto che potrebbe non essere pronta, e anche preoccupata che la sua preoccupazione possa minare la fiducia di Clara nella sua capacità di funzionare in modo indipendente. Possiamo vederlo come una versione del processo referenziale nell'esperienza dell'analista: i sentimenti sempre più forti di Marina e la sua consapevolezza rispetto ad essi, la sua associazione al processo di svezzamento di sua figlia, seguita dalla sua esplorazione del dolore della sepa-

razione e dei significati contrastanti dell'orgoglio per la crescita dell'altro e il timore per le capacità dell'altro.

L'esperienza del paziente della fase di chiusura

Quando Marina ha accettato la risoluzione e hanno fissato una data per l'ultimo incontro, gli attacchi di nevralgia di Clara tornano, paralizzanti come in passato. La pianificazione della fine del trattamento ha replicato la situazione di stress primario, il corpo di Clara ha risposto con il modello di attivazione fisiologica a cui era stata vulnerabile per gran parte della sua vita.

Un giorno Clara arriva in seduta soffrendo di un attacco di nevralgia. Questo è un evento eccezionale: non ha mai avuto in precedenza il sintomo in presenza di Marina. Il lavoro della terapia ha portato a un cambiamento nello schema dell'emozione di Clara: ora è in grado di mostrare direttamente il suo dolore. In contrasto con l'espressione nel primo sogno, Clara non ha più bisogno di coprire gli occhi di Marina per impedirle di vedere nell'oscurità del sarcofago, ma non è ancora sicura dei potenziali effetti della rivelazione. L'espressione del bisogno di Clara è presentata nel contesto dell'imminente chiusura del trattamento che lei stessa ha scelto, come se stesse testando se ora può essere indipendente in modo diverso e sostenibile, se perderà le conquiste che ha ottenuto nella sua vita quando si verificherà la separazione da Marina.

Nei termini del processo referenziale, così come si è svolto in questa seduta, l'attivazione del sintomo fa parte della fase di attivazione del nucleo affettivo di uno schema dell'emozione di dolore e perdita nel contesto della relazione. Marina la incoraggia a concentrarsi sui suoi sentimenti fisici e a comunicarglieli, come ha fatto molte volte nel corso del trattamento. Quando Clara sperimenta il dolore e ne parla, allora descrive 'un'esplosione' nella sua testa, che genera 'un raggio di luce bianca accecante'. (Qui noto che un'aura che può coinvolgere lampi di luce è associata all'emicrania, diversa dalla nevralgia che era stata diagnosticata, ma forse correlata in questo caso).

Il raggio di luce assume gradualmente la forma di una scatola bianca che le intrappola la testa. Questo è il movimento nella fase di simbolizzazione, dal protosimbolo al simbolo. Passa dal parlare del dolore alle immagini visive e poi alle immagini recuperate dal passato.

Come Marina descrive nel suo articolo:

'Adesso Clara si muove tra le immagini. La scatola bianca diventa una stanza bianca, vuota e isolata dal resto del mondo. Si vede come una ragazzina, con le spalle girate, in piedi davanti a una vecchia radio che apparteneva ai suoi nonni. È sorpresa dal ricordo. Si chiede perché i suoi genitori la abbiano data via; le dispiace che l'abbiano fatto. Si guarda girare la manopola cercando di sintonizzarsi su una stazione. Poi la sua attenzione viene catturata da qualcosa che la piccola Clara tiene in mano. 'Oh mio Dio... Ho dimenticato tutto... È un cane... il mio peluche! Non me ne sono mai separata... Come ho potuto dimenticarmene in tutti questi anni?'

Questo le permette di entrare in una fase di *riflessione/riorganizzazione*. Sorride mentre dice a Marina quanto conforto le aveva dato questo peluche quando si sentiva spaventata e in pericolo. Ricorda che, ‘come la radio, un giorno era semplicemente sparito: i suoi genitori l’avevano dato a una cugina più giovane perché, come hanno poi spiegato, lei era diventata troppo grande’. Non ricorda come si è sentita in quel momento, o se ha pianto, ma ora è in grado di piangere la perdita di questo oggetto che era così importante per lei. Marina scrive:

‘Alla fine della seduta la nevralgia di Clara è scomparsa e lei sente di aver recuperato una parte importante della sua esperienza. Mi sento come lei e sono profondamente commossa dal processo a cui ho assistito e condiviso. Sono commossa da questa scoperta inaspettata, Clara lo può vedere dai miei occhi umidi.’

Il processo referenziale può comportare il recupero dei ricordi, come in questo esempio, ma avviene anche attraverso fantasie, sogni e interazioni ripetute con il terapeuta. La memoria recuperata qui è una nuova connessione, un nuovo sviluppo, che continua il processo di esplorazione di sé condivisa nel contesto di una relazione di accettazione. Sperimenta il suo dolore in presenza di un’altra persona, che si prende cura di lei ed è in grado di piangere con lei. Ciò è presumibilmente accaduto ripetutamente durante il trattamento, costruendo nuovi schemi che coinvolgono una nuova rappresentazione di sé in relazione agli altri. L’enfasi di Marina sull’attivazione delle componenti corporee della loro esperienza condivisa è stata centrale nel consentire a nuove connessioni di prendere forma.

Qui voglio sottolineare una connessione tra il processo che ho descritto e la definizione di Freud (1899) del ricordo di copertura, come di un ricordo il cui valore sta nel fatto che rappresenta pensieri di una data successiva, il cui contenuto è connesso con il precedente evento tramite collegamenti simbolici o di similitudine... ‘Ogni volta che in un ricordo il soggetto stesso appare come un oggetto tra altri oggetti, questo può essere considerato come prova che l’impressione originale è stata rielaborata.’³

La memoria di Clara includeva vividamente una tale rappresentazione di sé stessa. Quando nell’interpretazione di un sogno non sta recuperando memorie organizzate latenti che erano state rimosse, sta costruendo nuovi significati, organizzando nuovi schemi, realizzando nuove connessioni, nel contesto della nuova relazione. I commenti proposti da Freud nel 1899 sono compatibili con questo punto.

³Tratto da Abstracts of the Standard Edition, International Universities Press, p.89.

Vergogna, affiliazione e desiderio sessuale

Parte della gestione di Clara delle sue continue difficoltà comporta la costruzione di un sé competente, coraggioso e intellettuale che non aveva bisogno di chiedere aiuto. Ogni volta che si verificasse un'esperienza dolorosa che Clara era in grado di gestire adeguatamente, questa costruzione di sé veniva confermata. Al contrario, l'incapacità di gestire la situazione avrebbe potuto essere devastante, lasciandola in uno stato di dolore e pericolo, forse aspettandosi critiche o punizioni, ma anche con un devastante fallimento della sua competente immagine di sé. È probabile che tali esperienze di vergogna e umiliazione abbiano contribuito al precoce ritiro di Clara dall'esprimere il bisogno emotivo. Tale espressione le avrebbe consegnato una perdita di legame non solo con i suoi genitori, ma anche con il suo senso di sé.

L'emergere della memoria dell'oggetto transizionale, il cane di peluche, alla fine del trattamento, è sicuramente correlato al cambiamento che si è verificato durante il trattamento di Clara. Tale oggetto presumibilmente ha giocato un ruolo di supporto nel suo schema di come sopravvivere da bambina; forse c'era anche qualche vergogna associata a questo. I suoi genitori l'hanno portato via; poteva farne a meno; non ne aveva bisogno. Con la fine del trattamento e con l'interiorizzazione del nuovo rapporto con Marina, ha potuto far tornare il ricordo e il senso di bisogno. Ora ha un 'oggetto' che può tenere con sé, pur essendo una persona competente e coraggiosa.

Nell'articolo della dott.ssa Amore emerge un riferimento esplicito alla vergogna rispetto alle avances sessuali del professore che pare l'abbia violentata: si vergogna di essere stata un oggetto passivo del piacere sessuale di un uomo, si vergogna di essere stata sessualmente deludente per lui. La sua strategia di allontanamento e normalizzazione dell'evento non funziona; l'insegnante diventa freddo e distaccato. Il primo episodio di dismorfismo si verifica in questo periodo; inizia anche a impegnarsi in incontri sessuali promiscui senza desiderio o piacere. Il suo tentativo di scrivere una tesi è compromesso e si ritira dal lavoro, pur mantenendo qualche legame con la sua università.

Qui sembra essere rilevante un sogno ricorrente che Clara riferisce di un bambino che finge di essere addormentato mentre subisce abusi da una coppia adulta sconosciuta che ha affermato di essere i suoi genitori; questo è associato al totale intorpidimento del suo corpo durante i suoi incontri sessuali. Sarei interessata alla relazione tra questo e altri sogni con l'evitamento della vergogna nella sua primaria rappresentazione di sé. Sarei anche interessata a un'associazione tra la sua relazione con suo padre, che poteva aver sperato di compiacere essendo forte, coraggiosa e intellettuale, e la sua successiva sottomissione auto-abnegante al suo professore, che la usa e poi la abbandona. Presumibilmente l'elaborazione del torpore corporeo e delle

fantasie associate, che riguardano forse suo padre, potrebbe essere un argomento per un altro articolo.

Conclusioni

Riassumo qui alcune idee principali che ho qui presentato, come rappresentate nel caso di Clara.

- 1) Gli schemi dell'emozione sono vere e proprie *costellazioni mente-corpo* che collegano i processi sensoriali, fisiologici e motori del nucleo affettivo alle esperienze di vita; un'esperienza dell'emozione implica l'attivazione di uno schema con il suo nucleo corporeo. Questa visione delle emozioni è compatibile con le visioni attuali dei sistemi emotivi nelle neuroscienze affettive e nei campi correlati. Come ha spiegato il neurologo Pessoa:

“...non ci sono sistemi veramente separati per emozione e cognizione perché un comportamento cognitivo-emotivo complesso emerge dalle interazioni ricche e dinamiche tra le reti cerebrali. In effetti, propongo che emozione e cognizione non solo interagiscano fortemente nel cervello, ma che siano spesso integrate in modo da contribuire congiuntamente al comportamento. Inoltre, propongo che emozione e cognizione siano solo minimamente scomponibili nel cervello e che le basi neurali di emozione e cognizione dovrebbero essere viste come fortemente non modulari” (Pessoa, 2008, p. 148).

- 2) Le difficoltà emotive implicano la disconnessione tra le componenti corporee e sensoriali subsimboliche del nucleo affettivo di uno schema e gli eventi che lo attivano. Per Clara, uno schema temuto coinvolgeva la freddezza e il rifiuto dei suoi genitori, la sua esperienza di ciò e la sua aspettativa di abbandono o abuso. Durante la vita di Clara, si sono verificate situazioni, in molti contesti e con molte persone che attivavano questo schema, e la sua risposta dolorosa e spesso infruttuosa, senza che lei riconoscesse questi stimoli.
- 3) Piuttosto che recuperare i ricordi inconsci che sono stati rimossi, possiamo spiegare l'esperienza di Clara come la ricostruzione di schemi che erano stati dissociati. Tale ricostruzione avviene attraverso *l'attivazione ripetuta del processo referenziale nel contesto della relazione terapeutica*. Nei primissimi anni di cura, la traccia dell'attivazione degli eventi associati a uno schema dissociato, dentro e fuori la seduta, porta con sé ripetizioni del nucleo affettivo doloroso, con i suoi pericoli e minacce; le connessioni vengono rapidamente chiuse. Man mano che la relazione terapeutica si sviluppa e la paziente diventa più consapevole delle proprie possibilità, possono verificarsi casi di eventi associati allo schema temuto, ma ora con un'attivazione alquanto ridotta del dolore e del peri-

colo. La paziente può iniziare a riconoscere il significato di questi eventi e infine a riconoscere che le sue aspettative di angoscia non si realizzano nelle sue nuove interazioni. È necessario che durante la seduta si verifichi un certo grado di attivazione del nucleo affettivo affinché avvenga il cambiamento emotivo nello schema.

- 4) Durante la fase di conclusione della terapia, Clara ha sperimentato per la prima volta la sua nevralgia all'interno della seduta e Marina l'ha aiutata a lavorarci. La fine del trattamento è una potente fonte di attivazione degli schemi dell'emozione per entrambi i partecipanti, specie per trattamenti così lunghi e intensi, e solleva importanti questioni riguardanti il processo terapeutico. Come questo caso ha illustrato, sia i terapeuti che i pazienti devono elaborare il doloroso ma desiderato processo di separazione, nel contesto della propria vita.

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.
- Auchincloss, E. L., & E. Samberg (Eds.) (2012). *Psychoanalytic Terms and Concepts*. London: Yale University Press.
- Bartlett, F. C. (1932). *Remembering: A study in social psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and symbols. A multiple code theory of somatization. *Psychoanalytic Inquiry*, 17, 151-172.
- Bucci, W. (2001). Pathways of emotional communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 20, 40-70.
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, 22, 766-793.
- Bucci, W. (2007a). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part I; Psychological roots and implications for psychoanalytic treatment. *Contemporary Psychoanalysis*, 43, 165-184.
- Bucci, W. (2007b). Dissociation from the perspective of multiple code theory: Part II; The spectrum of dissociative processes in the psychoanalytic relationship. *Contemporary Psychoanalysis*, 43, 305-326.
- Bucci, W. (2011a). The role of subjectivity and intersubjectivity in the reconstruction of dissociated schemas. Converging perspectives from psychoanalysis, cognitive science and affective neuroscience. *Psychoanalytic Psychology*, 28, 247-266.
- Bucci, W. (2011b). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment: It takes two to tango - but who knows the steps, who's the leader? The choreography of the psychoanalytic interchange. *Psychoanalytic Dialogues*, 21, 45-54.
- Bucci, W. (2013). The referential process as a common factor across treatment modalities. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 16, 16-23.
- Damasio, A. R. (1999). *The feeling of what happens*. San Diego, CA: Harcourt Brace.
- Freud, S. (1899). Screen memories. *Standard Edition*, 3, 301.
- Freud, S. (1905). Three essays on the theory of sexuality. *Standard Edition*, 7, 123-246
- Freud, S. (1912). The dynamics of transference. *Standard Edition*, 12, 97-108.

- Gallese, V., L. Fadiga, L. Fogassi, & G. Rizzolatti, G. (1996). Action recognition in the pre-motor cortex. *Brain*, *119*, 593-609.
- Keysers, C. (2011). *The empathic brain*. Cambridge, MA: Social Brain Press.
- Keysers, C. & V. Gazzola. (2009). Expanding the mirror: Vicarious activity for actions, emotions and sensations. *Current Opinions in Neurobiology*, *19*, 666-671.
- Kris, E. (1956). On some vicissitudes of insight in psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, *37*, 445-455.
- McEwen, B. S. & Seeman, T. (2003). Stress and affect: Applicability of the concepts of allostasis and allostatic load. In R. J. Davidson, K. R. Scherer, and H. H. Goldsmith (Eds.), *Handbook of affective sciences* (pp. 1117-1137). Oxford: Oxford University Press.
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, *9*, 148-158.
- Piaget, J. (1936). *Origins of intelligence in the child*. Londra: Routledge & Kegan Paul.
- Selye, H. (1950). Stress and the general adaptation syndrome. *British Medical Journal*, *1(4667)*, 1383-1392.
- Singer, T., & Frith, C. D. (2005). The painful side of empathy. *Nature Neuroscience*, *8*, 845-846.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York, NY: Basic Books.
- Wicker, B., Keysers, C., Plailly, Royet, J. P., Gallese, V., & Rizzolatti, G. (2003). Both of us disgusted in my insula: The common neural basis of seeing and feeling disgust. *Neuron*, *40*, 655-664.

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: 10 giugno 2020.

Accettato per la pubblicazione: 19 aprile 2021.

©Copyright: the Author(s), 2021

Licensee PAGEPress, Italy

Ricerca Psicoanalitica 2021; XXXII:291

doi:10.4081/rp.2021.291

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.