



Università degli Studi di Torino

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e di Comunità

Tesi di Laurea Magistrale

**LA MEMORIA DEL CORPO:
I VISSUTI DE “IL PERTURBANTE” NELLA
RELAZIONE SOMATOPSICHICA**

Candidata

Barbara LA RUSSA

Matricola: 746560

Relatore

Prof.ssa Daniela VIGNA

Correlatore

Prof. Riccardo BERNARDINI

A.A. 2012/2013

Novembre:

In memoria di Carlo.

Dedicata a Carlito.

INDICE

PREFAZIONE.....	p. 5
INTRODUZIONE.....	p.7
1. <u>DAL DUALISMO MENTE-CORPO AL CONCETTO DI PSICOSOMA RELAZIONALE</u>	
L' importanza di un approccio olistico allo studio dell' essere umano.	
1.1 AB IOVE PRINCIPIUM.....	p. 14
1.2 LEIB & KORPER.....	p. 19
1.2.1 "SENTIRE A PELLE".....	p. 24
1.3 COME CONCEPIRE LO PSICOSOMA RELAZIONALE.....	p. 27
1.4 L'INDIVIDUO COME PSICOSOMA RELAZIONALE.....	p. 30
Un sodalizio tra Neuroscienze e Psicanalisi	
2. <u>LA MATRICE RELAZIONALE DELLO PSICOSOMA</u>	
Il ruolo dell' apprendimento precoce e delle tracce mnestiche implicite nella relazione somatopsichica	
2.1 LE REDICI PRENATALI DEL Sé.....	p. 35
2.1.1 IL SIERO DI CUPIDO.....	p. 38
2.2 DAL VUOTO ALLA LUCE.....	p. 43
L' Esperienza psicobiologica del parto	
2.2.1 IL TEMPERAMENTO: FATTORE GENETICO/RELAZIONALE.....	p. 45
2.2.2 INTERGENERAZIONALE VS TRANSGENERAZIONALE.....	p. 49
2.3 DAL CAOS ALL' ORDINE.....	p. 51
2.4 UNA BASE SICURA.....	p. 55
2.4.1 MOLTO PIU' CHE UN SEMPLICE RIFLESSO.....	p. 61
2.5 "SINAPSI RELAZIONALI"	p. 64

3. I TRAUMI MUTI

Tracce mnestiche implicite, inscritte nel corpo, che “raccontano” la sofferenza di Attaccamenti Traumatici

3.1 “CORE SELF”	p. 69
3.1.1 LA CORAZZA CARATTERIALE: BLOCCHI DEL SE’ PSICOSOMATICO.....	p. 74
Uno sguardo a partire dalle teorie di Wilhelm Reich	
3.1.2 TRA SOFFERENZA E DOLORE.....	p. 79
3.2 LA GENESI DEL TRAUMA	p. 82
Il contributo di Sandor Ferenczi	
3.2.1 L’IMPATTO DEI TRAUMI PRE E PERINATALI.....	p.86
3.2.2 SULLA PRIVAZIONE “PSICOSOMATICA”.....	p. 90
3.3 ATTACCAMENTI TRAUMATICI: ASPETTI NEUROBIOLOGICI E NEUROFISIOLOGICI	
3.3.1 SULLA DISSOCIAZIONE.....	p. 99
3.3.2 I PARADOSSI DEGLI ATTACCAMENTI TRAUMATICI.....	p. 102
3.4 QUANDO IL SE’ SI “ATROFIZZA” NELLA DIPENDENZA	p. 106
3.4.1 PERSONLITA’ “DESAFFECTE”.....	p. 109

4. LA MEMORIA IMPLICITA: IL CORPO SI “RACCONTA”

4.1 PERCHE’ TRATTARE DI MEMORIA (IMPLICITA)	p. 114
4.1.1 MEMORIA E PSICANALISI.....	p. 117
Il contributo di Sigmund Freud	
4.2 LA MEMORIA IMPLICITA	p. 121
4.2.1 INCONSCIO RIMOSSO & INCONSCIO NON RIMOSSO.....	p. 124
4.2.2 L’ APPRENDIMENTO E LA MEMORIA VISTI AL MICROSCOPIO.....	p. 125
Il contributo di Eric Richard Kandel	
4.3 IL TEATRO DELLA MEMORIA IMPLICITA NEL CONTESTO TERAPEUTICO	p. 129
4.3.1 IL RUOLO DELLA MEMORIA IMPLICITA NEL TRANSFERT E NEL CONTROTRANSFERT.....	p. 134
4.3.2 LA FUNZIONE SIMBOLOPOIETICA DEL SOGNO.....	p. 138
Il contributo di Mauro Mancia	

CONCLUSIONI	p. 142
--------------------------	---------------

BIBLIOGRAFIA	p. 147
---------------------------	---------------

PREFAZIONE

Introduco questo mio lavoro partendo dalla spinta motivazionale che mi ha permesso di portarlo a termine. Ho deciso di intraprendere un viaggio alla scoperta di un tema che mi ha incuriosita ed affascinata: la relazione psiche-soma, in particolare l'implicazione della memoria corporea nei processi di sviluppo del Sé. L'interesse per un campo di ricerca complesso ed ancora aperto ad apporti teorici ed applicativi diversi, come la memoria del corpo, nasce dalla consapevolezza che l'esperienza, nonché il contatto con l'ambiente e le relazioni con gli altri, generano cambiamenti nel nostro sistema nervoso ed alterano il nostro comportamento per mezzo dell'apprendimento. Non risulta quindi difficile comprendere quanto siano importanti le funzioni mnesiche per un buon adattamento all'ambiente e perché si preservi il funzionamento *tout court* dell'individuo. Questa mia ricerca si situa in *continuum* con la mia tesi di laurea triennale, in cui sviluppai il tema della memoria autobiografica in relazione allo sviluppo del Sé ed alla costruzione dell'identità. Infatti trasversalmente a tutti i modelli che spiegano la relazione tra Sé e memoria, si delinea in modo univoco la convinzione che i ricordi siano *Espressioni fenomeniche del Sé* (Barclay, 1996) e molti autori oggi preferiscono studiare aspetti evolutivi ed ontologici del Sé come agente mentale (Fonagy, 2001). Tutti abbiamo connaturato il bisogno di ricordare, di raccontarci, di condividere il nostro passato e socializzare i nostri ricordi, attraverso i quali ci riconosciamo e diamo continuità alla nostra storia di vita che inevitabilmente si correla all'identità di ciascuno: un'identità composita e differenziata, mai monolitica nel processo che implica la sua stessa costruzione. Affrontare questo tema ricercando, riflettendo, studiando, apprendendo e ricordando, ha contribuito a dare risposte a molte delle domande che mi ponevo, ma al contempo ne ha fatte nascere altre: le stesse a cui ho cercato di dare una spiegazione portando avanti questo mio nuovo lavoro, consapevole di non poter certamente esaurirle del tutto, e spoglia della pretesa di poter dare "risposte sature". Mi affascinava in modo particolare l'idea di scoprirne di più circa la relazione psiche-soma e mi chiedevo dove albergassero e come si esprimessero quei ricordi che non hanno voce, in quanto formati ancora prima della capacità di simbolizzare, e come questi fossero implicati nei processi di sviluppo del Sé e/o della

psicopatologia. Questa ed altre questioni, hanno animato ed alimentato l'interesse per la mia ricerca, dirigendolo alla scoperta dell'importanza, nella relazione terapeutica col paziente, di considerare e lavorare anche sugli aspetti e le manifestazioni somatiche, dunque sul corpo e su ciò che ci comunica (Ferenczi, 1931; Reich, 1933). Tutto ciò in una chiave di lettura che renda giustizia alla complessità, dunque nello sforzo costante di evitare il riduzionismo e la semplificazione. L'intento di abbracciare la complessità per mezzo di un approccio olistico, che mi ha indotto a considerare anche punti di vista relativi ad altre discipline, quali le Neuroscienze, la Filosofia, la Semiotica etc, è stato comunque accompagnato dall'attenzione costante a non perdere quel "filo rosso" che mi auguro abbia reso coerente e continuo lo sviluppo del pensiero che ho portato avanti.

INTRODUZIONE

L'interesse per il tema della Memoria del Corpo nasce dalla consapevolezza del fatto che noi tutti siamo frutto della nostra unica, peculiare e irripetibile storia di vita, che a partire dal concepimento scrive le sorti del nostro divenire. Con storia di vita non mi riferisco tuttavia solo a ciò che di essa possiamo narrare, prima ancora del poterci raccontare infatti, viviamo sulla nostra pelle l'esperienza e apprendendo dalla stessa, "incorporiamo" la trama che prende forma durante il dispiegarsi della nostra storia personale. Per tale ragione ha un peso non indifferente andare a recuperare il legame che ciascuno di noi ha con l'intreccio della propria vita a partire dall'essere soggetti corporei, biologicamente connotati: perché è questo che siamo, prima ancora di divenire "corpi pensanti". Quando mi sono cimentata nella ricerca per il mio primo lavoro di tesi sulla Memoria Autobiografica e la costruzione dell'identità¹, studiando ho appreso che i nostri racconti sono tutt'altro che fedeli all' "esperienza originale", in quanto proprio la narrazione e il linguaggio ne alterano maggiormente l'esattezza rispetto alla traccia mnestica originaria. Così una volta terminata la stesura, avevo dato risposta (scevra dal pretesto che fosse "satura") alle domande che mi ero posta, ma al contempo questo fattore² "alterante la fedeltà" dei nostri ricordi, rispetto all'esperienza realmente vissuta, mi aveva lasciato con "l'amaro in bocca", aprendo in me nuovi varchi di riflessione intrisi di ulteriori domande. In particolare mi chiedevo se ci fosse un "magazzino della memoria" in cui vengono ritenute le tracce della nostra esperienza di vita "in versione originale", a partire dalla consapevolezza del fatto che "noi tutti siamo essenzialmente memoria": la psiche è memoria! Ma da dove nasce la psiche se non dal corpo? Dal concepimento in poi infatti si formano in noi quelle strutture neurobiologiche e neurofisiologiche che andranno a sostenere l'impalcatura anatomica del nostro apparato pensante. Dobbiamo però fare un passo indietro, perché c'è un "fattore primo" che permette la realizzazione di questi

¹ "La memoria del passato come espressione del presente e proiezione del futuro: La Memoria Autobiografica e la costruzione dell'Identità".

² Secondo Brewer, (1986) il ricordo autobiografico sarebbe costituito da elementi dell'esperienza originale ricostruiti sulla base degli schemi di Sé e su aspetti nuovi, introdotti e ricercati attraverso la narrazione del ricordo, al fine di mantenere coerenza con i propri modelli personali, culturali e sociali.

“passaggi” fondamentali: la relazione. Veniamo concepiti per mezzo di una relazione psicobiologica e solo grazie alla stessa ci è permesso di svilupparci e di maturare a partire da un livello vitale squisitamente corporeo. Questo rappresenta uno dei presupposti su cui ho fondato le riflessioni che caratterizzeranno il presente lavoro: LO PSICOSOMA HA MATRICE RELAZIONALE. Il processo di integrazione psicosomatica infatti, avviene a partire da una comunicazione squisitamente corporea, che fondata principalmente sul contatto e su messaggi non verbali, diviene veicolo di scambi emotivo-affettivi che andranno a costituire il “DNA psichico” dell’individuo, a partire dal periodo prenatale, durante il quale si va strutturando un apparato protomentale in stretta interdipendenza con l’ambiente, quindi con lo *psicosoma madre*. E’ per tali ragioni che nell’intento di sviluppare un tema così complesso e ancora aperto ad apporti esplicativi come la memoria del corpo, ho deciso di partire *ab Iove principium* proprio sviluppando quelli che sono i significati, le funzioni e le dinamiche di un “corpo vivo”, che interagisce con altri corpi, che è in perenne trasformazione e che si configura come primo interprete e mezzo attraverso cui circola il significato dell’esperienza, già all’origine della vita. Un corpo dunque che apprende e ha memoria di quanto esperito, costringendoci a una riflessione, che nel tentativo di studiarlo, necessita di una logica complessa, a partire dalla paradossale essenza UNHEIMLICH³ (Freud, 1919) che ne connota i vissuti *tout court*. Questo concetto freudiano (1919) è il secondo presupposto alla base del presente lavoro, esso si riferisce a qualcosa che ci riguarda da vicino, ma che al contempo turba, negandosi ad ogni possibilità di essere definito e compreso. Un vissuto di inquietudine dovuto all’incontro con ciò che è estraneo, che diventa turbamento e angoscia in quanto appartiene allo stesso tempo anche alla sfera più intima. Proprio l’essenza *Unheimlich* dei vissuti corporei *tout court* rende necessaria la presenza di un altro significativo che li riconosca, li contenga e li bonifichi per mezzo di capacità di *reverie* e *Funzione alpha* (Bion, 1962), propedeutiche allo sviluppo di un apparato per pensare sano ed integrato col corpo. L’*Unheimlich* dunque è qualsiasi manifestazione corporea in qualsivoglia momento dello sviluppo: può essere tutto ciò che sfugge dall’essere significato, tutto ciò che viene forcluso dalla psiche, tutto ciò che non è stato contenuto e bonificato. *Unheimlich* sono gli *Elementi Beta* (Bion, 1962), i sintomi di un corpo adulto che ci suggeriscono che qualcosa non va, sono ricordi privi di parole e

³ Freud (1919) sostiene come nella lingua italiana, e nelle altre lingue europee, non esista un termine esatto che corrisponda al significato di quello tedesco: “unheimlich potrebbe essere reso volta a volta con inquietante, sinistro, non confortevole, sospetto, ambiguo, infido, e designa comunque una sensazione di insicurezza, inquietudine, turbamento o disagio, suscitata da cose, eventi, situazioni o persone”. Egli definisce l’unheimlich, il perturbante, come “quella sorta di spaventoso che risale a quanto ci è noto da lungo tempo, a ciò che ci è familiare” e convalida questa interpretazione attraverso una interessante analisi linguistica del termine tedesco che in seguito sarà riportata.

significati che albergano nel nostro corpo. Il sostegno e il contenimento psicobiologico da parte di un “altro significativo”, diventano una necessità proprio a partire da questa realtà corporea, che contraddistingue l’esperienza di vita di ciascuno di noi a partire dal “caos” della non integrazione, suggerendoci inoltre che ogni vissuto corporeo ha un corrispettivo a livello psichico e viceversa. Ecco perché in questo lavoro ho concepito l’individuo come *Psicosoma Relazionale*, partendo dalla genesi dello stesso, ovvero dalla relazione psicobiologica madre-feto, che tra l’altro ne rappresenta per antonomasia l’esempio più vivido⁴. Un percorso di sviluppo funzionale al raggiungimento dell’integrazione psicosomatica e dell’individuazione è strettamente dipendente quindi dalla buona qualità della relazione psicobiologica con la madre, a partire dal periodo prenatale, la cui esperienza costituirà un *Imprinting* neurobiologico e neurofisiologico che determinerà l’“equipaggiamento” con cui il bambino verrà al mondo, nonché una delle variabili in grado di influenzare notevolmente la relazione con il *caregiver*, connotando la comunicazione, squisitamente non verbale, tra i due partner. La *Preoccupazione materna primaria* (Winnicott, 1975) e l’*Intersoggettività primaria* quindi (Trevarthen, 1979) si intrecceranno tessendo una trama unica e peculiare, determinata dall’incontro di una personalità e una “proto-personalità”, che tenderanno a cercare una regolazione reciproca, generando un vero e proprio “laboratorio affettivo”, che non solo scriverà le sorti della motivazione all’interazione, ma che, secondo diversi autori tra cui Shore (2003), andrà di pari passo con la maturazione cerebrale delle funzioni dell’emisfero destro, propedeutica a sua volta allo sviluppo di capacità più complesse quali *Autoregolazione* e *Mentalizzazione*. E’ ormai dimostrato a tal proposito che “le connessioni nervose sono il riflesso delle connessioni umane”, così come ci suggerisce Siegel (1999), ma l’evidenza scientifica della stretta interdipendenza tra *Sistema Nervoso*, *Sistema Endocrino* e *Sistema Immunitario*⁵ (Panksepp, 2008) e le recenti scoperte di Fields (2012) sulle *cellule gliali*, quali principali fautrici del funzionamento mentale, ci inducono a pensare che ad essere influenzata non sarà solo la maturazione delle strutture cerebrali e le funzioni annesse e connesse, ma anche il benessere del soggetto in una visione più globale. La salute così come la patologia

⁴ Rappresenta inoltre, come vedremo, l’espressione corporea più vivida della complessa dinamica contenitore\contenuto, letta in chiave Bioniana (1962).

⁵ In sintesi, l’endocrinologia, l’immunologia e il SNC tradizionalmente separati con i rispettivi organi (cervello, ghiandole, milza, midollo osseo e linfonodi), sono in realtà uniti in sinergia multifunzionale, mediante i portatori d’informazioni conosciuti con il nome di neuropeptidi. Ci troviamo di fronte ad un sistema integrato, una rete la cui ragion d’essere è l’elaborazione delle informazioni, dove avviene uno scambio bidirezionale ininterrotto di dati che lega cervello, corpo e comportamento sotto la vigilanza emotiva.

vanno quindi letti in chiave biopsicorelazione⁶, per questa ragione è essenziale che anche nella relazione di cura non si trascurino gli aspetti e le manifestazioni corporee del paziente. Questa posizione è ampiamente sostenuta anche dalla Psicanalisi, che trovando un incontro con le recenti scoperte Neuroscientifiche, ha dimostrato di essere una scienza in grado di evolvere e di stare al passo con i cambiamenti che inevitabilmente contraddistinguono la realtà in cui viviamo. Già autori come Ferenczi (1932) sostenevano l'importanza di non trascurare gli aspetti impliciti, dunque le manifestazioni corporee *tout court*, che contraddistinguono la relazione di cura. Oggi questa intuizione è ampiamente dimostrata dall'esistenza di un magazzino di memoria che detiene le tracce inesprimibili della nostra esperienza di vita, specie relative al periodo preverbale e presimbolico, e sia in termini di espressioni somatiche che in termini di *enactment* procedurali. Ecco che l'Inconscio Freudiano (1915a,b) e il meccanismo della *Rimozione*, non possono dare una spiegazione accettabile per ciò che concerne esperienze avvenute prima dello sviluppo delle strutture e funzioni cerebrali preposte al linguaggio. Anche la visione dell'Inconscio dunque si fa più complessa, ed oggi siamo a conoscenza dell'esistenza di un *Inconscio non rimosso*, che si forma già dal periodo prenatale, quando le esperienze sensoriali del feto, in particolare quelle sensomotorie e uditive, contribuiscono a formare la *Memoria implicita* di base del nascituro, che lo assisterà alla nascita, permettendogli di vivere in continuità psichica nel passaggio (traumatico) dall'ambiente interno a quello esterno (Mancia, 1981). Sono infatti le strutture neurofisiologiche della *Memoria Implicita*, ben più antiche rispetto a quelle preposte alle funzioni della *Memoria Esplicita*, che spiegano le manifestazioni dell'*Inconscio non rimosso*, la cui formazione andrà a determinare le sorti della salute biopsicorelazionale del bambino anche da adulto. Le esperienze relazionali primarie con la madre, o col *caregiver*, risultano quindi essenziali per la crescita fisica e mentale del bambino, ma alcune potranno essere traumatiche, a causa ad esempio di negligenze, patologia mentale dei genitori, abusi, violenza, o ogni richiesta implicita da parte delle figure accudenti di "inversione dei ruoli". Tutte queste esperienze andranno a costituire l'essenza della *Memoria Implicita* del bambino, che non solo apprenderà dei *modus operandi*⁷, dovuti a specifici *pattern* interattivo-relazionali, ma avverranno in lui alterazioni a livello neurofisiologico, neurobiologico, e relative all'espressione genica, tali

⁶ Indispensabile non tralasciare alcuno dei tre livelli: biologico, psicologico, relazionale. In accordo con una visione complessa dell'essere umano.

⁷ Potremmo anche definirli come schemi comportamentali del tutto inconsapevoli.

da poter compromettere il suo stato globale di salute, specie se i traumi subiti⁸, da parte degli stessi “oggetti d’amore”, sono stati ripetuti, protratti e non riconosciuti. Queste esperienze, cariche dal punto di vista emotivo-affettivo, attiveranno fantasie e difese a livello preverbale e presimbolico, che andranno a costituire quel nucleo inconscio non rimosso del Sé in grado di condizionare gli affetti, i comportamenti, la personalità e il modo di relazionarsi del bambino anche da adulto (Mancia, 2004). E’ evidente dunque che in questa prospettiva gli affetti e le emozioni hanno un ruolo centrale nell’esperienza di vita del bambino, in quanto è dalla buona qualità degli stessi che dipende un funzionale passaggio dalla co-regolazione all’autoregolazione, dalla dipendenza all’autonomia, dalla non integrazione all’integrazione. Il *FOCUS SUGLI ASPETTI IMPLICITI*, in particolare emotivi della relazione, è un ulteriore presupposto al presente lavoro. Oggi la neurochimica ci suggerisce che, sia il cervello elettrico quanto quello chimico si fondono in un “tutto informazionale” basato sulle funzioni dei peptidi, degli ormoni, sulla sintesi proteica⁹ e sulla specificità recettoriale. Ed è proprio in virtù di quest’ampia rete psicosomatica, che un’esperienza può rimanere scolpita nel corpo e non solo nel cervello, in quanto la scelta fra ciò che diventa un pensiero emergente a livello di coscienza e ciò che resta invece “sostanza non digerita e tossica nel corpo”, viene mediata dai recettori (Pert, 2000). Sono proprio le sostanze biochimiche che costituiscono il substrato fisiologico delle emozioni, la base molecolare di ciò che esperiamo sotto forma di sentimenti, sensazioni, pensieri e impulsi. Questi movimenti chimici esperienza-dipendenti sono strettamente connessi alle funzioni del Sistema Nervoso e del Sistema Immunitario, per cui dimostrano dal punto di vista scientifico che la nostra salute biopsicorelazionale è in buona parte dipendente dai vissuti emotivo-affettivi di cui facciamo esperienza. In particolare immaginiamo come questi stessi vissuti possano essere determinanti per la salute nel periodo prenatale e post-natale, quando ancora i collegamenti neurali sono in via di formazione e le sinapsi che si formeranno saranno appunto “dirette” dall’esperienza (Fields, 2012). Ecco come il nostro corpo sa ciò che noi non possiamo (o non vogliamo) sapere. Il corpo sa tutto, sa chi siamo, sa chi non siamo, sa cosa ci appartiene e cosa no, cosa siamo stati costretti ad “ingerire”, sa “prima di noi” quando soffriamo, siamo preoccupati o angosciati. Per queste e per altre

⁸ Vedremo in seguito come ad essere traumatico non è solo ciò che è stato fatto, ma anche ciò che non è stato fatto, dunque una mancanza, un vuoto relazionale (Borgogno, 1999b)

⁹ Stephen Rose (1992) ha incrementato la conoscenza riguardo questi processi, dimostrando che durante l’apprendimento il cervello va incontro ad alterazioni biochimiche che riguardano l’*Acido ribonucleico* (RNA), implicato nella sintesi proteica, la quale risulta fondamentale per la produzione appunto di nuove proteine e dunque di nuove connessioni tra i neuroni, tra cui le sinapsi che permettono di consolidare le informazioni in entrata (oggetto di apprendimento). In seguito vedremo anche quali sono stati i contributi di Kandel (1998, 1999, 2005).

ragioni (che avremo modo di vedere in seguito) è necessario non trascurarlo, anche per chi è “Dottore della Psiche”: ciò che dovremmo “insegnare” attraverso la relazione di cura è prendere contatto con emozioni e sentimenti più profondi, che albergano dentro di noi, rinunciando a lottare contro di essi in modo tale che le manifestazioni corporee non appaiano più come minacce ma come fari che illuminano tracce buie e sconosciute della nostra storia. Ma per fare ciò noi professionisti *in primis* dobbiamo poter prendere contatto con quanto non conosciamo, prima di tutto di noi stessi, e saper sostare nell’*Unheimlich* della relazione terapeutica, veicolato dai vissuti corporei, che ci costringono a mettere in gioco la nostra soggettività, dalla quale, al contrario di quanto si credesse, è impossibile prescindere. Tutto ha inizio dal corpo e nel corpo, per cui è da lì che dobbiamo partire. Nel primo capitolo prenderò in considerazione a partire da un *excursus* storico\filosofico l’evoluzione del pensiero sulla relazione psiche soma a partire dalla visione dualistica fino ad approdare alle più recenti scoperte in ambito scientifico, che contribuiscono a corroborare l’essenza monista e complessa dell’individuo quale unità psicosomatica. Andremo a scoprire quali i significati simbolici di cui il corpo si fa portatore e fautore, e vedremo che molti di questi si riflettono nelle funzioni della pelle, introducendo l’importanza del con-tatto e della comunicazione corporea. Faremo poi un percorso a doppio senso, grazie al sostegno teorico delle teorie di Nicola Peluffo (2010), che attraverso la spiegazione dal punto di vista psicobiologico delle dinamiche della gravidanza, ci consentirà di “concepire” anche mentalmente, appunto come concetto, lo *Psicosoma Relazionale*, corroborando in seguito questa teoria con prove scientifiche a sostegno delle più basilari teorie psicanalitiche. Nel secondo capitolo faremo poi un viaggio, a partire dal concepimento, che ci consentirà di cogliere in modo più sottile e approfondito per quali ragioni lo psicosoma, dunque il processo di *Personalizzazione* (Winnicott, 1976), ha matrice relazionale, e come si vanno a formare le tracce mnestiche implicite di uno sviluppo all’insegna dell’integrazione, per mezzo dell’apprendimento. Ma cosa accade quando i percorsi di sviluppo, alla luce di esperienze relazionali traumatiche, prendono pieghe biopsicopatologiche? Nel terzo capitolo andremo a vedere proprio come traumi relazionali (cumulativi), o macrotraumi, come abbandoni precoci, possono compromettere notevolmente lo sviluppo *tout court*, dunque la maturazione delle strutture cerebrali superiori, la formazione di un apparato per pensare sano e integrato con il corpo, la neurochimica del cervello, in sostanza la salute biopsicorelazionale dell’individuo. I così detti “traumi muti” non sono altro che tracce mnesiche implicite inscritte nel corpo e nel

suo fare, che diviene l'unico mezzo attraverso cui poter "narrare", al di là delle parole, la storia di una relazione d'attaccamento connotata dal paradosso di vivere le proprie figure di riferimento come fonte d'amore e al contempo di terrore. A questo punto avendo chiaro in mente come si forma la memoria del nostro corpo, potremo andare a vedere in cosa si differenzia rispetto a gli altri magazzini di memoria, quali sono le strutture e le funzioni che la riguardano e quali le ripercussioni sulla qualità della nostra esperienza di vita a partire dalle sue manifestazioni. Nel quarto capitolo considereremo questi temi e l'implicazione della *Memoria del corpo* e dell'*Inconscio non rimosso* nel contesto della terapia, in particolare in ciò che concerne *transfert* e manifestazioni oniriche. Questo percorso di approfondimento e riflessione ha come intento quello di evidenziare la stretta interdipendenza tra mente e corpo, che necessita di diventare un presupposto imprescindibile, dal quale partire per attuare interventi di cura, ma anche in ottica preventiva. Ciò significa che la scissione mente\corpo deve trovare integrazione, per mezzo di una sana comunicazione e collaborazione, anche per ciò che concerne l'intervento medico e l'intervento psicologico, che dovrebbero tendere a far convergere e circolare i saperi.

1. DAL DUALISMO MENTE-CORPO AL CONCETTO DI PSICOSOMA RELAZIONALE

L'importanza di un approccio olistico allo studio dell'essere umano

1.1 AB IOVE PRINCIPIUM¹⁰

"Il modo in cui lo spirito è unito al corpo non può essere compreso dall'uomo, e tuttavia in questa unione consiste l'uomo"
(*Sant'Agostino*)

Mente e Corpo sono due facce di una stessa medaglia. Solo oggi possiamo affermare con forza questa tesi, dopo secoli di riflessioni, studi, ricerche e scoperte in più ambiti disciplinari. In questo primo paragrafo tratteremo la lunga storia della relazione psicosoma, andando a vedere come da una concezione dualistica, che per molti versi vedeva queste due entità perfino in contrapposizione, si è passati ad una visione unitaria, che oggi ci consente di capirne la stretta interdipendenza. Questo passaggio tra l'altro rispecchia, in più sfumature, anche la storia degli scontri tra Medicina e Psicologia, che oggi trovano un sodalizio nella Psicosomatica (Sapir, 2000).

Una prima distinzione tra anima e corpo è attribuita a Platone¹¹ (IV secolo a.C.), il quale affermava che l'anima è simile a ciò che è divino, quindi immortale, intangibile, uniforme, indissolubile ed immutabile, mentre il corpo rappresenta per eccellenza l'umano, ovvero ciò che è mortale, multiforme, dissolubile e in perenne trasformazione. Aristotele¹² (*Ibidem*), suo allievo, rifiuta tale visione affermando che una netta distinzione tra queste due realtà sia concepibile solo se inserita nel contesto di una riflessione filosofica, poiché anima e corpo sono indissolubili e la prima appartiene a quest'ultimo proprio in relazione alla sua specificità (De Luise, Farinetti, 2010). Fu Cartesio¹³ in seguito a riprendere il dualismo Platonico-Cristiano scindendo *Res cogitans* e *Res extensa* e allontanando quindi la fisicità dalla mente, ci consegnava un corpo privo di pensiero (Nannini, 2005). Descartes

¹⁰ Traduzione: "Si inizia da Giove", nonché dal principio, dalla questione principale.

¹¹ *Fedone* (Φαίδων) 80bè uno dei più celebri *Dialoghi* in cui l'argomento centrale è l'immortalità dell'anima. Platone per sostenere la sua tesi porta quattro argomentazioni, tra cui una è la differenza sostanziale fra l'anima e il corpo.

¹² *L'anima*, Libro II, 414°. Aristotele afferma che l'anima è oggetto della fisica in quanto incorporata nella materia, dunque appartenente al corpo e non è scindibile da quest'ultimo.

¹³ *Principia philosophiae*. 1, 7 e 10, 1644. Cartesio afferma che non si può ammettere la certezza dell'esistenza di "uomo-materia", perché della materia si sa nulla, ciò che è certa nell'uomo è la sua essenza pensante, provata dal suo *Cogito ergo sum*.

(2004), contribuì alla visione di un *Io inteso* come una sostanza di cui tutta l'essenza consiste solo nel pensare, e che per esistere non ha bisogno di luogo alcuno, né di dipendere da alcuna cosa materiale (*Ibidem*). Ancora Schopenhauer¹⁴ e Hegel¹⁵ concepiranno il corpo come entità subordinata all'anima. Per il primo infatti, il corpo è al contempo portatore di piacere ed inganno, quindi qualcosa da cui liberarsi, per il secondo invece, non è che un momento dialettico dello sviluppo dello spirito (De Luise, Farinetti, 2010). Fin qui, solo alcune delle voci più significative in ambito filosofico, che sebbene a titolo esemplificativo, già ci permettono di comprendere come secoli di cultura dicotomica ci hanno abituato a separare il corpo dalla mente, spingendoci a considerare il primo, nella migliore delle ipotesi, un oggetto più o meno ingombrante, in particolare nel momento in cui ci segnala un bisogno o un disagio. Probabilmente a richiamare l'unità tra mente e corpo è stato per primo Nietzsche (1883, 1885) in *“Così parlò Zarathustra”*, affermando:

“Corpo io sono e anima- così parla il fanciullo. E perché non si dovrebbe parlare come i fanciulli? Ma il risvegliato e sapiente dice: corpo io sono in tutto e per tutto, e null'altro; e anima non è altro che una parola per indicare qualcosa del corpo. Il corpo è una grande ragione [...] Strumento del tuo corpo è anche la tua piccola ragione, fratello, che tu chiami 'spirito' [...] Dietro i tuoi pensieri e sentimenti, fratello, sta un possente sovrano, un saggio ignoto- che si chiama Sé. Abita nel tuo corpo, è il tuo corpo. Vi è più ragione nel tuo corpo che nella tua migliore saggezza” (pp. 34-35).

Parole queste che rispecchiano anche il pensiero di Merleau-Ponty (1964), secondo cui avere un corpo vuol dire essere guardati e guardarsi, avere una prospettiva interiore essendo visibile. Egli non condivide una comprensione dell'uomo a strati, affermando con fermezza che l'essere, il sentire, il pensare e l'agire stanno sullo stesso piano (Nannini, 2005). La riflessione di Merleau-Ponty (1969) ci consente di cogliere un cambio di prospettiva nello sguardo al corpo: non si concepisce più solo come “qualcosa che possiedo” ma come “ciò che sono”. Questo è un passaggio fondamentale nelle riflessioni (sul corpo) del XX secolo, in quanto costituisce la base solida su cui costruire una visione monista (*Ibidem*). Charcot fu il primo in ambito Psichiatrico, che forte della consapevolezza dell'unione mente-corpo, la utilizzò nello studio e nella spiegazione dei

¹⁴ *Il mondo come volontà e rappresentazione* cit., libro II, § 18, pp. 137-138. Secondo Schopenhauer il noumeno Kantiano può essere conosciuto attraverso il sentire sé stessi come corpo.

¹⁵ *Filosofia della Natura*. Franco Angeli, Milano, 2007. Egli afferma che anima e corpo si separano per natura, ma per natura ciò che si separa è identico nella sua stessa differenza.

fenomeni isterici, aprendo le porte all'ipotesi che un pensiero possa avere un effetto corporeo (Borgogno, 1999b). Non c'è da stupirsi dunque se il suo più illustre allievo, Sigmund Freud (1923), afferma nei suoi scritti che: "L'Io è anzitutto un'entità corporea [...] L'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo" - e ancora, sull'Io cosciente- "esso è prima di ogni altra cosa un Io-corpo" (pg. 488-490). L'Io psichico dunque ha un suo *habitat* che è il corpo ed il corpo è un corpo vissuto nella misura in cui è abitato dalla psiche. Freud (1895) inoltre, massaggiava i suoi pazienti. Si può dire che la psicanalisi sia nata durante un massaggio¹⁶, cui Freud affiancò la tecnica delle libere associazioni. Il padre della Psicanalisi in effetti ha fondato la sua teoria dell'apparato psichico su basi biologiche, postulando che ogni processo psichico si costruisce sul modello di un processo biologico (Freud, 1923). Tuttavia Freud (1923) in seguito abbandonò l'interesse e l'utilizzo del corpo durante le sedute, per dedicarsi maggiormente alla dimensione del verbale. Downing (1995) a tal proposito, nota come Freud (1923) non riesca a trovare nella sua metapsicologia un posto adeguato al corpo, nonostante sia consapevole del fatto che questo vada cercato. In ogni caso già la teoria pulsionale Freudiana (1923) rappresenta un importante passo per il superamento del dualismo mente-corpo in favore di un'ottica psicosomatica, specie in ambito medico (Galimberti, 2003), anche se Freud (1923), come già premesso, non si spinse oltre, continuando a sostenere che la psicoanalisi dovesse avere come unico campo d'azione i sintomi e le funzioni psicologiche (McDougall, 1990). In seguito Groddeck (1923) approfondendo lo studio sul valore terapeutico del massaggio e di tutte le sue implicazioni più profonde, avanzò il concetto di *Difese corporee*, indagando il rapporto fra queste e i sintomi psicosomatici: non a caso viene considerato il fondatore della Psicosomatica¹⁷, ovvero quella branca della medicina che mette in stretta relazione di interdipendenza mente e corpo, cioè la sfera emozionale ed affettiva con il soma, cercando di capire e rilevare quanto l'emozione lo influenzi (Sapir, 2000). Guardare il paziente attraverso un'ottica psicosomatica, significa quindi considerare l'uomo come un tutto unitario, dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio, ponendo l'attenzione non solo sull'espressione fisiologica della stessa, ma anche sull'aspetto emotivo che l'accompagna, nonché sullo specifico significato che ha in un particolare contesto relazionale (Sapir, 2000). Ma se vogliamo comprendere

¹⁶Freud, durante un massaggio alla sig.ra Emmy Von N., invece di lavorare con l'ipnosi introdusse il metodo delle libere associazioni.

¹⁷Termine introdotto nel 1818 dall'internista e psichiatra Heinroth, J. C. A.

davvero come ha avuto origine il concetto di psicosomatica, non possiamo tralasciare contributi come quello di Sandor Ferenczi (1931), che interessato al corpo come Groddeck (1923), tentò di dimostrare come le idee inconscie esercitassero un potere trasformativo a livello fisiologico, come anche sui comportamenti e sulle interazioni affettive del soggetto (Borgogno, 1999b). Ferenczi (1931) fu il primo ad intuire l'esistenza di una memoria corporea ed in tutti i suoi scritti evidenzia l'importanza dell'attività muscolare e dell'espressione del corpo, sostenendo che c'è una relazione tra la capacità generale di rilassare la muscolatura e le libere associazioni. Il merito di questo autore fu dunque quello di ampliare notevolmente la portata del procedimento analitico, che in precedenza tendeva ad essere un' "analisi dall'alto", contrariamente alla *Terapia attiva*¹⁸ che egli stesso definiva invece "analisi dal basso" (Borgogno, 1999b). In seguito, Wilhelm Reich (1933), allievo di Ferenczi (1931), elaborò un quadro teorico completo e innovativo, richiamando l'unità psiche-soma attraverso la teoria secondo la quale l'uomo sarebbe prigioniero di una "corazza caratteriale-muscolare", formata da tutti quegli atteggiamenti sviluppati nell'intento di bloccare il corso delle emozioni e delle sensazioni organiche (Lowen, 1985). L'elemento innovativo della teoria reichiana è l'ipotesi dell'esistenza della *Bioenergia*¹⁹, ovvero un'energia vegetativa (avente valore ontologico) che circolando liberamente in tutto il corpo, ne determina uno stato di salute. Tuttavia quest'ultimo può essere ostacolato dall'irrigidimento di gruppi muscolari (la corazza difensiva), che si bloccano per ragioni psicologiche (Lowen, 1985). Recentemente Damasio (2004) si propone di superare il dualismo mente-corpo, come si evince già dal titolo del suo primo libro "L'errore di Cartesio", focalizzando la sua tesi sull'importanza del ruolo delle emozioni in relazione allo sviluppo del Sé e delle sue basi neurobiologiche. Per Damasio (2004) infatti le emozioni sono costitutive la stessa razionalità che a sua volta è plasmata e modulata dai segnali corporei: "il corpo offre contenuti alla mente e rappresenta un sostegno vitale alla consapevolezza delle condizioni degli apparati viscerali e muscolo scheletrici" (p. 227). Ma evidenziare l'importanza di non tralasciare gli aspetti corporei, non significa cadere nell'errore di considerarli in un primato assoluto. L'essere umano è un'entità complessa, la cui esistenza si realizza su più livelli vitali in costante interazione: corporeo, psichico, relazionale, sociale. E' necessaria dunque una visione olistica che tenga conto della

¹⁸ Ferenczi incoraggiava il contatto fisico con i suoi pazienti, per questo fu molto biasimato e criticato non solo da Freud, ma da tutti gli esponenti del movimento psicanalitico di quel periodo.

¹⁹E' interessante notare come le teorie di Reich abbiano molte "assonanze" con le basi teoriche della Medicina Orientale.

complessità del reale, e che ci consenta di comprendere i fenomeni nello sforzo costante di evitare il riduzionismo e la semplificazione (Albasi, 2009). Ecco perché in questo lavoro tratterò dell'individuo concependolo come Psicosoma relazionale, ponendo quindi l'accento non solo sulla realtà psicosomatica ma anche sulla fondamentale base relazionale della stessa (Siegel, 1999). L'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità), nel 1948, attraverso il concetto di Salutogenesi²⁰, evidenzia come sia necessario considerare la salute non più come assenza di malattia, ma come uno stato più globale di benessere legato strettamente ad una visione sistemica dell'individuo. Ciò sposta l'attenzione da un piano quantitativo ad uno qualitativo, permettendo l'accesso ad un mondo più squisitamente psicologico, dove è impensabile prescindere dalla relazione (Merati, Mantellini, 2005). E' infatti nella soddisfazione relazionale la base della possibilità di approcciare in maniera efficace l'ambiente tout court ed i cambiamenti. Edgard Morin sintetizza questo concetto attraverso un paradosso molto significativo, affermando che: "Noi siamo al 100% individui separati e siamo al 100% le nostre relazioni interpersonali" (Albasi, 2009; p. 161). Questa asserzione è fortemente indicativa circa lo stato dell'arte dell'attuale visione dell'individuo. Oggi possiamo finalmente affermare che Psicologia e Medicina, così come Neuroscienze e Psicanalisi trovano un fondamentale punto di incontro grazie alla scoperta della natura squisitamente relazionale della mente (Siegel, 1999), della stretta interdipendenza tra Sistema Nervoso, Sistema Endocrino e Sistema Immunitario (Panksepp, 1998) e delle recenti scoperte sulle funzioni delle cellule gliali (Fields, 2012), grazie alla quali possiamo affermare che psiche e soma sono una totalità, "l'espressione di un'organizzazione omogenea che si forma a due livelli diversi di materializzazione" (Peluffo, 2010; p.10). Peluffo (2010) a tal riguardo scrive:

"A mio modo di vedere, è impossibile immaginare uno stato qualsiasi della materializzazione dell'energia definito in modo assoluto. Usare i termini psichico e biologico intendendoli completamente separati, cioè "compiuti in sé" è solo un artificio di comodo. Sarebbe più corretto parlare di psicobiologico" (p. 22).

Questa tesi di Peluffo (2010) parte dal presupposto che la vita nasca dalla e nella relazione (psicobiologia) e la sua qualità dipenda dalla qualità di quest'ultima; tutto ciò a partire

²⁰Il termine formato dalla parola latina *salus*, *salutis*= salute, e dalla parola greca *genesis*=origine, inizio, derivazione.

dalla relazione psicobiologica madre-feto, considerata come proto nucleo di tutti i rapporti umani successivi (*Ibidem*).

1.2 LEIB & KORPER²¹

“Il corpo è ciò che individualizza l’anima. Solo sarebbe vano supporre che l’anima possa staccarsi da questa individuazione, separandosi dal corpo con la morte e con il pensiero puro, perché l’anima è il corpo in quanto il per sé è la propria individuazione...” (Jean Paul Sartre)

Il corpo oggi è al centro della scena del mondo che abitiamo costituendo la base materiale e sociale della nostra esistenza, in quanto luogo dove emerge la nostra soggettività e dove si vanno tessendo le trame della nostra esperienza (Galimberti, 1999). Paradossalmente più l'attuale realtà ci offre mezzi per “dissociarci” in qualche modo dal nostro corpo, vedi le dinamiche relative alla vita in rete, specie quella dei *social network*²², più si producono discorsi sull'importanza dello stesso e della comunicazione *face to face* o, meglio, “corpo a corpo”. Questa riflessione è protesa alla caratterizzazione dei significati del corpo, inteso come oggetto complesso ed eterogeneo che articola diversi regimi di senso. Mi riferirò al corpo vivo, organico e attivo per mezzo dell'azione e del movimento: un corpo che agisce, pensa e sente entrando in relazione con altri corpi. Un corpo quindi in perenne trasformazione, per mezzo della relazione con l'ambiente, a partire dal suo stato embrionale (Peluffo, 2010). L'aspetto relazionale è fondamentale se consideriamo che è solo per mezzo dell'unione di due corpi che possiamo essere naturalmente concepiti, e che grazie ad un altro corpo possiamo svilupparci e formarci fino alla nascita, in seguito alla quale per mezzo dello stesso costruiamo significati, dando senso all'esperienza (Baldari, 2011): ecco perché è diventato uno degli oggetti di studio preferiti dalle scienze umane. Ma lo studio del corpo è anche costituito dallo sguardo che lo osserva e che ne definisce limiti confini e funzioni, che non è mai inutile ribadire sono complementari e sinergiche. Il mio sguardo sul corpo farà riferimento a tale entità concepita come generatore, interprete e mezzo attraverso cui circola il significato dell'esperienza, la quale come è ormai risaputo non sempre è traducibile in termini verbali. Infatti buona parte del “saper fare” si configura

²¹ *Koerper* è il nome che E. Husserl, fondatore della Fenomenologia, utilizza per designare il “corpo-oggetto” o “corpo-rappresentazione”, quindi il corpo che possiedo; *Leib* fa invece riferimento al “corpo vivo”, il corpo che sono.

²² Questo attuale mezzo di comunicazione certo offre molti vantaggi, ma tra gli svantaggi che presenta vi è la perdita della relazione e comunicazione “vis a vis”.

come una sorta di conoscenza implicita, un saper fare del corpo che difficilmente si può tradurre verbalmente (Granieri, 2011). Allo stesso modo il resoconto verbale dell'esperienza necessita del non verbale, quindi corporeo, affinché se ne comprenda il senso reale. E' assodato infatti che la comunicazione non verbale costituisca la sostanza dell'atto comunicativo (Downing, 1995). Ma per analizzare i significati del corpo bisogna fare i conti con la sua particolare condizione di "terra di confine", che divide e congiunge il mondo interno dal mondo esterno (Salardi e Bimbi, 1990). Questa dimensione del corpo non si riferisce soltanto all'entità corporea in senso stretto in quanto *limen*²³, ma soprattutto all'ambivalenza, che necessita di una visione dialettica, tra gli stessi significati cui il corpo rimanda. Per spiegare quest'ultimo concetto, mi rifaccio all'*Unheimlich* Freudiano (1919). Nel saggio "*Il Perturbante*" infatti Freud (1919) utilizza questo termine per descrivere qualcosa che ci riguarda da vicino ma che al contempo turba, negandosi ad ogni possibilità di essere definito e compreso. Da una parte, *Heim* si riferisce a qualcosa di familiare, intimo e confortevole, dall'altra però indica qualcosa di inatteso e nascosto (Freud, 1919). La cosa interessante è che la seconda accezione di *Heimlich* combacia con il significato del suo negativo, cioè dell'*Unheimlich*. *Heimlich* è quindi un termine tanto ambivalente che finisce col coincidere col suo contrario: *Unheimlich*²⁴, con il quale si intende il vissuto di inquietudine dovuta all'incontro con ciò che è estraneo, che diventa turbamento ed angoscia in quanto appartiene al contempo alla sfera intima. Trovo questo concetto calzante in riferimento al corpo ed alla sua natura complessa, pertanto sarà postulato alle riflessioni che seguiranno, nel presente e nei successivi capitoli. E' interessante notare come concependo il corpo a partire da questa visione, si sgretolino in principio i presupposti di una logica dicotomica riduzionista e meccanicista nel tentativo di comprenderlo (Marasciani, 2008). Esplorare i significati del corpo infatti esige un pensiero complesso e dinamico. Entrando nel vivo di questa complessità possiamo notare come il corpo non possa essere concepito né in senso assoluto quale "cosa naturale" né solamente come costruito ed investito di senso in relazione al contesto in cui è inserito (Nannini,

²³ In Fisiologia, Psicologia E Psicofisica è una soglia di risposta entro cui uno stimolo è percettibile. In questo caso è inteso come "linea di confine".

²⁴ A partire da quest'ultima analisi dunque Freud (1919) osservava che perturbante appariva ciò che costituiva un ritorno del rimosso, e cioè di qualcosa di dimenticato che riaffiora, e dunque di un inconsueto che riappare dopo la cancellazione di qualcosa che era noto, che aveva turbato sia nell'infanzia. Coerentemente coi suoi principi teorici, Freud(1919) faceva risalire il rimosso individuale a timori riguardanti la sfera sessuale e in particolare il timore dell'evirazione, e non a caso citava come eventi perturbanti situazioni come membra staccate dal corpo, teste mozzate o piedi che danzano da soli. E' interessante notare come Freud (1919) concepisse questo termine e a cosa lo accosta. Tuttavia vedremo in seguito che in realtà lo stesso *Unheimlich* freudiano viene utilizzato in questo lavoro come espressione di manifestazioni inconscie, ma appartenenti all'*Inconscio non rimosso*.

2005). Certamente, come premesso, sarà fondamentale in questa riflessione l'aspetto relazionale, che credo funga da *link* tra una visione più "ontologizzante" del corpo e una costruttivista. Ontologizzare²⁵ il corpo vuol dire affermare che esso esiste in modo oggettivo, cioè indipendentemente dal fatto che qualcuno ne costruisca il significato a partire da uno specifico sguardo o per mezzo dell'esperienza nel mondo; quindi il rischio di tale approccio è proprio quello di cercare di definire il corpo in quanto unità avulsa dal contesto e dalle relazioni che intrattiene necessariamente con gli altri corpi. D'altro canto avere una visione strettamente costruttivista²⁶, potrebbe indurci a dimenticare che esso è anche materia, dunque che è massa, che occupa uno spazio, ha un tempo, e delle caratteristiche specifiche che sarebbe surreale non considerare per certi aspetti oggettive. Il corpo è senza dubbio generatore di senso, ma non bisogna mai dimenticare che possiede una certa fisicità, che ne determina la materia (Nannini, 2005). Come premesso è attraverso uno sguardo relazionale che queste due visioni si incontrano senza scontrarsi, contribuendo ad una comprensione che rende giustizia alla complessa realtà che ci accingiamo a spiegare. Concependo l'individuo come *Psicosoma relazionale*, già nell'introduzione avevo premesso che per antonomasia un esempio ne è la gravidanza, in cui il corpo della donna diventa contenitore di un altro corpo e "protonucleo psicobiologico di tutti i rapporti umani successivi" (Peluffo, 2010). E' attraverso questo chiaro e concreto esempio che si può cogliere un ulteriore aspetto che connota la realtà del corpo e ne evidenzia i suoi complessi significati: ovvero il rapporto dialettico contenitore\contenuto²⁷, concetto Bioniano (1962). Il feto è contenuto nel grembo materno, o meglio nella placenta, che appunto funge da "contenitore primario" ad una vita ancora prettamente biologica, ma che si svilupperà per mezzo della relazione psicobiologica con la madre (Peluffo, 2010). Riflettendo su questi aspetti e mettendoli in connessione con i vari sguardi rivolti al corpo nel tentativo di comprenderne i complessi significati, ho azzardato un'analogia che mi sembra chiarire ancora di più il senso di questa tesi che mi propongo di sostenere. Ho pensato alla gravidanza e alle sue dinamiche e riflettendo ho trovato un nesso con le due visioni precedentemente riportate: sguardo ontologico e sguardo costruttivista. Ho poi concepito lo

²⁵ Ontologia vuol dire scienza dell'ente, scienza dell'esistente. Il termine deriva dal greco ὄντος, *òntos* e da λόγος, *lògos* ("discorso"), quindi letteralmente significa «discorso sull'essere»,

²⁶ E' una posizione filosofica e epistemologica che considera la nostra rappresentazione della realtà, e quindi il mondo in cui viviamo. Foucault è uno dei maggiori esponenti della visione costruttivista del corpo; Le opere dove questo tema assume maggiore centralità sono: *Naissance de la Clinique* (1963), *Surveiller et punir* (1975) e *Histoire de la sexualité* (1976).

²⁷ Bion (1962) sottolinea che i due elementi interessati nella dinamica contenitore\contenuto devono essere congiunti da un'emozione, altrimenti ci riferiamo ad oggetti inanimati.

Psicosoma relazionale madre-feto, considerando il feto come la sostanza²⁸ dello sguardo ontologico al corpo e il corpo della madre, che funge da contenitore, come l'esempio per eccellenza di ambiente grazie al quale si generano significati e circola senso per mezzo della stretta relazione psicobiologica che li lega. Il senso dello *Psicosoma relazionale* va ricercato a mio parere a partire da questa complessa dinamica, dalla quale si coglie perfettamente la ricca gamma di significati che il corpo contiene in se e l'altrettanto vasta gamma di significati che lo stesso ci permette di costruire dando senso alla nostra esistenza. Le dinamiche interattive contenitore-psicosoma madre\contenuto-feto andranno a costituire inoltre quel protonucleo psichico le cui immagini resteranno impresse implicitamente nel corpo per tutta la vita (Peluffo, 2010). Infatti è proprio nella qualità della relazione psicobiologica gestante-feto che sono scritte le sorti della salute psico-fisica del nascituro (Baldari, 2011); anche se ancora alla nascita non si può parlare in senso stretto di psiche, in quanto quest'ultima inizia a formarsi con lo sviluppo delle capacità di simbolizzazione (Manfredi, Imbasciati, 2004). Quanto fin qui solo accennato, per “non uscire fuori dai binari” che necessariamente dobbiamo seguire in coerenza e continuità col tema scelto, ci fa comprendere le sfumature del rapporto dialettico contenitore\contenuto nell'interrelazione soma-psiche\psiche-soma, intesi in rapporto sinestesico²⁹ e interattivo. Un contenuto, che sia l'infante o il paziente che soffre, in cerca di un contenitore, del seno materno o dell'analista, rientra già nell'ottica Kleniana (1946), se non ancor prima in quella Freudiana (1923) (sebbene probabilmente ancora preconsapevolmente) nei concetti riguardanti i processi di introiezione e proiezione. Bion (1962) dà una svolta alla dinamica contenitore\contenuto affermando che sia il contenitore a cercare un contenuto (Blandino, 2009). Questo sguardo alla dinamica in questione ci può far comprendere la genesi dello *Psicosoma relazionale*, che ha origine da un corpo-contenitore, in cerca di un contenuto-significato, che a partire dalla relazione madre-feto consente, attraverso una comunicazione psicobiologica, lo sviluppo di un apparato di pensiero e di un Sé. Dunque il corpo può essere inteso come il luogo dove si sovrappongono le determinanti biologiche, psicologiche e relazionali dell'individuo che nella loro costante interazione partecipano alla strutturazione della soggettività: "Il corpo è ciò che garantisce la tenuta e la dinamica, l'identità e la trasformazione: i trasferimenti di valore, le collocazioni e gli spostamenti

²⁸ Qui inteso come la “personificazione” di un concetto.

²⁹ Il termine *sinestesia* viene dal greco *syn* = unione ed *aisthesis* = sensazione. Letteralmente significa percepire insieme.

delle figure e le transcodifiche tra significanti e significati" (Marsciani, 2008; p.220). Il corpo non cela nulla, ci permette di esprimere l'inesprimibile e dice di noi ciò che vorremmo nascondere. Attraverso un rossore improvviso, lo stress, i sintomi che produce come campanello di allarme e tanti altri segnali ci costringe a comunicare, ricordandoci che "Non si può non comunicare"³⁰: si configura così come veicolo principe della comunicazione. Corpo dunque non solo come laboratorio di significati, ma anche come conduttore degli stessi al di là del verbale (Granieri, 2011). In definitiva corpo come afferma Marsciani (2008) quale "luogo delle trasformazioni":

"In generale si può dire che il corpo è apparso come il luogo delle trasformazioni, tutte quelle trasformazioni "reali" per le quali il sensibile diviene intelligibile e viceversa, il biologico diviene mentale e viceversa, il naturale e il culturale si riversano l'uno sull'altro. Il corpo è il grande trasformatore, traduttore, luogo delle trasposizioni, dei trasferimenti; corpo come cerniera, come relais, come convertitore, come luogo dei rovesciamenti e delle metamorfosi" (Marsciani 2008; 189).

Questo l'aspetto più "astratto" di un corpo che concretamente vive e attua le sue funzioni attraverso un corrispettivo neurobiologico dato dall'ormai assodata scoperta che il Sistema Nervoso, il Sistema Endocrino e il Sistema Immunitario comunicano tra loro, non lasciando quindi alcun dubbio rispetto all'evidenza che questo vada considerato in un sistema di interscambio con la psiche, nella loro matrice squisitamente relazionale (Panksepp, 1998). Per questo motivo non possiamo indagare il nostro corpo a prescindere da noi stessi, perché lo abitiamo e, al tempo stesso, abitano in lui moti fisici di sangue, ossa, organi, che non si esauriscono nella loro descrizione fisiologica ma che creano rimandi e intrecci con la nostra esperienza emozionale e psichica. Quindi la vera differenza non è, come aveva detto Platone, tra anima e corpo, ma, come aveva sostenuto Husserl (1931)³¹, tra corpo vivente impegnato in un mondo ed il cadavere ridotto a cosa del mondo (Nannini, 2005).

³⁰Rappresenta il I Assioma della comunicazione; per approfondimenti: P.WATZALIWICK J.JAKSON L.BEAVIN *La pragmatica della comunicazione umana* ed. Adelphi, Roma (1972).

³¹ Per approfondimenti vedi: Husserl (1931), *Méditations cartésiennes. Introduction à la phénoménologie*. Colin, Parigi: (tr.it. dall'edizione tedesca *Meditazioni cartesiane*, Milano: Bompiani 1989).

1.2.1 SENTIRE “A PELLE”³²

“Esiste una serie di circostanze etologiche, psicologiche, psicodinamiche, anatomo-fisiologiche, patologiche e cliniche che, che insieme agli occhi fanno della pelle l'altro specchio dell'anima”
(L. Panconesi)

Mentre scrivevo, riflettendo e approfondendo la mia conoscenza sul corpo ed i suoi significati, cresceva in me la consapevolezza del fatto che molti di questi rispecchiano in buona parte quelle che sono le funzioni della pelle, in quanto organo di senso che ricopre l'intera superficie corporea, costituendo il primo mezzo di comunicazione³³, nonché il confine tra l'ambiente interno e l'ambiente esterno. La pelle infatti funge da modulatore nella relazione tra i due mondi e le dinamiche psicoaffettive dell'individuo, così che ogni volta che si verificherà un cambiamento ad uno di questi livelli, inevitabilmente quest'ultimo si rifletterà anche sugli altri in modo circolare (Panconesi, 1989). La pelle³⁴ costituisce l'involucro del corpo, assolvendo funzioni biologiche, adattive e difensive, e se pensiamo anche solo ad alcune delle funzioni che l'apparato tegumentale svolge dal punto di vista fisiologico, tra cui ad esempio essere la sede delle attività sensoriali, svolgere funzioni metaboliche e di termoregolazione del corpo, possiamo cogliere intuitivamente come le stesse siano il corrispettivo somatico di funzioni e significati simbolici psicologici, quali la comunicazione, il contenimento, i confini (Panconesi, 1989). Il legame tra pelle e psiche è lampante se consideriamo poi che pelle e Sistema Nervoso presentano la stessa base cellulare, sviluppandosi entrambi a partire dall'*Ectoderma* (Montagu, 1971). Già questa evidenza non dovrebbe lasciarci dubbi riguardo la loro stretta interdipendenza e molti studi recenti hanno contribuito a corroborare questa tesi, dimostrando ad esempio come attraverso specifici stimoli emotivi si possano provocare alterazioni dei potenziali elettrici della pelle, misurabili attraverso il Galvanometro³⁵ (Bassi, 1977). Ma esperienze più dirette e più vicine alla nostra quotidianità possono essere le reazioni cutanee

³² Brian Gick (1999) ha condotto uno studio presso l'*University of British Columbia* di Vancouver, i cui risultati sono stati pubblicati sulla rivista *Nature*, egli ha dimostrato che siamo in grado di usare qualsiasi organo sensoriale, così come qualsiasi parte del nostro corpo per acquisire informazioni sugli oggetti o l'ambiente.

³³ Primo senso che si sviluppa nel feto.

³⁴ Caratterizza circa il 20% del peso totale di un uomo adulto, ha uno spessore di circa mezzo millimetro (ad eccezione di alcune zone dell'epidermide in cui si presenta più spessa o più sottile) e può variare nel colore in relazione a fattori fisiologici e/o ambientali. Essa è costituita da tre strati: l'*Epidermide* che rappresenta lo strato epiteliale più superficiale; il *Derma*, di natura connettivale che rappresenta lo strato intermedio; l'*Ipoderma*, ricco di elementi adiposi (Bassi, 1977).

³⁵ Strumento che funziona traducendo impulsi elettrici in momenti magnetici.

spontanee a determinate emozioni, come il rossore quando si prova vergogna, l'eccessiva sudorazione quando si è ansiosi o il pallore quando ci si spaventa (Panconesi, 1989). La pelle dunque, costituendo l'organo di senso che si sviluppa per primo, si configura come il primo fondamentale mezzo di comunicazione con il mondo (Anzieu, 1974). Nell'embrione, infatti, il tatto è il principale senso attraverso cui il feto comunica con la madre durante i 9 mesi di gestazione; ancora durante il parto le stimolazioni principali che il neonato riceve sono cutanee e anche dopo la nascita è principalmente per mezzo del contatto corporeo-cutaneo che il corpo dell'infante interagisce con quello della madre (Trevarthen, 1979). Il primo legame affettivo si costituisce proprio grazie alla soddisfazione dei bisogni primari di contatto³⁶ e calore corporeo che si esprimono nel bambino attraverso l'*Intersoggettività primaria*, ovvero una competenza relazionale di base, non-verbale e geneticamente determinata, che permette al neonato di sintonizzarsi con lo psicosoma madre (Manfredi, Imbasciati, 2004; Trevarthen, 1979). Questa sintonizzazione avviene per mezzo di carezze, stimolazioni tattili e contatto corporeo, costituendo un sistema molto efficiente di scambi emozionali fondamentalmente non verbali, che resta attivo nell'individuo per il resto della vita ad un livello implicito e senza il quale sarebbe inconcepibile lo sviluppo umano (McDougall, 1990). È fondamentale a tal proposito il concetto di regolazione, ovvero la capacità del neonato di regolare i propri stati interni, di organizzare l'esperienza e di mettere in atto risposte comportamentali adeguate (Sander, 1962, 1987; Stern, 1985; Lichtenberg, 1989). Il processo di regolazione ha origine dall'interazione tra la capacità di *Intersoggettività primaria* del bambino (Trevarthen, 1980) e gli scambi interattivo-relazionali con la figura di attaccamento primaria, con l'obiettivo di favorire l'omeostasi del sistema (Sroufe, 1995). "L'interazione con il *caregiver* fornisce al bambino le strategie regolative primarie, che successivamente saranno da lui interiorizzate e generalizzate" (Vigna, 2011; p.63). Un passaggio fondamentale nell'infanzia sta proprio nell'acquisire la capacità di sperimentare, comunicare e regolare le emozioni, capacità che all'inizio della vita necessita di essere co-regolata dai partner adulti, in particolare dallo psicosoma madre, ma che diventa progressivamente auto-regolata se la stessa è *Sufficientemente buona* (Winnicott, 1971) e dotata di quell'essenziale intuito accuditivo che le permetta di capire quando deve ridurre o aumentare le stimolazioni nei confronti del bambino (Stern, 1987). Lo sviluppo psicosomatico dell'infante avviene dunque per mezzo

³⁶ Utilizzo il trattino per sottolineare che non basta il contatto, ma necessario è che questo avvenga, come si suol dire, contatto, ovvero con sensibilità e che sia opportuno.

di un cammino dalla *Dipendenza assoluta* all' *Indipendenza* (Winnicot, 1971). In linea con questo pensiero la Mahler (1975) considera nello specifico la pelle e le sue sensazioni come le fondamenta che permettono al neonato di cominciare a costruire i significati dell'esperienza, attraverso il passaggio da una *Relazione Simbiotico-dipendente*, in cui vi è il "fantasma di una pelle comune", ad una progressiva *Separazione-individuazione* dalla stessa, che consente il riconoscimento di una pelle propria e di un *Io* proprio (*Ibidem*). Ciò avviene grazie alla funzione epidermica di contenimento, che come afferma Bick (1968) è fondamentale per l'integrazione di quelle componenti più primitive della personalità del neonato, che sono prive di legami reciproci e che bisognano quindi di essere significate ed appunto integrate. E' proprio la funzione epidermica di contenimento che consente il passaggio dalla non integrazione all'integrazione, il discernimento tra mondo interno e mondo esterno e che ci permette di costruire uno spazio interiore per i nostri oggetti (Bick, 1968). Interessante in relazione a ciò è il concetto di *Io-Pelle* di Anzieu (1974), che sottolinea proprio le funzioni contenitive della pelle. Tale concetto fa riferimento alla rappresentazione dell'*io* del bambino, nelle prime fasi dello sviluppo, come entità in grado di contenere materiale psichico e che assolve tre funzioni: tener dentro sé gli oggetti buoni, fungere da *limen* tra il dentro ed il fuori e costituire una "corazza difensiva" in grado di proteggerci dalle aggressioni. Anzieu (1974) ancora definisce l'*Io-Pelle* come una parte della madre, in particolare le mani, che è stata interiorizzata e che consente alla vita psichica di funzionare mantenendo il corpo del bambino in uno stato di unità e solidità psicosomatica. L'infante, quindi mentre sperimenta la presenza esterna, costante e sensibile, attraverso il corpo della madre per mezzo del con-tatto e del calore della pelle, va costruendosi anche una presenza interna, che costituirà l'oggetto-madre interiorizzato (Anzieu, 1974). In assenza di queste fondamentali funzioni materne in relazione all'*Io pelle* il soggetto sarebbe in grado esclusivamente di operare identificazioni proiettive con conseguenti confusioni di identità. In definitiva la stimolazione tattile sul corpo del bambino, quando sensibile e funzionale ai suoi bisogni, consente di costruire un'immagine corporea ed un *Io* corporeo sani, contribuisce allo sviluppo dell'autostima e permette attraverso la modulazione adattiva dell'ansia di costruire le basi necessarie per le future funzioni modulative delle emozioni. Il contatto "a pelle" si connota così come uno dei principali fattori predittivi di uno sviluppo psico-fisio-relazionale sano (Koblenzer, 1997).

1.3 COME CONCEPIRE³⁷ LO PSICOSOMA RELAZIONALE

“Il bambino nel ventre materno non è un essere distinto e separato, ma una sorta di prolungamento, sul quale vengono proiettati i desideri della madre, le sue speranze segrete, affinché si realizzino attraverso lui”. (Jacques Hochmann)

Più volte ho accennato fin qui che, se vogliamo cogliere in modo diretto la complessità di un concetto che interconnette corpo-psiche e relazione, dobbiamo fare riferimento alla gravidanza. Manfredi e Imbasciati (2004) a tal proposito scrivono:

“La gravidanza può essere considerata l’esperienza psicosomatica per eccellenza: è leggibile infatti una circolarità fra dimensioni più fisiche e quelle più psichiche, fin dall’inizio della gravidanza dove un evento psichico, dai mutevoli gradi di consapevolezza (dal desiderio di un figlio alla disponibilità a rimanere incinta) permette un rapporto sessuale- esperienza questa sia fisica che psichica- che dà avvio alla gestazione, la quale a sua volta, promuove ed incentiva processi mentali- in particolare di rielaborazione delle proprie esperienze passate e di progetti ed aspettative future- i quali, a loro volta, hanno una ricaduta somatica sull’andamento della gravidanza e del parto” (p. 71).

Questo punto di vista dei due autori, già abbastanza chiaro, merita però una spiegazione più approfondita. In questo intento farò perno sulle attuali tesi Micropsicanalitiche ³⁸ di Nicola Peluffo (2010). Tuttavia prima ritengo utile descrivere sinteticamente le dinamiche fisiologiche che interessano lo *Psicosoma relazionale madre*, dal concepimento alla nascita:

“In biologia nulla è più miracoloso della trasformazione di un ovulo fecondato in un organismo completo. Visto attraverso un microscopio l’ovulo non fecondato, argenteo e luminoso in un alone

³⁷ Il termine concepimento, sinonimo di concezione, deriva dal latino *cum capere*, cioè "accogliere in sé" o "prendere insieme" ed indica, nella sua prima accezione, l'atto del concepire un figlio (concepito). In senso figurato l'atto del concepimento o della concezione può indicare la nascita di un'idea, oppure prendere consapevolezza di qualcosa. Il significato arcaico del termine fa riferimento all'essere contenuto.

³⁸ Secondo le tesi Micropsicanalitiche la vita intrauterina lascia tracce profonde nella psicobiologia di ogni individuo.

di brillante luce rifratta, è inattivo come una fredda luna ma una volta fecondato lancia un'improvvisa onda d'urto sferica che si irradia verso l'esterno come una supernova, spazzando il vuoto circostante, L'onda d'urto si indurisce in un guscio protettivo che isola l'ovulo da eventuali intrusioni e contaminazioni, e blocca la migliaia di spermatozoi che si scontrano e si dimenano contro l'impenetrabile anello di fecondazione” (Fields, 2012; p 287).

L'embrione prende forma nel corpo materno in seguito alla fecondazione dell'ovulo da parte dello spermatozoo (che riesce a perforarlo per mezzo di *Enzimi litici*³⁹, inserendo nel suo citoplasma⁴⁰ il DNA paterno) e al successivo percorso dello zigote (ovulo fecondato) che arriva all'utero portando avanti il processo di fusione dei patrimoni genetici. In seguito inizia lo sdoppiamento della cellula uovo⁴¹ fecondata che nel frattempo si insedierà con le cellule figlie nell'endometrio uterino, pronto ad accoglierle⁴². Tale processo caratterizza il *Periodo Germinale* che va dalla fecondazione alle due settimane successive. Dalla seconda settimana all'ottava invece si parla di *Periodo Embrionale*, lasso di tempo durante il quale si iniziano a formare e differenziare tutti i principali apparati che costituiranno l'essere umano: *Ectoderma*, *Mesoderma*, *Endoderma*, e che una volta differenziati e formati daranno avvio al *Periodo Fetale*, che culminerà nella nascita. Ma entrando adesso nel vivo del tema, Peluffo (1976) per primo utilizzò la gravidanza per dimostrare come i processi somatici abbiano ripercussione su quelli psichici, che a loro volta esercitano la loro influenza su quelli somatici. Sulla scia delle intuizioni di A. E. Beer e R. E. Billingham (1974), egli considera l'embrione alla stregua di un allotrapianto (aggressivo), in quanto scarsamente compatibile con l'organismo materno. Lo zigote infatti porta con se anche il patrimonio genetico del padre, e insediandosi nell'endometrio, quindi dando avvio alla gestazione, dà vita anche a "(...) quell'intimo rapporto trapianto-ospite, parassitario o parabiotico"(p.39) che caratterizza la relazione psicobiologica madre-feto per tutti i nove mesi. La gravidanza dunque metterebbe a dura prova le difese immunitarie della madre, che naturalmente dovrebbero favorire l'espulsione di questo "trapianto d'organo per metà incompatibile". Tuttavia il sistema immunitario materno subisce una modifica

³⁹ Sostanze di origine cellulare che distruggono i microrganismi patogeni attraverso la rottura delle membrane cellulari (lisi); in alcuni casi possono danneggiare le stesse cellule dell'organismo che li produce (autolisi).

⁴⁰ Costituito da piccoli organi (organuli) in cui risiedono sostanze nutritive:sali, ioni, zuccheri, enzimi e proteine e buona parte dell'RNA.

⁴¹ Alcune delle cellule figlie andranno a costituire la placenta che contiene anche cellule derivate dalla madre. Per approfondimenti sul tema vedi: NATHANIELSZ, P. V. (1987), *Un tempo per nascere*. Bollati Boringhieri, Torino.

⁴² Mi riferisco ai "giorni fertili" del periodo dell'ovulazione.

caratterizzata dall'aumento della produzione di *Linfociti T regolatori*, da parte sia del trofoblasto che dell'organismo materno. Questi *Linfociti Treg* permetterebbero lo sviluppo del feto, ostacolando quella che dovrebbe essere una spontanea *Reazione di rigetto* per mezzo di una contro *Reazione di facilitazione*. “La gravidanza dal punto di vista somatico, è quindi contraddistinta da reazioni di rigetto controbilanciate da reazioni di facilitazione” (Marenco, 2011; p.77) il cui corrispettivo psichico fa riferimento alla dinamica inconscia del *trattenere\espellere*⁴³ (Peluffo, 2010). Approfondire la comprensione di questa reazione di facilitazione ci obbliga a fare un passo avanti rispetto a spiegazioni prettamente microbiologiche, partendo dal presupposto che se non si mettesse in atto non ci sarebbe altro fattore in grado di impedire la violenta azione di rigetto, dunque sarebbe minacciata inevitabilmente la sopravvivenza del feto (e della nostra specie). Secondo Peluffo (1976) il conflitto tra i due corpi, quindi somatico, avrebbe un corrispettivo psichico nella mente dello *Psicosoma relazionale madre*, che a sua volta si riverserebbe circolarmente sul primo. Ma tale aspetto psichico della vicenda non riguarderà sempre e solo la madre, infatti con il progredire della gravidanza anche il feto svilupperà risposte “proto mentali”. A tal proposito l'autore scrive:

“Una parte del sistema M (la madre) considera provvisoriamente F (il figlio) come una sua componente, la nasconde alle funzioni difensive della totalità di M stessa. In linguaggio psicanalitico, l'investimento narcisistico sull'immagine del figlio-pene avrebbe lo stesso significato (il corrispondente psichico) e la stessa funzione. Non si può parlare di un'azione somatopsichica assoluta della madre (ospite) verso il figlio (innesto), così come non si può considerare la cosa in senso inverso. Si potrà piuttosto parlare di azione parallela. Se partiamo, per comodità, dalla parte della madre, l'ipotesi sarà che l'embrione sia trattenuto, cioè il rigetto non avvenga (almeno per i mesi della gestazione) perché esiste un investimento narcisistico sulla malattia-figlio-pene della madre-sé-stesso” (Peluffo, 1976; p.48).

Quindi l'ipotesi di Peluffo (2010) è che sia proprio il binomio *Es-Inconscio*⁴⁴ a regolare la reazione di facilitazione, come del resto regola tutti gli altri processi psicobiologici. E'

⁴³ Dinamica che caratterizza la relazione tra soggetto ed oggetto per tutta la vita. Jones (1969) spiega il vomito delle donne gravide come uno sforzo inconscio di liberarsi di un oggetto estraneo e cattivo, mentre della stitichezza dice rappresenti una delle conseguenze principali dell'inerzia primaria (Peluffo, 2010).

⁴⁴ Daniel Lysek, ce ne fornisce una preziosa delucidazione: “L'es si definisce come la cerniera tra lo strutturale ed il pulsionale o, più precisamente, come l'insieme dei punti in cui una struttura energetica ingenera una forza pulsionale, che provoca a sua volta un movimento nell'energia. Esso forma la matrice cellulare nella quale lo psichismo si organizza

interessante notare, come nei casi clinici che l'autore riporta, lo stato di disequilibrio somatopsichico che caratterizza la gestazione, fa sì che nella madre vi sia la comparsa di fantasie e sogni su invasioni batteriche, come chiare rappresentazioni mentali delle dinamiche fisiologiche del sistema immunitario. In conclusione il rigetto quindi non avverrebbe in quanto la madre investe narcisisticamente sull'embrione-feto, poiché desidera possedere un bambino-pene⁴⁵, nonché un figlio-sé stessa, che plachi le angosce di annichilimento-perdita e le permetta di ri-sperimentare l'onnipotenza della diade madre-bambino dei periodi iniziatico e orale (Peluffo, 2011). A questo punto credo che sia chiaro che il concepimento non avvenga solo a livello biologico ma in sinestesia con quello psicologico. Quanto fin qui detto ci riconduce al termine che ho utilizzato nel titolo del presente paragrafo: "Concepire lo *Psicosoma relazionale*". Il mio pensiero ha seguito infatti una logica che simultaneamente si è sviluppata su due livelli di riflessione interconnessi tra loro: nell'intento di esplicitare le dinamiche della relazione psicobiologica madre-feto seguendo in concomitanza un percorso che gradualmente, attraverso quest'ultime ci avrebbe indotto a concepire mentalmente lo *Psicosoma relazionale*.

1.4 L'INDIVIDUO COME *PSICOSOMA RELAZIONALE*⁴⁶

Un sodalizio tra Neuroscienze e Psicanalisi

*"Il vero contatto fra gli esseri si stabilisce solo con la presenza muta, con l'apparente non-comunicazione, con lo scambio misterioso e senza parole che assomiglia alla preghiera interiore".
(Emil Cioran)*

Concependo la relazione psicobiologica madre-feto (Peluffo, 1976) come l'esempio per antonomasia di *Psicosoma Relazionale*, ho voluto sottolineare proprio l'importanza della relazione, senza la quale non avrebbe senso e fondamentalmente non sarebbe possibile

progressivamente, per mobilitazione co-pulsionale dell'energia, e inoltre interagisce con il somatico". - Lysek D., "Una riflessione micropsicoanalitica sulla nozione di inconscio", Bollettino dell'Istituto Italiano di micropsicoanalisi, Torino, n° 20, 1996.

⁴⁵ Il bambino rappresenta la "completezza fallica" della madre.

⁴⁶ Il corsivo al termine sarà usato fin qui, in quanto il paragrafo è esplicativo sul perché dello stesso.

concepire la vita. La tesi dello “psicosoma” che nasce nella e dalla relazione diventa la nostra "Chiave di Volta", tuttavia questa tesi necessita di ulteriori passaggi per essere corroborata. In un primo tentativo di raggiungere quest'intento faccio riferimento agli studi di Daniel J. Siegel (1999) e di Douglas Fields (2012). Siegel (1999) nel suo lavoro: "*La mente relazionale*", parte da una base neuroscientifica per dimostrare appunto l'ipotesi del fondamento relazionale dell'unità somatopsichica. Egli afferma che non solo la mente è il prodotto delle relazioni psicobiologiche, dunque anche il cervello con le sue strutture e funzioni, ma sostiene anche che le connessioni nervose sarebbero in qualche modo un riflesso delle "connessioni umane". Questo letto alla luce delle recentissime scoperte in ambito neuroscientifico non lascia ormai alcun dubbio. Le attuali ricerche infatti dimostrano che sono le *Cellule gliali*⁴⁷, non i neuroni, le principali regolatrici della mente e dei comportamenti più innati ed elementari di tutti i mammiferi (Fields, 2012). Dunque considerando ciò e considerando anche il loro ruolo attivo nella formazione e supporto delle sinapsi, nonché la plasticità⁴⁸ del Sistema Nervoso al cospetto dell'esperienza, l'affermazione di Siegel (1999) circa le connessioni nervose come riflesso di quelle umane non ci dovrebbe più stupire. Nello specifico sappiamo che la prima fase dei processi cerebrali plastici, avviene nel momento in cui si va modificando l'efficacia sinaptica in relazione alla neurotrasmissione, mentre i cambiamenti a lungo termine richiedono anche l'aiuto dell'espressione genica e la sintesi proteica, in modo tale da condurre non più un semplice cambiamento funzionale, ma anche strutturale, fisico, delle connessioni neurali che vengono, dunque, rimodellate in funzione dell'esperienza vissuta, determinando l'unicità di ogni singolo individuo (Downing & Zoeller, 2000). In un'ottica evolutiva “ogni minuto della nostra vita è subordinato al mantenimento dei sistemi vitali così come, allo stesso tempo, alla loro esatta modulazione e coordinazione in accordo ai bisogni di un corpo in costante evoluzione” (Fields, 2012; p. 346). Il principale centro di controllo di queste funzioni vitali è l'*Ipotalamo*, il quale contiene neuroni che inviano segnali per mezzo dei loro assoni alla *Ghiandola pituitaria*⁴⁹, situata al di sotto di esso, che a sua volta

⁴⁷ Sono cellule che, assieme ai neuroni, costituiscono il sistema nervoso, hanno funzione nutritiva e di sostegno per questi ultimi, assicurano l'isolamento dei tessuti nervosi e la protezione da corpi estranei in caso di lesioni. Per oltre un secolo, si credeva che non avessero alcun ruolo nella trasmissione dei segnali elettrici; recenti studi hanno screditato questa teoria. Alcuni tipi di cellule della glia producono molecole in grado di influenzare la crescita degli assoni, mentre il ruolo di altre, in particolare degli astrociti è principalmente quello di favorire la comunicazione.

⁴⁸ E' una caratteristica di fondamentale importanza in quanto sta alla base di processi di memoria ed apprendimento, oltre che degli effetti terapeutici in seguito ad iter farmacologici e riabilitativi.

⁴⁹ O ipofisi, consta di due lobi, strutturalmente e funzionalmente diversi, che controllano, attraverso la secrezione di numerosi ormoni, l'attività endocrina e metabolica di tutto l'organismo:

regola la secrezione di ormoni nel flusso sanguigno. Ciò mette in luce il chiaro legame tra il Sistema Nervoso e il Sistema Endocrino, facendoci cogliere la stretta interconnessione tra i sistemi cognitivi superiori e le emozioni (Fields, 2012). La mente in sostanza non può essere compresa solo come struttura, ma deve essere intesa anche e soprattutto come processo dinamico che emerge dalle attività del cervello, le cui strutture e funzioni sono direttamente influenzate dalla relazione con l'ambiente *tout court* fin dal concepimento. Quindi in tutte le fasi della vita e gli stadi di sviluppo, la mente, nella sua essenza squisitamente relazionale, può modificare le strutture, le funzioni e le connessioni neuro-anatomiche del cervello e la fisiologia del corpo, per mezzo della stretta relazione che intercorre tra la stessa, il Sistema Endocrino e il Sistema Immunitario (Panksepp, 1998; Fields, 2012). Siamo molto distanti ormai dalla concezione Freudiana di bambino pulsionale e di conseguenza di una patologia letta esclusivamente in chiave intrapsichica (Vigna, 2011). Negli ultimi anni le Neuroscienze e la Psicanalisi hanno costruito un dialogo molto significativo, che si è rivelato particolarmente fruttuoso dal punto di vista della comprensione di quei fenomeni e quelle dinamiche complesse riguardanti lo sviluppo dell'individuo. L'ipotesi dell'essere umano concepibile come *Psicosoma relazionale*, dal punto di vista delle Neuroscienze, trova conferma anche nella scoperta dell'esistenza dei *Neuroni Specchio* (Rizzolati & Sinigaglia, 2006). Questi neuroni si attiverebbero ogni qual volta si compie un'azione o la si osserva compiere da chi in un determinato momento interagisce con noi. Ciò mette in evidenza l'esistenza di una comunicazione pre-simbolica e al di là del razionale-consapevole, tipica nelle prime interazioni madre-bambino e fondamentalmente basata su posture, espressioni, gesti, movimenti muscolari ed emozioni, che assumo un ruolo chiave nella ricerca di tutto ciò che riguarda l'implicito e il non rimosso (Mancia, 2004). In particolare la ricerca psicoanalitica negli ultimi '60 anni, interessandosi anche all'osservazione del neonato, ha progressivamente spostato l'attenzione sullo studio delle dinamiche di una psiche non ancora formata. Questa "non ancora psiche" per formarsi necessita di movimenti identificativi e proiettivi, fondamentali nelle dinamiche relazionali madre-bambino (e paziente-terapeuta, considerando la corrispondenza lineare tra il lavoro di quest'ultimo e le funzioni materne di *Reverie* e *Funzione alpha* (Bion, 1962). Faccio riferimento all'ineffabilità e la concretezza delle dinamiche dell' *Identificazione proiettiva*, concetto che dobbiamo al contributo della Klein (1946), e le cui funzioni si configurano come il corrispettivo psichico-inconscio delle funzioni dei *Neuroni Specchio* (Mondello, 2011). Ma mentre la Klein (1946) segnalava il

carattere distruttivo e aggressivo delle suddette dinamiche, Bion (1962) ne dà un nuovo sguardo, affermando che i meccanismi dell'Identificazione proiettiva siano necessari al neonato per comunicare alla madre le proprie angosce, che necessitano di essere accolte e trasformate per essere in un primo momento vissute e supportate ed in seguito significate (Blandino, 2009). Quindi grazie a tali dinamiche lo psicosoma madre accoglie l'inesprimibile e l'indicibile dell'infante, dando contenimento a ciò che per quest'ultimo è causa di angoscia e turbamento. T. H. Ogden (1991) afferma: "Non esiste identificazione proiettiva senza interazione tra chi proietta (il proiettante) e chi riceve (il ricevente)..." (p. 14), sottolineandone il fondamento relazionale. Ancora Allan Shore (2003) enfatizza gli aspetti funzionali nei processi dell'Identificazione proiettiva, mettendo in luce il fatto che essi riflettono il carattere diadico ed intersoggettivo della comunicazione fin dalla nascita: il neonato è tutt'altro che passivo agli stimoli che riceve! (Mondello, 2011). Queste scoperte, così come quelle riportate in precedenza, hanno permesso un incontro tra Clinica Psicanalitica, Psicologia dello Sviluppo e Neuroscienze:

“Interazione e Intersoggettività tra madre e bambino hanno luogo all'interno di un intenso scambio emozionale che è insieme mezzo e contenuto della loro comunicazione. E la partecipazione del bambino alla co-regolazione è pensabile come frutto di competenza innata e contemporaneamente conseguenza delle stesse co-regolazioni emozionali primariamente affettive con la madre” (Mondello, 2011; p. 87).

Ribadiamo come le ultime scoperte neurofisiologiche sui *Neuroni Specchio* e sulle *Cellule gliali*, costituiscano un'ulteriore prova di questa teoria. Tuttavia per quanto concerne i neuroni specchio, gli autori sottolineano la necessità di distinguere nelle loro funzioni quelle che invece fanno riferimento alle capacità empatiche⁵⁰ in senso stretto. I neuroni Specchio infatti, ci consentono di comprendere solo l'aspetto *viscero-motorio* della condivisione dello stato emotivo dell'altro, meccanismo che starebbe alla base dello sviluppo delle capacità empatiche, ma che non è sufficiente per spiegarlo (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006). Lo sviluppo delle capacità empatiche in senso stretto, come vedremo nel

⁵⁰ Di recente è stata fatta la scoperta dell'esistenza di *neuroni-specchio super*, ovvero cellule che aumentano la loro attività mentre il soggetto svolge un'azione sembrano essere alcune cellule. Per approfondimenti si veda: Iacoboni, M. (2008). *I neuroni specchio. Come capiamo ciò che fanno gli altri*. Torino: Bollati Boringhieri.

secondo capitolo, dipende invece dalla qualità del legame di attaccamento, che comunque affonda le sue radici nel periodo prenatale ⁵¹(Jakel, 2011). In definitiva, l'ormai assodata "natura plastica" del sistema nervoso e la sua interdipendenza con il sistema endocrino e quello immunitario, in una visione generale, e le funzioni dell' identificazione proiettiva come corrispettivo psichico di quelle dei *Neuroni Specchio*, nel particolare, ci aiutano a spiegare e supportare l'idea di un individuo concepito come *Psicosoma Relazionale*: nell'essere umano infatti l'unità mente-corpo sarebbe inconcepibile e non concretizzabile al di fuori delle dinamiche relazionali.

⁵¹ Si ipotizza l'esistenza di una proto-relazione psicoaffettiva tra madre e bambino già nel periodo della gestazione (Baldari, 2011).

2. LA MATRICE RELAZIONALE DELLO PSICOSOMA:

Il ruolo dell'apprendimento precoce e delle tracce mnestiche implicite⁵² nella relazione somatopsichica

2.1 LE RADICI PRENATALI DEL SÉ

"L'essere umano viene piantato con tutta la sua filogenesi (paterna e materna) nel terreno psicobiologico della madre e i germogli delle radici psichiche che svilupperà saranno la matrice di ogni sua relazione psicosomatica futura" (Nicola Peluffo).

L'esistenza di una primaria forma di attaccamento madre-feto è ormai assodata da tempo, ma solo studi recenti hanno dimostrato che il processo di *Attaccamento prenatale* abbia ripercussioni sullo sviluppo dell'identità nel periodo post-natale per mezzo di un *Imprinting neurobiologico* che perdura nella memoria implicita per tutta la vita (Panksepp, 1998; Damasio 1999; Ledoux, 2002). Infatti nel corso della gestazione, l'emisfero cerebrale destro⁵³-coinvolto in particolare nella comunicazione delle emozioni-si forma nel feto in stretta interdipendenza con l'ambiente, ovvero lo psicosoma madre (Peluffo, 2010). Se consideriamo che il Sistema Nervoso, il Sistema Endocrino e il Sistema Immunitario comunicano tra loro (Panksepp, 1998), possiamo comprendere più facilmente, alla luce della relazione psicobiologica madre-feto (a carattere simbiotico-parassitario), i risultati delle ricerche di Dowling & Zoeller (2000), che hanno dimostrato come gli ormoni materni regolino l'espressione dei geni nel cervello del feto e come forti cambiamenti a livello ormonale nella madre inducano concomitanti cambiamenti dell'espressione degli stessi: cambiamenti che si mantengono anche in età adulta. Inoltre durante la gravidanza le cellule gliali materne, in particolare gli *astrociti*⁵⁴, agiscono da "apri porte" favorendo il rilascio di una quantità maggiore di ossitocina⁵⁵ nel sangue. Ciò grazie alle funzioni vitali regolate dall'ipotalamo che agisce sull'ipofisi inviandole assoni (Fields, 2012). Quest'aumento nel

⁵² Mi riferisco a tutto ciò che nel nostro psicosoma, ma nello specifico del tema del capitolo, ancora solo a livello corporeo e proto psichico, avviene a livello inconsapevole, sia inconscio, che comportamentale, che fisiologico.

⁵³ Mentre l'emisfero sinistro è adibito alle funzioni del linguaggio verbale, l'emisfero destro si occupa di aspetti, relativi alla comunicazione, molto più ampi, facendo capo a tutto ciò che riguarda il non verbale (Shore, 2003).

⁵⁴ Cellule gliali più numerose, in grado di influenzare gli assoni. Regolano l'ambiente esterno dei neuroni ed il loro rifornimento di sangue e si occupano del riciclo dei neurotrasmettitori rilasciati durante le trasmissioni sinaitiche. A livello embrionale gli astrociti, come tutti gli elementi della nevroglia (escluse le cellule satelliti e le cellule di Schwann), a parte la microglia di derivazione mesodermica, derivano dall'ectoderma del tubo neurale.

⁵⁵ Se ne tratterà in modo più approfondito nel paragrafo successivo.

sangue di ossitocina, per mezzo dell'azione delle cellule gliali, ci permette di comprendere anche dal punto di vista neurobiologico l'investimento narcisistico della madre sul feto e di completare il quadro già descritto con le teorie di Peluffo (2010). Infatti tale ormone ⁵⁶è il regolatore dei comportamenti di attaccamento, e non è certo un caso che la quantità dello stesso nel sangue aumenti notevolmente durante la gravidanza e l'allattamento, dunque quando l'individuo per sopravvivere necessita della relazione simbiotica con la madre a partire appunto dall'*Attaccamento primario (prenatale)*. Shore (2003) sottolinea a tal proposito che l'evoluzione dell'emisfero destro è profondamente connessa alla maturazione prenatale del Sistema Nervoso Autonomo ⁵⁷e dell'Asse Ipotalamico-Adreno-Pituitario, che regola le funzioni istintive del cervello rettiliano⁵⁸, inibendo le risposte legate alla paura, all'aggressività e allo stress e favorendo quelle relazionali. Solo un primo accenno questo circa le ripercussioni dell'esperienza intrauterina sul successivo sviluppo post-natale. Durante la vita prenatale la comunicazione è veicolata principalmente dalle affezioni del cordone ombelicale, che rappresenta il corrispettivo biologico del "flusso del *Legame interpersonale*" (Mott, 1959; Jakel, 2011; p.104): Il feto si nutre di tutto ciò che la madre gli offre, dunque anche delle sue vicissitudini psico-affettive *tout court* e risponde alle stesse attraverso una comunicazione squisitamente motoria che prova la sua sensibilità agli scambi affettivi (Manfredi & Imbasciati, 2004). Sontang (1966, in Manfredi & Imbasciati, 2004) nota attraverso i suoi studi, che lo stato di tensione nella madre provoca non solo un aumento della motricità nel feto, ma se protratto, si manifesta alla nascita con segni di iperattività, irritabilità, disturbi intestinali e della regolazione dei ritmi sonno/veglia. Inoltre molti studi recenti hanno dimostrato che lo stress vissuto dalla madre durante la gravidanza, se continuo ed intenso, compromette la crescita del feto e può influire negativamente sullo sviluppo del suo temperamento (Niederhofer & Reiter, 2004). Non c'è da stupirsi se leggiamo questi risultati collegandoli a quelli relativi alla ricerca di Dowling & Zoeller (2000) e alle evidenze scientifiche sull'interdipendenza dei tre sistemi ⁵⁹che regolano il nostro equilibrio psicosomatico. Tutti questi processi psicobiologici interattivi madre-feto, inoltre secondo Raffai (2006), dal punto di vista psicologico-inconscio, si sviluppano principalmente su tre livelli: il primo prevede la reciproca

⁵⁶ Ne approfondiremo gli aspetti nel successivo sottoparagrafo.

⁵⁷ Responsabile delle componenti somatiche dell'espressione emotiva

⁵⁸ Cervello arcaico.

⁵⁹ Sistema Nervoso, Sistema Endocrino e Sistema immunitario.

internalizzazione degli effetti dell'attaccamento fin dal concepimento; il secondo prevede la riattivazione nello psicosoma madre della propria esperienza pre e perinatale; il terzo infine fa riferimento alle fantasie materne sul proprio feto. La capacità della madre di percepire l'esistenza del feto dipende proprio dalla riattivazione, dovuta alla gravidanza, della propria storia pre e perinatale che, dando vita ad una *Rappresentazione Materna Positiva*⁶⁰, quindi sufficientemente integrata e sviluppata, diviene di sostegno fondamentale alla crescita del feto, in quanto ne costituisce la prima forma di *Legame interpersonale* (Jakel, 2011). Potremmo sostenere che l'attaccamento prenatale si metta in atto in relazione a queste dinamiche psichiche, in stretta interdipendenza con quelle neuro-endocrino-immunologiche, in particolare da quando la madre inizia a formarsi un'immagine mentale del proprio bambino sentendo il desiderio di allevarlo accudirlo e proteggerlo. Nel caso di una *Rappresentazione materna Negativa* ciò non avverrebbe, generando dinamiche di ostacolo ed inibizione alla crescita del feto, con lo strutturarsi nel prosieguo del percorso di sviluppo, di un sistema difensivo fondato sulla "scissione fondamentale dei bisogni esistenziali" (Jakel, 2011), in funzione della difesa dell'*Io*. Questa dinamica connota quella che viene definita esperienza di *Assenza primaria del legame*, in cui non si verificherebbe l' *Attaccamento primario*, e i processi di sviluppo del feto sarebbero ostacolati proprio dal vuoto relazionale (Jakel, 2011). Questi vissuti di vuoto e solitudine sono tipici nei casi in cui si evidenzia un *Narcisismo primario*⁶¹, che si costituisce come una difesa al trauma relativo appunto agli stadi pre e perinatali⁶² e che comporta la disintegrazione del Sé precoce per mezzo della *Resistenza primaria*⁶³ (Melzter, 1982; Jakel, 2011). Ma cosa dire circa la vita psichica del feto? Possiamo affermare che già durante la vita intrauterina vi sia nel feto una forma di *Protopsiche*,⁶⁴ a cui lo psicosoma madre, attraverso la relazione psicobiologica, offre contenimento, protezione e "cibo" per permetterne la formazione e lo sviluppo. Il feto infatti ha già un

⁶⁰ Vedremo in seguito come le funzioni dei neuroni specchio, e dunque i circuiti corticali interessati, si attivano anche stimolate da relazioni fantastiche, immaginate, interiorizzate (Oliviero, 2008).

⁶¹ Termine creato da Freud (1946) e sviluppato da B. Grunberger (1971) e A. Green rispettivamente nelle opere: *Gesammelte Schriften; Nom Nazissmus zum Objekt; Die Tote Matter*.

⁶² Un sintomo tipico è la paura della morte.

⁶³ Si tratta di una forte ambivalenza tra l'*Io* e la Relazione oggettuale.

⁶⁴ Denominazione introdotta da S. Ferenczy (1919) in riferimento all'insieme di processi riflessi da lui considerati prototipo della psiche, a cui la psiche evoluta ritorna quando regredisce: "Se dunque consideriamo l'insieme dei processi riflessi non soltanto come una specie di presagio della psiche, ma come un suo precursore, un abbozzo verso cui, pur nella sua complessità, la psiche più evoluta tende a regredire, troveremo meno misterioso il salto dalla psiche al soma e non ci parranno così stupefacenti fenomeni di materializzazione isterica con i loro appagamenti di desiderio ottenuti per via riflessa. Tutto ciò non è altro che regressione alla proto psiche".

*io*⁶⁵, che nel periodo prenatale (e nei primi mesi di vita) sarebbe per lo più confuso con l'Es. In quest'ultima istanza, secondo Peluffo (2011), vi sarebbe infatti la traccia filogenetica dell' *io*, "come forma di una tendenza all'organizzazione e alla mediazione tra l'attività energetico-pulsionale dell'entità psicobiologica e l'ambiente che la contiene" (p. 9). Detto ciò l'autore prosegue asserendo: "Se è così siamo costretti ad ammettere che l'istanza organizzativa sia presente sin dalla nascita e che la modalità narcisistica sia il capitale energetico che mantiene la sua organizzazione. In questo senso il narcisismo dell'*io* è fisiologico e lo staccarsene arduo"⁶⁶(p. 10). Inoltre tra le diverse ipotesi circa le origini dell'*io* è emerso un pensiero comune tra gli autori, ovvero il fatto che l'investimento narcisistico primario sia l'elemento che permette all'*io* di riconoscersi come entità alla ricerca dell'omeostasi e di agire in direzione della soddisfazione dei propri bisogni e desideri: "Questa è la via, secondo me, che congiunge una eventuale formazione egoica intrauterina con un *io* in ri-formazione dopo la nascita"(Peluffo, 2011; p. 10). Dunque alla luce di quanto fin qui riportato, il cosiddetto *Bondin prenatale*⁶⁷, complesso legame psicobiologico tra la madre ed il suo feto, va considerato in continuità con quello postnatale, in quanto entrambi si configurano come causa ed effetto della strutturazione neurobiologica e mentale del Sé dello psicosoma relazionale (Manfredi & Imbasciati, 2004).

2.1.1 IL SIERO DI CUPIDO

*"Abbracciate i vostri figli! Anche se loro, a volte,
sembrano non volere le vostre coccole!"
(Anonimo)*

Veniamo concepiti da una relazione psicobiologica, e per mezzo di un'altra relazione psicobiologica possiamo svilupparci fino alla nascita, venendo poi al mondo predisposti geneticamente e biologicamente a ricercare contatto e vicinanza di persone significative che si prendano cura di noi (Bowlby, 1958). Dentro di noi è forte e incontrollabile il desiderio di legarci a qualcun altro che ci faccia sentire calore, affetto e protezione, ma

⁶⁵ Il minuscolo per indicare che non si tratta ancora dell'istanza Egoica formata.

⁶⁶ L'autore evidenzia che al di là del narcisismo c'è la disorganizzazione e che se ci spingiamo ai confini tra lo psichico ed il biologico troveremo il terrore di dissoluzione appunto della forma biologica. Ciò può essere riassunto con il concetto "angoscia di vuoto" di Fanti (1981).

⁶⁷ Il termine "bonding", inglese, significa "legame, attaccamento"

quali le basi anatomiche e neurobiologiche di questa predisposizione innata? Negli ultimi 30 anni molti ricercatori si sono interessati proprio a questi aspetti e per mezzo di svariate ricerche, in diversi animali e anche nell'uomo, hanno cominciato ad esplorare proprio da questi punti di vista il comportamento di attaccamento. Dati recenti evidenziano che i *Peptidi neuroipofisari ossitocina e vasopressina*⁶⁸ sono i principali "regolatori" dei comportamenti pro-relazionali, tra cui: la formazione dei legami di coppia⁶⁹, i comportamenti parentali di accudimento, sia nei maschi che nelle femmine, la predisposizione ai comportamenti di attaccamento, i rapporti amicali e di affiliazione (Marazzini, Roncaglia, Piccinni, Dell'Osso, 2008). L'ossitocina, infatti, detto anche "Ormone dell'Amore", ha un ruolo fondamentale nel processo di sviluppo dello psicosoma, in quanto regola i bisogni relazionali e di cura attraverso un'azione diretta sul cervello rettiliano⁷⁰. Quest'ultimo che si configura come la matrice del cervello mammifero-emotivo, è la sede dei nostri istinti primitivi, e regola comportamenti atti alla sopravvivenza individuale per mezzo del soddisfacimento dei bisogni di base: fame, sete, sonno etc. Tali comportamenti sono riconducibili a loro volta all'effetto nell'organismo del rilascio di serotonina, ormone che viene prodotto dal nostro "secondo cervello"⁷¹: l'intestino, sede delle emozioni primitive (Panksepp, 2011). Quando il cervello emotivo si evolve da quello mammifero, viene a formare due sistemi: il sistema limbico, adibito al piacere e mediato dalla dopamina, e il sistema mesolimbico, regolato dall'ipotalamo, adibito alle funzioni affettive e mediato dall'ossitocina-vasopressina. Recenti studi hanno dimostrato che i circuiti neuronali ed i processi endocrini del sistema OXT⁷² sono presenti solo nei mammiferi, sostenendo in questa specie la fondamentale funzione evolutiva di controllo e inibizione dell'attività del cervello rettile, permettendo i comportamenti di cura e attaccamento (*Ibidem*). Il coinvolgimento di ossitocina e vasopressina in relazione alle

⁶⁸ Il ruolo di questi ormoni avrebbe una specificità di genere, con aspetti comportamentali mediati dall'ossitocina nelle femmine e dalla vasopressina nei maschi.

⁶⁹ L'alta ossitocina è proporzionale alla monogamia degli animali, mentre gli individui poligami, della stessa specie, hanno livelli di OXT più bassi e nelle femmine (*vole prairie*) aumenta la risposta sessuale recettiva orientata a formare una stabile relazione di coppia, stimolando il desiderio di vicinanza tra individui (Panksepp, 1998).

⁷⁰ L'ossitocina, infatti, è un neutralizzatore dell'acetylcolina che se presente a livelli alti può risultare tossica producendo atteggiamenti aggressivi.

⁷¹ Recente scoperta di Michael D. Gershon (1998), che afferma: "La teoria dei due cervelli poggia su solide basi scientifiche. Basti pensare che l'intestino, pur avendo solo un decimo dei neuroni del cervello, lavora in modo autonomo aiuta a fissare i ricordi legati alle emozioni e ha un ruolo fondamentale nel segnalare gioia e dolore. Insomma l'intestino è la sede di un secondo cervello vero e proprio. E non a caso le cellule dell'intestino producono il 95% della serotonina, il neurotrasmettitore del benessere. Nei prossimi anni potremmo scoprire che il cervello dell'addome è la matrice biologica dell'inconscio. Una scoperta importante per gli uomini quanto quella di Copernico sul sistema solare".

⁷² Sistema dell'ossitocina, neuropeptide più abbondante dell'ipotalamo.

diverse forme di attaccamento, da quella infantile a quella genitoriale, a quella di coppia, ha sollevato poi l'ipotesi dell'esistenza di vari circuiti neuronali implicati nella regolazione dei comportamenti riproduttivi, accuditivi e di attaccamento, e in generale di tutti i comportamenti pro-sociali. Alcune regioni dell'amigdala laterale e del setto laterale e le loro connessioni all'ipotalamo rostrale⁷³, ad esempio, risultano importanti per ciò che concerne i comportamenti di coppia e parentali, mentre i circuiti che collegano l'ipotalamo rostrale all'area ventrale tegmentale, sarebbero implicati nell'integrazione delle informazioni relazionali con la sensazione di gratificazione⁷⁴, dunque con i meccanismi di rinforzo relativi ai comportamenti pro-sociali (Marazzini et al., 2008). La maggior parte di queste regioni sono infatti ricche di recettori per l'ossitocina e la vasopressina. Nei primati inoltre, le aree limbiche implicate nei sistemi di attaccamento, processano in particolare stimoli di natura visiva e olfattiva, oltre che provenienti da altre modalità sensoriali, conferendo a quest'ormone un ruolo rilevante nell'apprendimento di stimoli di natura sociale. Ciò risulta molto interessante se collegato alle ricerche di Tronick (1989) e Trevarthen (1993a, 1979) circa le preferenze dei neonati agli stimoli di natura umana. Per di più l'effetto del rilascio di ossitocina, dovuto alla vicinanza e alle cure del *caregiver*, in particolare della madre, sembra avere un ruolo importante anche per quanto concerne l'acquisizione e lo sviluppo della *Memoria sociale*⁷⁵, in collaborazione con l'azione dei neuroni specchio. L'OXT migliora infatti le capacità di mentalizzazione⁷⁶ avendo effetto anche sulle capacità empatiche (soprattutto attraverso il contatto visivo⁷⁷). Questa scoperta se collegata alle ricerche di Fonagy (2001) ci fa comprendere come anche l'ossitocina abbia ripercussioni sul processo di dispiegamento del Sé (Panksepp, 2009): a partire dalla relazione psicobiologica madre-feto, che conferisce l'*Imprinting* alla natura del neonato, dalla nascita in poi i sistemi dell'ossitocina e della vasopressina saranno influenzati dalle esperienze relazionali precoci, tanto che la qualità dell'interazione tra la madre ed il suo piccolo può caratterizzare modificazioni durature della natura neuroanatomica e neuroendocrina dello stesso (Marazzini et al., 2008). Inoltre è interessante specificare che

⁷³ Area preottica mediale.

⁷⁴ Vissuto che a livello neurofisiologico viene permesso dai numerosi recettori di ossitocina presenti nel *nucleo occumbens*.

⁷⁵ Intesa come memoria inerente gli apprendimenti di natura relazionale, in particolare di natura implicita.

⁷⁶ Affronteremo il tema successivamente.

⁷⁷ Il sistema OXT è stato dimostrato essere disfunzionale e scarsamente attivo nei bambino con sindrome autistica. Infatti i bambini cresciuti in orfanotrofi o con inconsistenti cure materne evidenziano sintomi autistici con livelli molto bassi di OXT e sono soggetti a rischio di disordini emotivi e sociali (Panksepp, 2009).

sono le esperienze relazionali precoci e non l'arricchimento ambientale generico a costituire un ruolo cruciale nello sviluppo cerebrale e nei comportamenti dei mammiferi, e ciò lo possiamo leggere anche alla luce delle ricerche di Hofer (1981,1994) e Wang, Bartolome, and Schanberg (1996), che in seguito approfondiremo. Marazzini et al (2008) scrivono: "È possibile che l'ossitocina sia il mediatore in grado di tradurre esperienze precoci quali la nascita, l'allattamento al seno e altri aspetti dell'interazione madre-bambino, in modificazioni comportamentali a breve e a lungo termine": la mancanza delle cure materne sembra infatti alterare il normale sviluppo dei sistemi dell'ossitocina e della vasopressina nei bambini piccoli e – continuano gli autori- " potrebbe interferire con gli effetti calmanti e confortanti prodotti dall'interazione dei bambini con i *caregivers*" (pp. 60-61). Le prime esperienze di vita, per esempio, sembrano in grado di influenzare i processi di neurogenesi in risposta allo stress nel bambino anche da adulto, così come sono in grado di alterare anche in maniera persistente l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, specie in conseguenza di eventi stressanti. Dunque l'impatto e l'influenza nell'individuo delle primissime esperienze relazionali pre-peri e post natali, avrebbe un ruolo decisivo nello sviluppo dello stesso: questo, dal punto di vista endocrino, in quanto l'ossitocina e i suoi recettori, compaiono assai precocemente durante l'ontogenesi e, nelle prime due settimane dopo la nascita, in cui si riscontra un'iperproduzione marcata nelle aree cerebrali limbiche, che a loro volta sono implicate in particolare in tutti gli aspetti emotivi che soggiacciono alla relazione (Marazzini et al., 2008). L'"ormone dell'Amore"⁷⁸, (come in parte accennato nel paragrafo 2.1), in gravidanza, durante il parto e durante l'allattamento viene prodotto in gran misura nell'organismo materno, fungendo da ulteriore sostegno psicobiologico alla funzione materna di contenimento e accudimento e promuovendo il benessere relazionale tra i due partner (Panksepp, 2005). Questo va letto alla luce delle recentissime scoperte di Fields (2012) circa il ruolo fondamentale svolto dalle cellule gliali nel nostro sistema nervoso, in relazione alla particolare esperienza che ci troviamo a vivere. Lo scienziato scrive:

"In gravidanza, il velo sottile di membrana astrocitaria si ritira, esponendo maggiormente i neuroni che producono le ossitocine e i loro dendriti. Ciò a sua volta comporta un aumento del numero di siti vuoti in ogni neurone disponibile per la formazione di nuove sinapsi: l'azione

⁷⁸ Gli effetti dell'ossitocina come anti-stress, riduzione dell'ansia, riduzione della pressione, sul cortisolo, sulla diminuzione del dolore, sulla facilitazione dei rapporti affettivi, amicali e sociali fanno di questo nonapeptide uno dei più importanti elementi che promuove il processo di guarigione e quindi la salute globale e il benessere (Panksepp, 1998).

raddoppia così come il numero di sinapsi che si formano su un neurone contenente ossitocina in seguito al ritiro degli astrociti. Maggiori sono le sinapsi che stimolano il neurone, maggiori saranno le ossitocine rilasciate, preparando così la futura mamma alla nascita. Questo non è l'unico modo in cui il movimento degli astrociti ricollega tale parte del cervello. Oltre regolare l'ingresso sinaptico ai neuroni, gli astrociti controllano anche la consegna di ossitocina dall'estremità degli assoni di questi neuroni, dove il peptide viene scaricato nel sangue. Durante il parto e l'allattamento anche gli astrociti si ritirano dalle terminazioni nervose, agendo come aperture per consentire al numero maggiore di ossitocine di inondare i capillari ed entrare nel flusso sanguigno. La sola separazione tra i terminali nervosi e i capillari è costituita dagli astrociti. La prossima volta che vedrete un bambino che viene allattato tra le braccia di sua madre, starete osservando le glia mentre controllano le sinapsi dei neuroni e la produzione di ossitocine nel sangue. La nascita dei nostri figli e il loro nutrimento dipendono da queste cellule” (Fields, 2012; p 352).

Dunque i comportamenti materni di *Reverie* (Bion, 1962), così come la *Preoccupazione materna primaria* (Winnicott, 1965), possono essere spiegati, dal punto di vista neurobiologico, dal rilascio di quest'ormone a partire dal fondamentale ruolo degli astrociti, la cui azione e le cui funzioni sono strettamente dipendenti dall'esperienza vissuta, e dunque ci consento di spiegare la plasticità del Sistema Nervoso (Fields, 2012). L'ossitocina inoltre è il più importante ormone che sostiene la risposta para-simpatica di rilassamento, favorendo la sensazione di sicurezza, accudimento e protezione per mezzo della sua funzione inibitoria sulle aree del cervello rettiliano, che controllano tra l'altro anche le risposte aggressive, di paura e ansia (Panksepp, 2005). Ciò potrebbe spiegare, dal punto di vista endocrino, l'innata predisposizione dell'essere umano alla ricerca del contatto e dell'accudimento, e l'evidenza scientifica che le mamme che allattano hanno un migliore controllo endocrino e psicologico dello stress, con diminuzione dell'attività simpatica e aumento della parasimpatica. Al contrario, bassi livelli di OXT⁷⁹ sono stati riscontrati in madri che tendono a non curarsi dei propri bambini e ad essere meno presenti e sensibili rispetto ai loro bisogni di accudimento e cura (Marazzini et al., 2008). L'ossitocina dunque è il principale movente, dal punto di vista endocrino, dei nostri comportamenti relazionali amorevoli, stimolando e venendo stimolata dal “legame” a

⁷⁹ Molti altri sistemi neurotrasmettitoriali sembrano tuttavia implicati nella regolazione dei meccanismi di attaccamento: per esempio nel comportamento materno hanno un ruolo anche ormoni quali prolattina, oppioidi, dopamina e acido gamma-aminobutirrico (gaBa); è comunque fondamentale sottolineare che nessuno di questi sistemi neurotrasmettitori agisce e funziona indipendentemente dagli altri.

partire dalla relazione psicobiologica madre-feto, che si configura come la matrice del funzionamento o malfunzionamento dello stesso sistema OXT: ciò svela quindi il mistero dell'effetto magico delle famose frecce di Cupido.

2.2 DAL VUOTO ALLA LUCE

L'esperienza Psicobiologica del parto

"Nessuna donna "sa" come dare alla luce suo figlio, vive semplicemente questo miracolo mentre il suo cervello incoscio prende il comando" (D. Fields).

“Tutto lo sviluppo della sensorialità fetale sembrerebbe costituire una lunga preparazione finalizzata alla nascita, un modo di attrezzare il nascituro alla vita neonatale: la continuità in questa prospettiva sembrerebbe imporsi logicamente”, scrivono Manfredi e Imbasciati (2004). Posto tuttavia che vita intrauterina e post natale devono essere concepite in un *continuum* in relazione allo sviluppo dello psicosoma relazionale, come possiamo trascurare un evento così significativo come il parto-nascita? Il travaglio ha inizio quando l'ipotalamo del feto invia segnali ormonali ⁸⁰alla placenta⁸¹ che dà avvio alle contrazioni, anche se, come evidenzia Peluffo (2010): “Resta da capire come faccia l'ipotalamo a sapere che è arrivato il momento di mettere in moto la reazione ormonale che attiva tutto il processo (p.34)”. Nonostante questo quesito resti ancora irrisolto, è chiaro come il nascituro sin dal periodo pre-natale sia già, in parte, “artefice del proprio destino” (*Ibidem*). Inoltre è noto che, durante il parto, il feto possa entrare in stato di asfissia⁸² e che la testa viene, come scrive Peluffo (2010), “brutalmente compromessa” (p.58). Mi sembra che a partire da questa immagine si possa già comprendere l'impatto che un tale evento possa avere (a livello implicito), sulla vita del nascituro. Il parto ha un significato simbolico molto forte, in quanto rappresenta la prima esperienza psicosomatica di distacco/perdita.

⁸⁰ L'ormone CRF libera corticotropina stimolando l'ipofisi che produce ACTH che a sua volta per via ematica arriva alle surrenali producendo cortisolo. Il cortisolo penetrando nel sangue arriva alla placenta in cui stimola la produzione di enzimi che convertono il progesterone in estrogeni dando avvio alle contrazioni.

⁸¹ Organo che costituisce un mezzo di comunicazione per gli scambi cellulari e metabolici tra madre e feto.

⁸² Per ipercinesia uterina.

Un distacco che lascia un *Imprinting* significativo nella vita bio-psico-relazionale di ciascuno di noi. Questo perché la relazione psicobiologica madre-feto si configura come legame simbiotico per antonomasia. Possiamo affermare quindi, rifacendoci alle teorie della Mahler (1975), che il parto rappresenti l'espressione corporea, più vivida e significativa del passaggio, tutt'altro che graduale, da uno stato simbiotico\fusionale ad uno di separazione\individuazione⁸³. Secondo la Bick (1968), ogni separazione viene vissuta come una vera e propria lacerazione nella carne e nel sangue⁸⁴, in seguito alla quale il bambino deve costruirsi una nuova pelle che funga da contenitore\sostituto e che permetta una sorta di autocontenimento. La Bick (1968) afferma ciò in relazione al concetto di *Identificazione adesiva*, ovvero uno stato psicofisico in cui non si può proiettare né introiettare nulla⁸⁵, in cui non c'è più distinzione tra spazio⁸⁶ e tempo⁸⁷, né tra mondo esterno e mondo interno. In relazione a ciò, credo che, nonostante per il nascituro ancora non si possa parlare propriamente di psiche, ma come abbiamo detto di protopsiche, il vissuto di cui fa esperienza durante il suo parto, in termini proto-psicosomatici è proprio questo descritto dalla Bick (1968). Durante questo "passaggio a nuova vita" infatti il bambino perde momentaneamente la madre (completamente assorbita dalle vicissitudini del parto) perdendo con quest'ultima anche il suo tempo, il suo spazio, il suo ambiente. Potremmo definire tutto ciò come "passaggio nel vuoto verso l'ignoto", certamente propedeutico alla nuova vita, ma che comporta, come già accennato, un trauma. Utilizzando le parole della Klein (1948) si potrebbe ipotizzare che il nascituro, in questa situazione, sperimenti in concomitanza con quanto precedentemente detto, una "primaria pulsione di morte", avvertita dall'organismo sotto forma di angoscia di annientamento, che in seguito alla nascita, proiettata all'esterno, darà l'avvio alle angosce persecutorie della fase schizoparanoide. Le più recenti teorie micropsicanalitiche di Fanti (1981) credo siano molto pertinenti in relazione all'ipotesi appena formulata. L'autore infatti, rielaborando la metapsicologia freudiana⁸⁸, ipotizza a tal proposito che l'energia che caratterizza le entità

⁸³ Fondamentalmente corporea, il lattente dalla nascita fino ai primi tre-quattro mesi di vita infatti si trova ancora nella posizione schizoparanoide descritta dalla Klain nel suo saggio del 1959; tale posizione è connotata da un'angoscia terribile (di morte) provata nell'assenza della madre (persona buona e salvatrice).

⁸⁴ Penso alla perdita di sostanze organiche e di sangue durante il parto ed alla recisione del cordone ombelicale.

⁸⁵ Pensiamo allo scambio di sostanze nutritive dal corpo materno a quello fetale.

⁸⁶ Lo spazio è costituito dalla placenta e dal liquido amniotico, l'ambiente in cui il feto viene contenuto psicobiologicamente dalla madre-contenitore.

⁸⁷ Scandito dal battito cardiaco materno; vedi Peluffo (2010) pp.30-31.

⁸⁸ Fanti, nel rielaborare le teorie Freudiane, utilizza i paradigmi teorici della fisica dell'ultimo secolo.

sia contraddistinta da un lato da una tendenza alla destrutturazione (pulsione di morte), che corrisponderebbe “all’attrazione per il vuoto” e dall’altra un’esigenza di ristrutturazione, che farebbe invece riferimento alla “fuga dal vuoto” (pulsione di vita). Mentre la componente di morte si esprime con la propensione alla perdita del legame, la componente di vita spinge verso il legame. Tuttavia queste due spinte pulsionali non sono da considerarsi in contrapposizione, bensì legate in un movimento sinergico che si realizza in dinamiche di azione-reazione: nella madre la *Pulsione di morte-di vita*⁸⁹ prende corpo nell’atto stesso del partorire, nel nascituro dell’essere messo al mondo. Inoltre quest’ultimo, perdendo la placenta-madre, vive come dice Peluffo (2010, 2011) la prima esperienza di castrazione, prototipo di tutte quelle successive, perdendo anche una parte di sé. Anche la madre sperimenta una perdita significativa, infatti, con l’espulsione naturale dell’allotropianto fetto-pene, viene meno il suo stato d’onnipotenza dovuto alla ricostruzione di una parte mancante di sé (perde fondamentalmente la ricostruzione di sé stessa), (Peluffo, 2010). Dunque venendo meno lo "status" di madre-fetto-pene, deve far sì che l’investimento narcisistico lasci spazio a quello oggettuale. Questo passaggio corrisponde all’abbandono delle fantasie sul “bambino ideale”, tipiche delle madri in gravidanza, per abbracciare, mentalmente e fisicamente, il “bambino reale”(Marenco, 2010). Anche la madre quindi deve “fare i conti col vuoto”, con la paura dell’ignoto⁹⁰ che connota psichicamente il dolore del parto rendendolo anche sofferenza: una sofferenza propedeutica alla nascita di una nuova vita (Blandino, 2009).

2.2.1 IL TEMPERAMENTO: FATTORE GENETICO/RELAZIONALE

*“Va bene seguire la propria inclinazione, purché sia in salita”
(Roberto Gervase)*

E’ importante a questo punto, fare qualche riflessione sul temperamento infantile, in quanto costruito connesso con numerosi aspetti dello sviluppo della personalità dell’individuo e che ha un’indiscussa base genetica, quindi ereditaria (Attili, 1990). Allport (1937) definisce il temperamento come l’insieme di quei “fenomeni caratteristici

⁸⁹ Faccio riferimento alle due pulsioni concepite in relazione sinestetica e sinergica.

⁹⁰ La paura principe di tutte le paure. Faccio un parallelismo tra i vissuti sopra descritti e le dinamiche della terapia: anche i terapeuti hanno paura dell’ignoto, un passaggio che in realtà è propedeutico ad ogni terapia che si rispetti. L’analista deve sopportare ciò che non conosce e non sa, passare per mezzo del vuoto e dell’ignoto, e tollerare le emozioni ed i sentimenti che ciò comporta, dandogli contenimento. Solo così potrà permettere che dal lavoro congiunto con il paziente “nasca qualcosa di buono.

della natura emotiva dell'individuo, inclusa la sua suscettibilità alla stimolazione emotiva, la sua usuale forza e velocità di risposta, la qualità prevalente del suo umore" (p. 54). Fenomeni questi che, secondo l'autore, sono dipendenti dalla composizione costituzionale del soggetto, e perciò aventi base genetica. Tale definizione ci permette quindi di comprendere in particolare tre caratteristiche distintive: una base essenzialmente costituzionale, lo stretto legame con i vissuti emotivi e il fatto che il temperamento si definisca anche attraverso *pattern* comportamentali osservabili nell'interazione individuo-ambiente *tout court* (es.: tempi di latenza della risposta e suscettibilità). Ad oggi vi sono ancora molte controversie tra gli studiosi del temperamento nel tentativo di stabilire quali dimensioni concorrano a formarne una definizione coerente, e ciò in quanto i ricercatori, focalizzandosi su tre grandi aree del comportamento, quali le emozioni, l'attenzione e l'attività motoria, non sono riusciti a creare una teoria che le comprenda tutte in una visione unitaria (Bates, 1986). Tra i vari approcci ad esempio, vi è quello che potremmo definire "genetico", che si fonda sulla concezione del temperamento come un insieme di tratti basici di personalità a carattere ereditario, che si manifestano nella prima infanzia (Buss e Plomen, 1984); quello "emotivo" di Goldsmith e Campos ⁹¹(1962), che sostiene esista una stretta dipendenza tra tratti temperamentali e le emozioni primarie⁹², proponendo anche una distinzione tra *Espressione* del temperamento, che nel corso dello sviluppo dell'individuo può essere modificata dall'interazione con l'ambiente, e *Natura* del temperamento che invece risulta essere meno suscettibile al cambiamento; ancora l'approccio di Thomas, Chess, Birch, Herviz & Korn, (1963) ⁹³, che pur concependo il temperamento come un costrutto della personalità a base innata, ne coglie anche gli aspetti dipendenti dalla relazione e dal conseguente processo di sviluppo del bambino, considerandolo fondamentalmente uno stile comportamentale. In relazione a quest'ultimo approccio mi soffermerei per approfondirne qualche passaggio rilevante: Thomas, Chess et al. (1963) pur sostenendo il ruolo importante che l'ereditarietà svolge nel determinare le

⁹¹ Goldsmith e Campos (1962) sostengono che i tratti temperamentali sono a base genetica ma non necessariamente ereditari. Secondo gli autori il temperamento ha, dunque, natura emozionale e non include fattori cognitivi o percettivi.

⁹² Rabbia, tristezza, paura, gioia, disgusto, interesse e sorpresa.

⁹³ All'interno del loro approccio, gli autori, hanno individuato nove dimensioni temperamentali grazie ad uno studio longitudinale (New York Longitudinal Study, NYLS (1963); Thomas, Chess, Birch, Herviz & Korn, 1963) che ha seguito lo sviluppo di 133 soggetti dalla nascita all'età adulta. Le nove dimensioni riguardano: il livello di attività, la ritmicità o regolarità delle funzioni biologiche, l'approccio o ritirata come risposta a nuovi stimoli, l'adattabilità a nuovi stimoli, la soglia sensoriale necessaria per ottenere una risposta dal bambino, l'umore espresso dal bambino, il livello di intensità delle reazioni, la distraibilità e la persistenza nel portare a termine un obiettivo. Alla fine del loro lavoro sono giunti a tre tipologie temperamentali diverse in relazione al grado di adattamento dei bambini all'ambiente: temperamento facile, difficile e lento ad attivarsi.

caratteristiche temperamentalmente, affermano che le stesse non possano essere ricondotte solo ad una base genetica e/o emotiva: il temperamento deve essere considerato come un fattore dinamico che media l'influenza dell'ambiente sulla struttura psichica dell'individuo. Ciò significa che i tratti temperamentalmente subiscono l'influenza di quella che è l'esperienza interattivo-relazionale del soggetto: è proprio l'azione derivante da questo processo interattivo che può consolidare, alterare, modificare o sfumare uno o più tratti temperamentalmente presenti nell'individuo (Axia, 1994). A tal riguardo mi è sembrata molto interessante la posizione della Rothbart (1989), in quanto in continuità con il brevissimo *excursus* fatto fin qui, il suo approccio risulta più completo e complesso, riuscendo a cogliere quel *link* mancante tra le dimensioni costituenti il temperamento. L'autrice infatti considera non solo l'influenza dei fattori genetico-ereditari, emotivi e comportamentalmente in relazione alle dinamiche interattivo-relazionali, ma anche il ruolo attivo dell'individuo rispetto agli stessi, non tralasciando di osservare il concomitante e progressivo sviluppo cognitivo, che ne è interdipendente (Axia, 1994). La Rothbart (1989) considera in particolare due importanti fattori: la *Reattività* e l'*Autoregolazione*. La *Reattività* si riferisce alla facilità con la quale è possibile suscitare nel bambino delle risposte motorie, emotive ed affettive, secondo la cui qualità è possibile delineare una *Reattività positiva*, caratterizzata dalla capacità del bambino di esprimere stati d'animo appunto positivi per mezzo di sorrisi, vocalizzi, orientamento dell'attenzione e movimenti delle braccia diretti verso lo stimolo; e una *Reattività negativa* che si manifesta con sconforto, espressioni facciali di disagio ed evitamento dello stimolo. Questi processi reattivi sono influenzati a loro volta, in senso circolare, dall'intensità e dal grado di novità dello stimolo presentato e dallo stato interno del bambino. Uno studio longitudinale condotto dall'autrice ha riscontrato inoltre che differenze individuali nella reattività sono riscontrabili in bambini già dai primi tre mesi di vita, così come si sono evidenziate differenze individuali nei tempi e nell'utilizzo da parte dei neonati di canali specifici ⁹⁴coinvolti nella qualità delle risposte (Rothbart, & Derryberry, 1981). Anche Ricciuti, & Breitmayer (1988), hanno evidenziato come fin dalla nascita sia possibile riscontrare nei bambini delle differenze individuali nei comportamenti, in particolare in relazione all'espressione emotiva, all'umore prevalente, al livello di attività, al grado di socievolezza e all'adattabilità a situazioni nuove. Ciò ha dimostrato che è possibile individuare degli indicatori

⁹⁴ Per esempio: movimento sorriso, vocalizzi.

temperamentali precoci⁹⁵. Quest'ultimi in parte sono determinati geneticamente, in parte sono dipendenti nel loro sviluppo, dalla qualità della relazione psicobiologica madre-feto, che come abbiamo visto può determinare anche il cambiamento dell'espressione genica di quest'ultimo (Dowling & Zoeller, 2000). Tali differenze influenzano aree molto importanti del comportamento degli individui come l'attenzione, la consolabilità, la reazione allo stress, l'irritabilità, il livello di attività motoria, dunque non è possibile trascurare il peso che queste caratteristiche precoci del neonato possono avere nell'instaurarsi della relazione con l'adulto che si prende cura di lui. Le caratteristiche della reattività, se consideriamo il percorso fatto fin qui, sono quindi da considerare non solo determinate dalla qualità della relazione psicobiologica madre-feto, ma anche come antecedenti l'*Autoregolazione*. Questo secondo fattore considerato dalla Rothbart (1989), fa riferimento a tutti quei processi utili al bambino per riuscire a modulare le proprie reazioni agli stimoli esterni, facilitandole oppure inibendole; per di più, anche in relazione a tale capacità si sono riscontrate relative differenze individuali (Rothbart, 1989) comprensibili alla luce delle recenti teorie di Fields (2012) sulle cellule gliali. La glia infatti non solo controlla i circuiti inerenti la coordinazione fisica e la memoria muscolare, a partire dal cervelletto, ma cambiando forma e movimento, in virtù della plasticità cerebrale al cospetto dell'esperienza, può alterare, come abbiamo visto, la struttura del cervello, e quindi la sua funzione, in concomitanza alle funzioni del sistema endocrino e del sistema immunitario; ciò non solo in collaborazione con i processi mentali consci, ma anche con quelli inconsci (*Ibidem*). Gli aspetti evidenziati nella tesi della Rothbart (1989) risultano quindi fondamentali per poter cogliere il ruolo attivo del bambino nel suo processo di sviluppo e per poter comprendere la matrice relazionale del comportamento a partire dalla prima infanzia ed in continuità con l'esperienza prenatale. Ecco perché la linea teorica seguita dalla suddetta autrice nello studio del temperamento sembra essere quella più completa. La Rothbart (1989) infatti oltre a riconoscere nello studio di tale costrutto la componente neurofisiologica, ne sottolinea anche la componente psicologica focalizzandosi sulla relazione tra temperamento, relazione e sviluppo. Secondo questo punto di vista, ed in accordo con le ricerche di Dowling & Zoeller (2000), ci si aspetta che differenze individuali a livello genetico e neuro-endocrino-immunologico, strettamente connesse alla qualità della relazione psicobiologica madre-feto, determinino un *Imprinting* nel neonato,

⁹⁵ Tali indicatori sono: l'attenzione o la vigilanza, il livello di attività e l'irritabilità e sembrano influenzati, alla nascita, dal peso e dall'età gestazionale: neonati biologicamente più maturi tendono ad essere più vigili, meno irritabili e meno attivi dei neonati immaturi (Ricciuti, & Breitmayer, 1988).

che costituirà la *natura* del suo temperamento post natale. A questo punto, riprendendo la distinzione di Goldsmith e Campos (1962), tra *Natura* del temperamento ed *Espressione* dello stesso, possiamo continuare affermando che l'*Espressione* viene determinata, a partire dalla sua *Natura* e in un'ottica di continuità, dalla qualità delle prime interazioni madre-bambino che a loro volta avranno notevole influenza sui processi e sulla qualità dello sviluppo. In definitiva possiamo concludere sostenendo che anche il temperamento, con annesse e connesse caratteristiche genetiche, neuronali, endocrine, emotive e comportamentali, ha matrice relazionale, a partire dalla relazione psicobiologica madre-feto, che ne determina la natura costituzionale, proseguendo con le successive dinamiche relazionali postnatali, aventi un impatto centrale nello sviluppo del Sé dello psicosoma (Manfredi & Imbasciati, 2004).

2.2.2 INTERGENERAZIONALE⁹⁶ Vs TRANSGENERAZIONALE⁹⁷

Gli ideali, i talenti, la scelta dei partners e della professione, i sogni più dolci e le depressioni più nere, tutte queste nascono dall'alchimia secreta dall'incontro con i nostri genitori. La nostra storia è fondata sulla preistoria del loro passato" (E. Fromm).

Prima di passare al paragrafo successivo ritengo pertinente ed utile aprire una parentesi sui vissuti inconsci che si trasmettono generazione per generazione, (un po' come un codice genetico), e che attestano l'importanza delle esperienze passate e del passaggio *Intergenerazionale* o *Transgenerazionale* di contenuti psichici (Tavazza, 2006). Questo aspetto è interessante in quanto ancora una volta ci consente di comprendere quanto "l'implicito della relazione" sia essenziale nel connotarla e nel determinarne la qualità. Nella famiglia, primo laboratorio sociale del bambino, la cultura e la storia non sono veicolate infatti solo dai racconti verbali, ma soprattutto da gesti, atteggiamenti, comportamenti, che vengono trasmessi di generazione in generazione (Vigna, 2006). La nascita del bambino, (ma anche lo stesso concepimento), rappresenta per la coppia un "momento critico", da più punti di vista, in quanto il nascituro necessita di uno spazio fisico, psichico ed affettivo notevole, rivoluzionando l'equilibrio dei *partners*, che dovranno essere in grado di far fronte ai compiti evolutivi che tale evento comporta, tra cui appunto quello di vestire il ruolo di genitori. Dal punto di vista inconscio il bambino

⁹⁶ Trasmissione di natura positiva.

⁹⁷ Trasmissione di aspetti patologici e non rappresentabili.

incarnerà “non solo la coppia genitoriale, ma anche il vincolo che quest’ultima mantiene con la propria storia familiare, con le sue tradizioni, ideologie e rappresentazioni” (*Ibidem*, 2006; p. 94). La comunicazione, in particolare non verbale, e le dinamiche interattivo-relazionali, madre-bambino, (e padre-bambino), dunque la loro qualità e le loro caratteristiche, sono contraddistinte da particolari ricordi e memorie per lo più “non coscienti”, collegate alla storia relazionale precoce degli stessi genitori. Quest’ultimi quindi coinvolgono il bambino nel loro mondo inconscio, investendolo di particolari significati e identità, che spesso appartengono anche ad altri membri della famiglia, per far fronte al vissuto *Unheimlich* personificato in questo caso nel neonato. Ciò consente quindi di fare i conti con gli aspetti sconosciuti ed estranei del bambino, che attraverso queste dinamiche diventano più familiari:

“Il bambino diventa il luogo della proiezione dei fantasmi individuali legati alle più svariate dinamiche psichiche genitoriali, che rispecchiano la riattivazione di dinamiche infantili irrisolte di quest’ultimi. Il bambino è un enigma per i genitori, per loro risulta difficile trovare in esso <<se stessi>>. <<Diventare genitori significa dunque ritrovare i propri genitori>> (Cramer, 1989; p.30), con la conseguente riattivazione delle dinamiche relazionali che hanno caratterizzato tale rapporto” (Vigna, 2006; p. 96).

Riporto ancora una volta, in conclusione del presente, le parole di Cramer (1989), che, a mio avviso, presentano in modo vivido i temi che affronteremo nei successivi paragrafi e nel prossimo capitolo (dal punto di vista delle dinamiche inconscie):

“Per la coppia genitoriale il bambino può rappresentare colui che concede un’altra possibilità alle ambizioni frustrate dei genitori; colui che promette una relazione d’amore perfetta, proprio come la si sognava. Può essere il personaggio ideale che rimedia a tutti gli errori... Ma nello stesso tempo può essere il portatore della disillusione perché è quel doppio di noi stessi che disprezziamo, o la reincarnazione di un genitore detestato; o ancora perché porta con sé il segno del difetto e del fallimento, per via dell’aspetto, del sesso, di una malattia. Come può fare impazzire d’amore, il bambino può provocare inquietudine e perfino odio” (p. 11; In Vigna, 2006).

2.3 DAL CAOS ALL'ORDINE

“La dipendenza è parte intrinseca dell’umana condizione. A cominciare dalla simbiotica dipendenza dell’universo madre-bambino [...], rappresenta il nostro destino, insieme ad un’incessante lotta contro di essa, naturalmente. Prevedere ed evitare queste diverse dipendenze è, in un certo senso, disumano” (Joyce Mc Dougall)

La relazione è una tendenza innata nell’individuo per tutta la vita che permette (fin dal periodo prenatale in continuità con quello post natale) l’organizzazione del rapporto psichico, nonché il processo di *Personalizzazione*⁹⁸ (Winnicott, 1965). In questo senso l’evoluzione dello sviluppo segue un passaggio graduale dalla non-integrazione all’integrazione, partendo dal presupposto che il bambino è un sistema complesso, alla ricerca dell’organizzazione e in continua interazione ed influenza reciproca con l’ambiente *tout court* (Emde & Buchsbaum, 1993). Negli ultimi decenni, contributi come quelli dell’*Infant Research*, ci hanno permesso di comprendere in modo più approfondito quelle che sono le dinamiche inerenti lo sviluppo nei primi mesi di vita, con particolare riferimento proprio agli aspetti interazionali e alle capacità di regolazione del neonato (Ammaniti, 2001). La relazione in particolare in questa fase dello sviluppo psicosomatico si connota di tutti quegli aspetti relativi al non verbale (movimento, contatto corporeo, emozioni, affetti) che ne determinano la stessa matrice (Stern, 1985). Tali caratteristiche costituiscono il *focus* dell’interesse nello studio della qualità dei modelli interattivo-relazionali precoci, in particolare nell’ambito della diade madre-bambino (ma non solo, anche in una prospettiva triadica che vede l’interazione madre-padre-bambino⁹⁹ come un nucleo di competenze che, nello sviluppo affettivo-relazionale precoce, evolvono parallelamente a quelle diadiche (Fivaz-Depeursinge & Corboz-Warnery, 2000)). E’ innanzi tutto la qualità della *Preoccupazione materna primaria* (Winnicott, 1975) che costituisce per il bambino un ambiente favorevole o meno al suo sviluppo (anche se per farlo in modo funzionale necessita del sostegno di un partner-padre sufficientemente

⁹⁸ Processo che prevede l’insediamento della psiche nel corpo e che sta alla base della formazione di un Sé autentico.

⁹⁹ Tale prospettiva introduce un’interessante modificazione teorica in quest’ambito di studi ma anche la necessità di metodologie adatte all’oggetto di studio, in particolare la procedura osservativa del Lausanne Trilogue Play (LTP, Fivaz-Depeursinge, & Corboz-Warnery, 1999) costituisce un tentativo di introdurre un metodo pensato allo scopo di osservare e valutare la qualità delle competenze interattive precoci del bambino nel contesto della triade familiare in cui si trova inserito, evitando la ripartizione diadica che gli studi su questo tema hanno sempre percorso.

presente e rassicurante (Guarneri, Sergio, Di Caro, Bruno, 2011)). La *Preoccupazione materna primaria* è fondamentale affinché la madre possa adempiere alle funzioni di *Holding, Handling e Object presenting*, che permettono al neonato di non cadere in preda ad angosce di annichilimento e di investire sul proprio Sé attraverso un primo rispecchiamento nel Sé della madre (Winnicott, 1975). Quest'ultima deve saper sostenere e contenere la mente e il corpo del bambino, che inizialmente sono un tutt'uno con il proprio, deve dimostrare la capacità di manipolare il suo corpo attraverso carezze, contatto, pulizia etc. e la capacità di mettere a disposizione del neonato ciò di cui necessita. Tutto ciò deve però avvenire con sensibilità, tempi di latenza idonei e in modo funzionale, così che il bambino possa dar senso ai suoi bisogni: questo gli consentirà una progressiva integrazione psicosomatica che sta alla base di un Sé autentico. Questa comunicazione squisitamente non verbale consiste, come suggerisce Sander (1985), di microregolazioni reciproche che rappresentano la *conditio sine qua non* avviene il passaggio dalla coregolazione all'autoregolazione. E' infatti a partire da questi momenti di sintonizzazione reciproca che il bambino apprende a mandare messaggi sociali specifici, ai quali la mamma deve saper rispondere in modo funzionale per consentirgli di costruire un senso anticipatorio di risposta dell'altro, co-costruendo proprio una coordinazione interpersonale a partire dai ritmi biologici. La sincronia si sviluppa proprio come una conseguenza del fatto che ogni partner apprende un po' per volta la struttura ritmica dell'altro ed è in grado di modificare il proprio o l'altrui comportamento in maniera tale da potersi adattare a questa struttura (Stern, 1985). Ciò accade in quanto il cervello del neonato è predisposto a sintonizzarsi con l'ambiente fin dalla nascita¹⁰⁰, rendendolo, in relazione a quest'ultimo, vigile e responsivo (Vigna, 2011). In particolare i neonati sembrano avere delle preferenze per gli stimoli umani (come la voce e il volto) (Tronick, 1989; Trevarthen 1993a) manifestando di possedere, delle complesse capacità percettive, cognitive e interazionali, che permettono loro di essere in grado di rispondere e comunicare affettivamente ed emotivamente con il proprio *caregiver*. Stiamo riferendoci in particolare a quella che Trevarthen (1979) definisce *Intersoggettività primaria*. Questa innata capacità interattiva del bambino, geneticamente determinata, permette un processo regolativo bidirezionale tale per cui madre e neonato influenzandosi reciprocamente alla ricerca dell'omeostasi, costituiscono un vero e proprio "laboratorio affettivo", dal quale la motivazione

¹⁰⁰ Abbiamo visto nel paragrafo 1.4 la rilevanza a tal proposito dei Neuroni specchio, che spiegano dal punto di vista neurofisiologico le suddette capacità del bambino.

all'interazione è strettamente dipendente. A tal riguardo secondo la *Teoria della Regolazione affettiva* di Alan Shore (2003) queste primissime interazioni in interdipendenza reciproca con la maturazione delle funzioni cerebrali dell'emisfero destro (che nel primo anno e mezzo di vita del neonato si sviluppa in modo sorprendentemente veloce rispetto all'emisfero sinistro) comporterebbero l'emergere delle capacità di autoregolazione e mentalizzazione. Inoltre questi pattern interattivi che consentono lo scambio di informazioni fra la mente del bambino e quella del *caregiver* possono dare luogo a strategie organizzate, che si manifestano con risposte comportamentali tipiche nell'ambito della relazione di attaccamento. La mente del bambino infatti imparerà presto ad adattarsi al tipo di comunicazione co-costruito con la madre, e con il passare del tempo questi *pattern* relazione-dipendenti possono giocare un ruolo molto influente rispetto alle future capacità relazionali, costituendo veri e propri *modus operandi*, che verranno utilizzati in contesti più generali (Soufre, 1995). In tal senso possiamo definire la diade madre-bambino come la matrice fondamentale dello sviluppo fisiologico, psichico e relazionale dello stesso. Gli studi dell'etologo Hofer (1981, 1994) a tal proposito risultano molto interessanti, in particolare se letti alla luce della teoria di Anzieu (1974) dell' *Io pelle*¹⁰¹, in cui, come per altro abbiamo già visto, l'apparato tegumentale viene considerato come sostegno implicito dell'*Io*, che inizialmente necessita della funzione materna contenitivo\protettiva e successivamente acquista autonomia. Hofer (1981, 1994) infatti sostiene che l'interazione reciproca con la madre non solo regola il comportamento e la fisiologia del bambino, ma influenza anche la neurochimica del suo cervello in via di sviluppo e determina cambiamenti nell'espressione genica dello stesso; ciò alla luce della relazione simbiotica tra i due partner dell'interazione. L'etologo (1981, 1994) dunque evidenzia la rilevanza della stimolazione vestibolare della madre in relazione allo sviluppo delle capacità e del comportamento motorio del bambino e sottolinea anche l'importanza della termoregolazione, per mezzo del contatto cutaneo-corporeo, in quanto strettamente connessa alla velocità di maturazione dei tessuti cerebrali. In accordo con quest'ultima scoperta di Hofer (1981, 1994), Wang, Bartolome, and Schanberg (1996) hanno approfondito molti aspetti relativi alla stimolazione somatica da parte della madre, evidenziando una correlazione tra la stessa e la produzione dell'ormone GH¹⁰²e

¹⁰¹ Vedi paragrafo 1.2.1

¹⁰² Somatotropina, nota anche come ormone somatotropo, ormone della crescita, STH o GH (*growth hormone*).

dell'enzima ornitina decarbossilasi ¹⁰³. I risultati di questi studi dimostrano che i livelli di produzione di ormoni della crescita e di ODC aumentano notevolmente al contatto con la madre e scendono altrettanto notevolmente se il piccolo ne viene separato¹⁰⁴. Ma l'importanza del contatto corporeo viene ancora una volta dimostrata dal fatto che gli ODC non reagiscono all'emissione dell'ormone della crescita anche se il bambino viene nutrito da una madre sostitutiva non allattante che interagisce con lui o se viene stimolata la sua pelle per mezzo di una spazzola (*Ibidem*). Queste evidenze scientifiche portano Hofer (2006) a considerare i "fallimenti della crescita", come strettamente connessi a carenti o assenti sistemi di regolazione reciproca madre-bambino, che in seguito, in un'ottica di continuità, comprometterebbero anche il legame di attaccamento tra i due partner, il quale è considerato dallo studioso alla stregua di un processo regolatore. La dipendenza è quindi propedeutica all'indipendenza. I due partner della relazione devono sperimentare questo stato simbiotico-fusionale psicosomatico in quanto necessario per far sì che il neonato si senta contenuto dalla madre e la concepisca fantasmaticamente come un "utero mentale", in grado di dar senso all'esperienza che vive, che altrimenti resterebbe nel suo corpo e nella sua mente impressa in termini di un' "angoscia senza nome"¹⁰⁵. In sintesi questo bisogno di contenimento è tanto più forte quanto più debole ed immaturo è l'*Io*. Tutto ciò va inserito in una chiave di lettura che considera un modello psicobiologico della relazione mente-corpo-ambiente, in cui la presenza della madre per il proprio bambino è fondamentale per consentire a quest'ultimo di co-costruire *pattern* interattivo-relazionali che permettano, attraverso un graduale passaggio dalla dipendenza alla separazione-individuazione, un sano sviluppo dal punto di vista fisiologico, psicologico e relazionale, nonché la formazione di un Sé coerente e continuo, o riprendendo le parole di Winnicott (1974) un *Sé autentico*. Infatti il punto centrale su cui gli studiosi del Sé concordano, siano essi psicanalisti o neuropsicologi, è che questo costrutto emerga sempre da una qualche forma di relazione, interna o esterna. A tal proposito se consideriamo la teoria kohutiana dell'*Oggetto-Sé* e la connettiamo a quanto fin qui riportato, possiamo asserire come affermano Todarello & Porcelli (2002) che la concezione degli oggetti-Sé può essere allargata a quella di *Oggetti-Sé regolatori psicobiologici*, da cui dipende la salute

¹⁰³ ODC.

¹⁰⁴ Interessante leggere questi risultati alla luce di quanto riportato nel paragrafo 2.1.1

¹⁰⁵ Le paure del bambino, proiettate su una madre incapace di rêverie, gli vengono restituite come terrore senza nome (Bion, 1962).

somatopsicorelazionale¹⁰⁶ dell'individuo. Gli autori inoltre aggiungono che proprio per questi motivi una separazione reale o fantasmatica dagli stessi è spesso alla base di patologie psicosomatiche. Ma la capacità di *reverie* materna non consiste solo nel ruolo di contenitore, la madre infatti deve vestire anche il ruolo di *Scudo protettivo* in relazione alla molteplicità degli stimoli ambientali che investono il neonato fin dalla nascita e che se non filtrati possono generare quello che Khan (1979) definisce *Trauma cumulativo*. E' necessario che la madre protegga sufficientemente il bambino dagli stimoli ambientali che lo investono, poiché quest'ultimo non possiede la capacità di tollerarli e significarli, in quanto non ha ancora acquisito nessuna delle funzioni dell'*Io pelle* (Anzieu, 1974) ed il suo *Es* risulta fundamentalmente confuso con l'*io* (Peluffo, 2010). In definitiva la necessità del neonato di essere contenuto e protetto dalla madre è un'urgenza vitale per il suo sviluppo psicofisico e relazionale. Nel caso in cui tali funzioni della madre venissero a mancare o fossero carenti, il bambino sarebbe costretto a costruirsi una seconda pelle che funga da surrogato della prima e ciò comporterebbe con lo sviluppo la formazione di quella che Reich (1973) definisce *Corazza caratteriale*, nonché di un *Falso Sé* (Winnicott, 1965).

2.4 UNA BASE SICURA

La mia sola consolazione, quando salivo per coricarmi, era che la mamma venisse a darmi un bacio non appena fossi stato a letto. Ma quella buona notte era di così breve durata, ella ridiscendeva così presto, che il momento in cui la sentivo salire... era un momento per me doloroso... Qualche volta, quando dopo avermi baciato, ella apriva la porta per andarsene, volevo chiamarla indietro, dirle «dammi ancora un bacio» [...] (Marcel Proust)

Andiamo a vedere adesso come resta essenziale per la salute psicofisica del bambino sperimentare, un rapporto continuo di calore e intimità con la madre o con un suo sostituto che sia però una presenza permanente (Bowlby, 1969). Infatti la necessità di sentire la presenza dell'altro significativo, anche solo come oggetto interiorizzato, e di avere la sensazione di poter “contare” sulla stessa, resta un nodo fondamentale nella vita di ciascun

¹⁰⁶ Concezione globale dello stato di salute in cui corpo, mente e relazione sono visti in rapporto di interdipendenza reciproca.

individuo, e ciò Winnicott (1964) lo aveva colto molto bene scrivendo che ciascuno di noi ha una tendenza dominante che si realizza in una spinta interiore alla ricerca di un oggetto e verso quest'ultimo, tale che anche se un uomo è “ [...] abbastanza vecchio, tanto almeno da potersi fermare a riconsiderare il proprio passato, si accorge che tutte le sue molte e svariate attività, sia nella vita privata che in quella professionale, sono state dominate e coordinate da un'unica tendenza” (p.188). Mi sembra per altro che quest'idea di Winnicott (1964) si avvicini molto all'attuale definizione del concetto di *Attaccamento*.¹⁰⁷ Tale termine fa riferimento infatti al legame affettivo nei confronti di una persona, una cosa, un ambiente, uno stile di vita, che presenta tratti di dipendenza comprensibili a partire dal fondamentale e primo legame relazionale con la madre (Galimberti, 1999). Dunque per continuare nel percorso intrapreso alla ricerca dei processi attraverso cui si conquista l'integrazione psicosomatica, non possiamo quindi tralasciare di approfondire un aspetto centrale nello sviluppo, quale appunto l'*Attaccamento*. La *Teoria dell'Attaccamento* proposta da John Bowlby (1958) intorno agli anni '50 rappresenta un'integrazione tra le teorie psicanalitiche classiche e le osservazioni comportamentali del mondo animale a stampo etologico, con particolare attenzione alla relazione madre-bambino. Tale teoria rappresenta una sintesi esaustiva dei presupposti considerati fin qui, in quanto si fonda sul:

- 1) Viraggio dello sguardo psicanalitico all'individuo da un'ottica pulsionale ad una relazionale;
- 2) L'importanza dell'osservazione diretta del bambino e delle modalità interattivo relazionali con il *caregiver*;
- 3) Il passaggio dalla concezione di *Stadi di Sviluppo* a *Percorsi di Sviluppo*;
- 4) L'irrelevanza della distinzione tra innato e acquisito al cospetto della relazione;
- 5) Il carattere istintivo del legame di attaccamento;

¹⁰⁷ Il termine etimologicamente deriva dalla radice germanica *tac*, che significa “aderire”, da cui l'inglese *to take* ovvero “prendere” e il sostantivo latino *tactus* che sta per “contatto”, “tatto”, “tocco”.

- 6) L'importanza dei sentimenti nello sviluppo sociale e cognitivo dell'individuo e la stretta interdipendenza di questi con le dinamiche e la qualità delle competenze relazionali;
- 7) Il fondamentale bisogno del bambino di sperimentare la vicinanza ed il calore di una *Base sicura*;
- 8) Il ruolo "attivo e competente" del bambino negli scambi interattivo-relazionali con il *caregiver*.
- 9) L'influenza delle esperienze relazionali precoci sulla qualità delle esperienze relazionali future.

Secondo la teoria Bowlbiana (1958), perché un legame possa essere considerato una *Relazione di Attaccamento* devono essere presenti almeno tre condizioni di base (Weiss, 1982): la ricerca della vicinanza tra la persona attaccata e la persona che offre attaccamento, la presenza di reazioni di protesta di fronte alla separazione, cioè la manifestazione di "comportamenti di attaccamento"¹⁰⁸, ed infine lo sviluppo di una *Base sicura*, ovvero quella fondamentale sicurezza nel bambino in relazione alla presenza della madre (o del *caregiver*), necessaria e funzionale all'esplorazione dell'ambiente. La funzione di base sicura che nei primi anni di vita corrisponde alla presenza fisica della madre in quanto corpo che contiene e significa, diviene in seguito per mezzo dell'interiorizzazione dei comportamenti e degli affetti suscitati dalla stessa, un oggetto interno in grado di consolare e proteggere. "Potremmo dire quindi che, così come Freud ha trovato nel concetto di pulsione il ponte tra lo psichico ed il somatico, allo stesso modo Bowlby individua il ponte tra la biologia e lo sviluppo psichico individuale nel concetto di base sicura" (Blandino, 1999; p.326) Questo concetto, introdotto da Mary Ainsworth (1978), è stato particolarmente valorizzato da Bowlby (1988) che ne ha sottolineato la forza spiegando come un bambino, per esplorare in modo sereno l'ambiente, abbia bisogno di sentirsi sicuro, di poter ritornare "sapendo per certo che sarà il benvenuto, nutrito sul piano fisico ed emotivo, confortato se triste, rassicurato se spaventato" (p.10). Il bambino

¹⁰⁸ Comportamenti quali accuse, grida, pianti, che hanno lo scopo di richiamare la figura di attaccamento quando si allontana o non è disponibile.

necessita di percepire la madre come una base sicura, in quanto nel prosieguo del suo sviluppo il suo interesse, grazie a questo sentimento, si sposterà progressivamente da uno “sguardo fisso alla madre” ad uno sguardo verso l’ambiente, che sentirà l’esigenza di esplorare funzionalmente al progressivo processo di individuazione dalla stessa. Inoltre il comportamento di attaccamento si sviluppa in concomitanza dell’acquisizione da parte del bambino di capacità cognitive¹⁰⁹ quali la *Permanenza dell’oggetto* e il riconoscimento della situazione, che si manifesta dal punto di vista comportamentale con segnali quali il pianto, il seguire o il sorriso (Blandino, 1999). Facendo una digressione a quanto esposto nei precedenti paragrafi, ciò accade in concomitanza al passaggio nell’atteggiamento materno dalla *Preoccupazione materna primaria* alla consapevolezza che basta essere una madre *Sufficientemente buona*, ovvero in grado di presentare al suo bambino l’ambiente del quale fa parte, ma a “piccole dosi”, e attraverso una progressiva, sensibile e funzionale disillusione (Winnicott, 1974). Il neonato necessita di questo atteggiamento materno per divenire competente da un punto di vista relazionale e inoltre:

La capacità del bambino di reagire in modo sano ad una separazione, cioè ad una temporanea inaccessibilità della figura di attaccamento o a una perdita di essa in modo permanente, dipenderà da come si è svolto il processo evolutivo e dal tipo di rapporto che è riuscito a stabilire con le figure significative [...] Bowlby infatti nota come il comportamento del bambino che è stato separato dalla figura di riferimento sia simile a quello che gli adulti mettono in atto di fronte ad un lutto: il processo di elaborazione della perdita, allora, avverrebbe con comportamenti diretti alla persona perduta, attraverso manifestazioni di ostilità, disperazione o richieste d’aiuto. (Blandino, 1999; p.327-328).

Il bambino attraverso la relazione di attaccamento con il *caregiver*, costruisce dentro di sé dei *Modelli Operativi*¹¹⁰ *Interni*,¹¹¹ che come abbiamo visto hanno radici genetiche ma che in seguito si sviluppano a partire dal progressivo formarsi di schemi cognitivo-affettivi, che regolano il suo comportamento e che a loro volta sono regolati dallo stile interattivo-relazionale dei due *partners*. I M.O.I. sono da considerarsi dei veri e propri “copioni” che il bambino mette in atto, dimostrando di avere un ruolo attivo ed adattivo nelle dinamiche

¹⁰⁹ Dal sesto all’ottavo mese di vita.

¹¹⁰ Sottolinea che la rappresentazione è un processo dinamico.

¹¹¹ Sta ad indicare che la struttura della rappresentazione è la relazione.

relazionali con l'adulto di riferimento; queste tracce mnesiche implicite, non sono altro che "generalizzazioni di eventi concernenti la relazione tra il Sé e le figure di attaccamento" (Vigna, 2006; p. 16), nonché organizzatori della vita psichica che fungono da guida nel comportamento relazionale futuro del soggetto (*Ibidem*). E' dunque fondamentale sottolineare come tale concetto faccia riferimento all'interiorizzazione della relazione e non solo dell'oggetto. Detto ciò se i M.O.I. hanno questa forte valenza predittiva rispetto alle modalità relazionali future, è possibile, in tal senso, che gli stessi siano implicati anche nello sviluppo del disagio psichico e di patologie. Per comprendere questo passaggio dobbiamo tuttavia completare il quadro teorico attraverso le teorie di Mary Ainsworth (1978) prima e Mary Main (1985) in seguito, che rifacendosi alla cornice teorica Bowlbiana, la approfondiscono rispettivamente attraverso il metodo della *Strange Situation*¹¹² e la strutturazione dell' *Adult Attachment Interview*¹¹³. Entrambe le autrici sebbene con strumenti e metodi differenti arrivano ad un comune punto: *La storia affettiva di ogni individuo è determinante per le sue future modalità relazionali.* La Ainsworth (1978) attraverso il suo paradigma è riuscita a individuare in particolare tre diverse tipologie di stili di attaccamento, predittive circa la capacità di regolare le proprie emozioni e la possibilità di mettere in atto comportamenti organizzati e congruenti con la situazione specifica. In particolare gli stili di attaccamento cui facciamo riferimento sono:

- "B" : *Attaccamento Sicuro*, ne fanno esperienza i bambini la cui madre rappresenta una base sicura;
- "A": *Attaccamento ansioso-evitante*, sono bambini che da parte della madre hanno sperimentato molteplici rifiuti rispetto ai propri bisogni di calore e affetto e si sono costruiti l'immagine di un *caregiver* su cui non si può contare in quanto rifiutante;
- "C": *Attaccamento ansioso-ambivalente*, ciò che caratterizza il legame è l'imprevedibilità della madre che si comporta talvolta in modo responsivo e sensibile e talvolta assente.

¹¹² Attraverso questo strumento la Ainsworth ha potuto dimostrare che i bambini sviluppano uno specifico modello di attaccamento(intorno ai 15-18 mesi), per ciascuno dei *caregivers* primari. La procedura è standard e consiste in otto episodi, durante i quali il bambino viene messo di fronte a condizioni di stress che lo portano a sperimentare gradi di tensione sempre più elevata. Ogni episodio dura tre minuti, permette all'osservatore di registrare i comportamenti esplorativi del bambino e le sue risposte emotive, sia in presenza che in assenza della madre.

¹¹³ Un'intervista semistrutturata, con lo scopo di stabilire il modello mentale dell'attaccamento degli adulti, investigato attraverso racconti relativi alle prime esperienze con i propri genitori. E' dunque prevista la rievocazione di esperienze passate del soggetto e la rielaborazione attuale di tali esperienze.

Ciò che è rilevante nei risultati delle ricerche dell'autrice è che la qualità delle cure genitoriali determina la sicurezza o meno dell'attaccamento nel figlio per mezzo di un processo di trasmissione intergenerazionale dello stile d'attaccamento. Proprio questa osservazione induce Main, Kaplan e Cassidy (1985) a sviluppare *l'Adult Attachment Interview*, riuscendo attraverso tale strumento, a trovare una relazione tra le esperienze di accudimento sperimentate dagli adulti durante la loro infanzia e il legame di attaccamento instaurato con i propri figli. L' A.A.I. ha permesso di individuare cinque tipologie di attaccamento adulto, tra cui: sicuro, distanziante, preoccupato, irrisolto, inclassificabile, e di integrare una quarta tipologia nello stile di attaccamento infantile, ovvero il tipo "D": *Attaccamento disorganizzato*, sul quale ci soffermeremo nel capitolo successivo. Sulla base di numerosi studi portati avanti in quest'ambito si è poi potuto affermare che vi sia effettivamente una trasmissione intergenerazionale dello stile di attaccamento e che questo sia mediato da una generazione all'altra dalla capacità dei genitori di narrare la propria storia in modo coerente, integrato e continuo, facilitando nel proprio bambino la costruzione di un sentimento di sicurezza, fondamento di un attaccamento sicuro (Vigna, 2006). Questa capacità del genitore è dipendente dal suo stesso sviluppo emotivo e cognitivo, in quanto riflette la capacità di poter comprendere i propri stati mentali e quelli del bambino, monitorandoli. Ciò rende un genitore sensibile e attento nel percepire gli stati affettivi del proprio bambino e nel distinguerli dai propri senza perdere quella funzionale "sintonizzazione" necessaria allo sviluppo e all'integrazione delle medesime capacità nel bambino:

E' da notare però che la ricerca ha anche messo in luce l'esistenza di una relativa discontinuità dei M.O.I., ovvero che il mantenimento delle caratteristiche di attaccamento negli anni può essere in parte influenzato da altri fattori. In particolare è emerso che le relazioni successive ai primi anni di vita o il cambiamento di quelle esistenti, possono essere veicoli della continuità o della discontinuità dell'attaccamento. Questo porta a concludere il fatto che i modelli di attaccamento contengono in se una dote predittiva, ma non causativa: la teoria dell'attaccamento è, pertanto, un approccio che tenta di dare conto, attraverso un'ottica etologica, del complesso ruolo che le emozioni e la cognizione hanno nello sviluppo umano (Blandino, 1999; p.333).

2.4.1 MOLTO PIU' CHE UN SEMPLICE RIFLESSO

"I figli degli uomini fra i piccoli di tutti gli animali, sono i più difficili da trattare"
(*Fatone*)

Alla luce di quanto riportato, nel presente e nei precedenti paragrafi, possiamo affermare che la regolazione emotiva è un processo fondamentale che connota tutto l'arco dello sviluppo dell'individuo e che si attua fondamentalmente su due livelli relazionali: uno fondato sulla ricerca reciproca dell'omeostasi, quindi fondamentalmente centrato alla regolazione degli stati interni e con una funzione adattiva; l'altro più squisitamente motivazionale, che opera in funzione di noi stessi e degli altri,¹¹⁴ alla ricerca dell'autoregolazione. Quest'ultima è una capacità più complessa e sofisticata che si sviluppa nella relazione parallelamente allo sviluppo delle capacità cognitive, permettendoci di dar senso e significato alle nostre ed alle altrui azioni, ma il primo livello di regolazione affettiva, ovvero quello alla ricerca dell'omeostasi, ne resta propedeutico allo sviluppo (Fonagy, Gergely, Jurist, Target, 2002). Da questo risulta evidente l'importanza delle emozioni per lo sviluppo dello psicosoma relazionale, in quanto ogni nostro comportamento ne è indissolubilmente collegato e profondamente influenzato, al tal punto che non sarebbe possibile spiegarlo, quindi comprenderlo, senza fare riferimento ai vissuti emotivi sottostanti (Damasio, 1998). Le emozioni permettono infatti processi integrativi essenziali, che svolgono un ruolo centrale nel collegare le diverse attività e funzioni della mente e nell'attribuire significato all'esperienza: la regolazione delle emozioni è alla base dei processi di organizzazione del Sé, e le comunicazioni emotive che si stabiliscono tra genitore e figlio influenzano profondamente lo sviluppo delle capacità di autorganizzazione di quest'ultimo (Granieri, 2011). La capacità di regolare le emozioni infatti emerge precocemente, nell'ambito di relazioni di attaccamento sicuro, in cui forme di comunicazione basate sul rispecchiamento reciproco degli stati interni, dunque su dialoghi "riflessivi" con il *caregiver*, permettono al bambino di sviluppare una coerenza interna e funzioni mentalizzanti, tali per cui gli sarà gradualmente permesso di interiorizzare rappresentazioni cognitivamente accessibili agli stati mentali del proprio Sé (Fonagy et al., 2002). Ciò renderà il bambino sempre più abile nel riconoscere e significare i suoi stati emotivo-affettivi interiori e nel comprendere e riconoscere quelli altrui. Già Ferenczy (1927, 1928, 1931) e Winnicott (1965) avevano colto l'importanza

¹¹⁴ Persone che si relazionano a noi.

delle “funzioni specchio” del *caregiver* in relazione agli stati emotivi del bambino (per quest’ultimo ancora inconsci), in quanto costituenti le fondamenta delle successive capacità di simbolizzazione degli stessi. In altre parole un genitore che non mette in atto in modo funzionale questi processi, lascerà il bambino in uno stato di confusione rispetto ai propri vissuti emotivi, che nel prosieguo del suo sviluppo comprometteranno la costruzione di un senso del Sé coerente e continuo, dunque integrato (Granieri, 2011). Questo ancora una volta ci rimanda l’importanza di porre la giusta attenzione alle dinamiche relazionali precoci madre-bambino, in quanto hanno un ruolo basilare nello sviluppo normale o patologico dello stesso, rappresentando anche il mezzo attraverso cui riusciamo a distinguere tra la nostra realtà interna e quella esterna. Quando le figure di accudimento, in particolare la madre, agiscono come base sicura, mostrandosi sensibili al rispecchiamento degli stati interni del bambino, quest’ultimo progressivamente scopre che tale comportamento è dovuto ad uno specifico stato mentale, ed è intenzionale. Una volta acquisita questa consapevolezza, frutto del dispiegamento di una capacità relazionale innata e di una capacità biologicamente predisposta a sintonizzarsi con il comportamento dell’altro, via via il bambino impara a interpretare oltre che i propri stati mentali, anche quelli di chi si relaziona con lui, e ad agire sugli stessi (Fonagy et all. 2002). Fonagy (2001) si è interessato proprio allo studio di queste dinamiche, riuscendo a trovare un punto di incontro, attraverso il concetto di *Mentalizzazione*, tra le teorie sull’attaccamento e relativi M.O.I. e le teorie psicanalitiche. La mentalizzazione si configura infatti come la capacità che si acquisisce progressivamente, grazie alla buona qualità della relazione di attaccamento, di comprendere il comportamento proprio e altrui in termini di stati mentali e di distinguere tra realtà e fantasia. L’adulto dunque costruisce, grazie al rispecchiamento degli stati mentali del bambino, quell’impalcatura che consentirà a quest’ultimo di erigere un ponte tra la propria realtà interna e quella esterna, tra il reale e l’immaginario. Ma la capacità di rispecchiamento da parte dell’adulto non è un semplice riflesso degli stati affettivi e mentali del piccolo (fosse tale lo lascerebbe in uno stato di angoscia non gestibile), si configura infatti come l’abilità del genitore di percepirli e significarli, restituendoli “bonificati” grazie alle capacità di contenimento (Bion, 1962), essenziali per far sì che il piccolo possa sviluppare la mentalizzazione:

Emerge quindi la relazione tra mentalizzazione e funzione riflessiva, dove quest’ultima è l’ingrediente fondamentale affinché si sviluppi una mente in grado, per dirla con Bion, di

<<pensare pensieri non pensati>>, ovvero di entrare in contatto con la realtà in modo autentico, attraverso la capacità di sintonizzarsi emotivamente con l'altro, con i suoi bisogni e le sue credenze. E' infatti la funzione riflessiva a permettere al bambino non solo di esplorare il significato delle azioni altrui, ma anche di etichettare e dare significato alla propria esperienza” (Blandino, 1999; p 336).

In altre parole, grazie alla presenza di una madre sufficientemente buona, ovvero in grado di rispecchiare, regolare e contenere gli stati interni del bambino e di presentargli il mondo a piccole dosi, viene consentita una progressiva integrazione psicosomatica, alla base di un Sé coerente, che si realizza grazie all'intrecciarsi di capacità emotive e cognitive sempre più complesse e interconnesse, che Fonagy et al.(2002) individuano coerentemente nell'*Affettività mentalizzata*. Tale capacità matura di regolazione affettiva, fa riferimento alla consapevolezza dei propri affetti mentre li si sperimenta. Ciò gioca un ruolo fondamentale nel dispiegarsi del senso del Sé e del senso di *Agency*¹¹⁵ favorendo lo sviluppo di “capacità relazionali adulte” e funzionali (Fonagy et. all, 2002). Discostandosi leggermente dalla formulazione originaria di Bowlby (1988) in cui l'esperienza precoce è generatrice di M.O.I., gli autori Fonagy, Gergely, Jurist, Target (2002) sostengono che l'esperienza precoce, attraverso il suo impatto sullo sviluppo psicobiologico, determini l'impronta delle modalità relazionali future, tuttavia tale impronta può essere soggetta a “cambiamenti” dovuti alla qualità delle varie relazioni successive: essa certamente può renderci “rigidi e inconsciamente coartati a ripetere” le dinamiche relazionali sottese, ma può anche, se a carattere insicuro, essere modificata ¹¹⁶attraverso nuove e più funzionali esperienze relazionali, in grado di modificare quei *modus operandi* rigidi e vincolanti, appresi precocemente.

¹¹⁵ Sentire di avere effetto e di essere agenti attivi in relazione alla propria vita e agli altri.

¹¹⁶ Non fosse così, l'intervento terapeutico non avrebbe ragion d'essere.

2.5 “SINAPSI RELAZIONALI”

“Bisogna avere sempre una mente aperta, ma non così aperta che il cervello caschi per terra” (Piero Angela)

Abbiamo già accennato come la relazione abbia un’influenza fondamentale sul cervello, e come le esperienze relazionali, specie quelle precoci, siano strettamente connesse a quelle fisiologiche adibite alla modulazione delle risposte emotive, alla regolazione delle funzioni dell’organismo, all’integrazione dei processi che controllano l’attribuzione di significato, e all’organizzazione della memoria (Siegel, 1999). Edelman (2007) basa la sua teoria del mentale proprio sul presupposto di una plasticità neuronale in virtù dell’esperienza, e afferma che fin dallo stato embrionale il cervello si sviluppa creando connessioni fra i neuroni in un modo unico ed irripetibile, strettamente connesso alle dinamiche della relazione psicobiologica con la madre, che determinerà lo sviluppo di alcune specifiche connessioni, piuttosto che altre¹¹⁷. La nostra unicità in quanto individui sarebbe dunque inscritta (a livello implicito) in questi processi psicobiologici già nel periodo prenatale. Abbiamo visto inoltre come le vicissitudini della relazione psicobiologica madre-feto possano avere effetti sull’espressione dei geni nel cervello di quest’ultimo (Downing & Zoeller, 2000), i quali a loro volta, contengono informazioni che consentono alle cellule neuronali di differenziarsi, di svilupparsi e anche di morire, determinando la formazione di specifiche connessioni neuronali. Dunque questi processi sarebbero al contempo, determinati geneticamente, e come sosterebbe Siegel (1999), “esperienza-dipendenti”¹¹⁸. Per ciò che invece concerne il cervello, quanto appena detto ci permette di comprendere la stretta interconnessione dei vari livelli vitali, in particolare in questo caso l’espressione genica, determinata dalla relazione simbiotica madre-feto, avrà effetti diretti sui processi di sviluppo dei circuiti neuronali, favorendo, ostacolando o modificando specifiche connessioni (Edelman, 2007). Nell’ottica di continuità dei processi di sviluppo, queste trasformazioni nel corpo determineranno la natura temperamentale del neonato, che tuttavia sarà soggetta ad ulteriori trasformazioni, in quanto anch’essa, dopo la nascita, si

¹¹⁷ Fenomeno della potatura dei neuroni.

¹¹⁸ I geni svolgono due funzioni fondamentali per lo sviluppo della vita umana : la prima si riferisce alla loro capacità di consentire la trasmissione delle informazioni genetiche da una generazione all’altra. La seconda, che opera ad un livello ontogenetico, è riferita alla loro capacità di determinare il tipo di proteine sintetizzate a un livello cellulare. Questa seconda funzione è esperienza dipendente (Kandel, 1998). Le esperienze umane sono infatti in grado di influenzare direttamente la trascrizione e quindi le modalità con le quali i geni vengono espressi attraverso la sintesi proteica (Siegel, 1999).

configura come “relazione dipendente” (Rothbat, 1989). In altre parole i cambiamenti indotti dalla relazione psicobiologica, a livello genetico, nel feto, provocano di conseguenza modifiche strutturali delle cellule nervose, plasmando in tal modo “la mente relazionale”, che a sua volta plasmerà e modellerà con l’esperienza la fisiologia del cervello (Siegel, 1999). Questa essenza squisitamente plastica del cervello al cospetto dell’esperienza è oggi dimostrata, come abbiamo precedentemente avuto modo di riportare, dalle recentissime scoperte neurofisiologiche inerenti le cellule gliali, che hanno detronizzato la “sostanza grigia” per prenderne il posto (Fields, 2012). Nel primo capitolo abbiamo riportato, a supporto della tesi di una mente che nasce e si sviluppa per mezzo della relazione, anche le scoperte inerenti i neuroni specchio e le loro funzioni in relazione alla “simulazione incarnata¹¹⁹”(Rizzolati & Sinigaglia, 2006). A riguardo, in questa sede mi sembra opportuno approfondire aspetti che precedentemente ho tralasciato proprio con l’intento di riprenderli una volta portato a termine il percorso intrapreso all’inizio del presente capitolo. E’ stato dimostrato che un numero ingente di neuroni specchio si attivano molto precocemente dopo la nascita, facilitando il dispiegamento delle prime esperienze interattivo-relazionali. Alla luce di quanto detto fin qui non sarebbe assurdo pensare che questi neuroni, molto preziosi per lo sviluppo delle capacità relazionali, si formino e trasformino in stretta interdipendenza con le stesse, favorendone a loro volta lo sviluppo in termini evolutivi. Quest’ipotesi è sostenuta anche da Iacoboni (2008) con la teoria dei *Neuroni specchio super*, ovvero per dirla in continuità con il pensiero precedente, “neuroni specchio le cui sinapsi e funzioni si sono formate ed evolute per mezzo delle esperienze relazionali precoci”. Infatti, avevamo precisato, come i “classici” neuroni specchio riuscissero a spiegare solo a livello visceromotorio le competenze relazionali precoci del neonato, e non quelle più evolute come le capacità empatiche, il cui sviluppo ne è tuttavia dipendente. I *Neuroni specchio super*, secondo Iacoboni (2008) sarebbero implicati invece proprio in quest’ultime competenze, in quanto il ruolo che adempiono mentre un soggetto osserva lo svolgimento di un’azione sarebbe inibitorio, dovuto alla loro disattivazione. L’autore in particolare scrive:

“Con il loro disattivarsi, potrebbero dire ai più classici neuroni-specchio, come pure ad altri neuroni motori, che quell’azione osservata non deve essere imitata. Inoltre, questa codifica differenziale per le azioni compiute in prima persona (aumento di attività) e le

¹¹⁹ Simulazione automatica, inconscia e pre-riflessiva nell’osservatore delle azioni, emozioni, e sensazioni agite o provate dall’osservato.

azioni di altri (riduzione di attività) potrebbe rappresentare una distinzione neurale, straordinariamente semplice, fra il sé e l'altro implementata da questo tipo speciale di neuroni-specchio super [...]. In effetti, le aree cerebrali nelle quali abbiamo registrato queste cellule sono le meno sviluppate nella prima infanzia e dimostrano cambiamenti radicali in fasi successive dell'età evolutiva” (Iacoboni, 2008, pp. 174 – 175).

Non meno rilevante è domandarsi cosa accade ai neuroni-specchio e ai neuroni-specchio super quando, nella mente di una persona, viene pensato, immaginato, desiderato, sognato ad occhi aperti, un momento relazionale, o ancora, quando ciò accade in sogno. Se è vero che l'immaginazione crea immedesimazione, allora anche in questi casi si dovrebbero mettere in atto processi di rispecchiamento, che attivano i neuroni-specchio *tout court*. In effetti il pensiero, la fantasia e persino il sogno, probabilmente attivano circuiti neuronali anche in assenza di una reale esperienza interpersonale. Ciò ci induce a dedurre che l'attivazione dei neuroni specchio potrebbe essere stimolata anche da una relazione fantasmatica o interiorizzata, nonché da esperienze emotivo-relazionali vissute inconsciamente (Oliviero, 2008). Questo passaggio è fondamentale in quanto ancora una volta rafforza la tesi che mi propongo di sostenere. L'attività dei neuroni specchio, in relazione alle dinamiche inconscie, ci ricorda infatti, ancora una volta, quanto per lo sviluppo dell'integrazione psicosomatica, la relazione, dunque l'esperienza del Noi, sia *conditio sine qua non* la costruzione di un *Io* (Rizzolati & Sinigaglia, 2006). Quanto affermato si sposa bene con le teorie del neuroscienziato Alan Shore (2003), secondo cui la precoce capacità del neonato di sintonizzarsi con la mente di altre persone si rivela fondamentale per la maturazione di circuiti cerebrali che mediano le sue capacità di autoregolazione. Prima dei tre mesi, le competenze relazionali del neonato, coinvolgono solo strutture cerebrali molto antiche quali quelle del sistema limbico e dell'amigdala, in seguito, la “buona qualità” degli scambi interattivo-relazionali con la madre o il *caregiver*, ovvero i processi di regolazione reciproca inconscia e i progressivi processi di autoregolazione, permetteranno l'emergere di competenze sempre più complesse che andranno di pari passo alla maturazione della corteccia orbito frontale. Alle funzioni di tale struttura Shore (2003) attribuisce le capacità di autoregolazione degli stati affettivi e i meccanismi che sottendono i comportamenti di attaccamento: in altre parole i processi di unificazione del senso del Sé. Dunque l'*Intersoggettività primaria* sarebbe “la faccia psichica della medaglia” che dall'altra parte vede il formarsi di sinapsi tra le strutture della

corteccia visiva e la corteccia orbito frontale, che permetterebbero forme presimboliche di rappresentazione dell'esperienza e di processi funzionali di autoregolazione (Granieri, 2011). Con l'intensificarsi di queste *Protocomunicazioni*¹²⁰ (Winnicott, 1971), si strutturerà nel neonato, intorno tra i sei e i nove mesi, quello che Panksepp (2011) definisce *Sistema di ricerca*, caratterizzato dalle funzioni dei sistemi dopaminergici, mesolimbici e mesocorticali, che sostengono alti livelli di *arousal* del sistema nervoso simpatico. Quando la madre in seguito comprende che basta essere sufficientemente buona, dunque inizia a disilludere gradualmente il proprio bambino, si ha invece lo sviluppo delle funzioni dei sistemi noradrenergici, localizzati in ampie aree cerebrali, che sostengono invece l'attività del sistema parasimpatico, riducendo l'*arousal* cerebrale e l'eccitazione, e che vengono considerati la base neurale della vergogna. Il progressivo passaggio dalla co-regolazione all'autoregolazione sarebbe dunque spiegato dal punto di vista neurofisiologico dall'attività dei circuiti dopaminergici e noradrenergici, che in un primo momento necessiteranno per il loro sviluppo dell'esperienza relazionale con il *caregiver*, per guadagnare gradualmente una loro autonomia. Inoltre il processo di maturazione prevederà connessioni tra i circuiti orbitofrontali e quelli limbici, permettendo nel prosieguo dello sviluppo l'attuarsi di tutte le funzioni connesse all'implicito e al non verbale (Panksepp, 2011). Solo intorno ai due anni si svilupperanno nel bambino le strutture e le funzioni adibite alle capacità verbali, imputate all'emisfero sinistro, che verranno connesse alle funzioni dell'emisfero destro per mezzo del corpo calloso, artefice appunto della comunicazione interemisferica. Grazie a questa struttura le informazioni emotive elaborate dall'emisfero destro potranno essere simbolizzate. Ma la spiegazioni di tali dinamiche esula dall'obiettivo di questo lavoro. In definitiva quanto evidenziato fin qui ci porta a concludere che :

“L'interazione diadica tra un neonato e sua madre controlla costantemente e modula l'esposizione del neonato agli stimoli ambientali, e serve quindi come regolatore dell'omeostasi interna dell'individuo in crescita. La funzione regolativa dell'interazione madre-bambino può rappresentare un fattore di promozione fondamentale , che assicura il normale sviluppo e il mantenimento delle connessioni sinaptiche nel corso della strutturazione dei circuiti cerebrali funzionali” (Ovtscharoff, Braun, 2001, in Granieri, 2011; p. 55).

¹²⁰ La madre compie fin dal primo momento di relazione col bambino una serie di gesti e attività che costituiscono una cornice entro cui il piccolo si sviluppa e che lo portano progressivamente ad emergere da quell'apparente stato di passività per acquistare un ruolo più attivo e più determinante per il procedere della relazione.

In altre parole, la coscienza è: “una proprietà di un cervello che si sviluppa in comunicazione con altri cervelli all’interno di una relazione interpersonale positiva” (Granieri, 2011; p. 53), che, aggiungerei, a partire dalle primissime esperienze relazionali, fondamentalmente pre-verbali, per mezzo dell’esperienza, ci permette di apprendere e di formare memorie psicosomatiche implicite, che raccontano attraverso l’espressione corporea la storia della nostra salute psicosomatica, o come vedremo nel prossimo capitolo, della “somatopsicopatologia¹²¹”.

¹²¹ Alla luce dell’ottica psicosomatica anche la psicopatologia non può far riferimento solo a fattori psichici ma anche somatici.

3. I TRAUMI MUTI

Tracce mnestiche implicite inscritte nel corpo, che “raccontano” la sofferenza di Attaccamenti Traumatici

3.1 “CORE SELF”

*“Un uomo continuerebbe ad essere una buona macchina tanto con la coscienza tanto senza... l'agente continuerebbe la sua attività in assenza del testimone”
(H. Maudsley)*

Nel precedente capitolo abbiamo fatto un viaggio all'interno del mondo relazionale precoce dello psicosoma, andando ad osservare in particolare gli aspetti emotivi e impliciti che lo caratterizzano. In tal senso l'enfasi è stata posta in particolare sugli aspetti funzionali della relazione, tali per cui viene consentito un graduale processo di integrazione psicosomatica e la formazione di un Sé (psicosomatico) coerente e continuo. Ma cosa accade se i percorsi di sviluppo prendono “pieghe psicopatologiche”? Quali sono le dinamiche relazionali che le caratterizzano? E soprattutto, quali sono le ripercussioni di quei traumi subiti quando ancora non si può parlare propriamente di psiche ma di protopsiche? Qual è il ruolo del corpo in questo senso? Come si manifestano i “traumi muti”, quali le caratteristiche e quale l'origine?

La strada che intraprenderemo in questo terzo capitolo avrà come guida queste domande, alle quali cercheremo di rispondere nel tentativo di non perdere quel filo rosso seguito fin qui, e con l'obiettivo di ampliare la visione sul tema principe di questo lavoro. L'intento resta sempre quello di mantenere un approccio olistico allo studio dell'essere umano, tale per cui non è consentito tralasciare alcun livello esistenziale dello stesso, soprattutto per ciò che ne concerne lo sviluppo, sia nella direzione della salute che in quella della psicopatologia, entrambe lette in termini di memoria emotiva implicita, che si manifesta per lo più in termini somatici. Anche tutte le concettualizzazioni che fanno riferimento al *Self*, a partire dalla sua matrice relazionale, non possono prescindere da aspetti neurobiologici e neurofisiologici, proprio alla luce di quest'ultima. Non possiamo infatti trascurare nell'indagare la sua formazione o “deformazione” tutti quei processi che, a partire da dinamiche biopsicorelazionali, interessano l'interdipendenza tra il Sistema Nervoso, il Sistema Endocrino ed il Sistema Immunitario (Ammaniti, 1989; Panksepp, 1998). Gli studi più recenti di Panksepp e Biven (2012) risultano molto interessanti in relazione a quanto appena detto, perché ne approfondiscono e arricchiscono la portata, a

partire da uno sguardo scientifico alle emozioni che, come abbiamo avuto modo di osservare, fin dal periodo prenatale, attraverso la relazione psicobiologica con la madre, si configurano come “semi e basi portanti” del nostro bagaglio di competenze relazionali in evoluzione. Panksepp e Biven (2012) affermano che l’essere umano, è caratterizzato da *Sette sistemi emozionali primari*¹²², riconducibili a livello neurofisiologico alle strutture e funzioni delle antiche regioni sottocorticali, ma regolati dai centri neocorticali. Già Edelman (2004) aveva notato come tutti i processi primari emotivi-istintuali, anche quelli complessi come il gioco sociale e la coscienza di Sé, si basano sulle funzioni dei sistemi sottocorticali e quindi rimangono intatti anche dopo l’asportazione della neocorteccia¹²³. Considerando le funzioni delle strutture sottocorticali, non stupisce il fatto che tali sistemi emotivi primari descritti da Panksepp (2011, 2012), sono considerati veri e propri sistemi psicosomatici, e si fondano sul presupposto ormai assodato della stretta interdipendenza tra sistema neuro-endocrino, neuro-psichico e sistema immunitario¹²⁴ (Panksepp, 1998), che comunicano per mezzo di flussi multidirezionali di informazioni, tali per cui si creerebbero inoltre interagenti attività regolative tra gli stessi (Cohen & Herbert, 1996). Questo concetto è fondamentale, in quanto ci permette di comprendere con più forza come la qualità dei vissuti emotivi sia fondamentale per il benessere o meno dell’individuo nel suo percorso di sviluppo. Questo in quanto un vissuto emotivo funzionale¹²⁵ comporterà anche l’attivazione del sistema immunitario, determinando uno stato di salute e benessere, mentre stress relazionali provocheranno il rilascio di cortisolo da parte del sistema endocrino, determinando il diminuire delle difese (immunitarie); inoltre tali stress, se precoci, protratti e ripetuti, causano “fallimenti della crescita” compromettendo la biologia e la fisiologia del cervello e del corpo (Hofer, 2006). Ognuno dei sette sistemi emotivi è comunque funzionale ed essenziale affinché si snodino i vari livelli vitali dell’individuo in relazione

¹²²Il Sistema della Ricerca, del Desiderio e dell’Euforia legato alla Dopamina;
Il Sistema della Rabbia e della Dominanza legato al testosterone e alla Serotonina;
Il Sistema della Paura e dell’Ansia legato al Cortisolo;
Il Sistema della Sessualità legato agli ormoni sessuali;
Il Sistema della Cura e dell’Amorevolezza legato all’Ossitocina;
Il Sistema dell’Assenza di Cure, della Solitudine e del Panico legato alla mancanza di Ossitocina;
Il Sistema del Gioco, della Gioia, della Fantasia, legati alla Dopamina e all’Endorfina.

¹²³ Quest’ultima resta essenziale invece per ciò che concerne le capacità cognitive superiori, come i processi ideativi, strategici, razionali e l’autoconsapevolezza del Sé

¹²⁴ In particolare il campo della *Psico-neuro-endocrino-immunologia* si occupa di studiare proprio queste dinamiche, andando a vedere come le esperienze della vita quotidiana influiscono sul funzionamento del sistema immunitario.

¹²⁵ Dipendente dalla percezione di avere una base sicura, dunque una madre sufficientemente buona. Va inoltre connesso al rilascio di ossitocina e vasopressina.

alla specifica esperienza che sta vivendo. Gli stessi sistemi attivano simultaneamente le funzioni corporee-istintive (cervello rettile), le funzioni emotive e affettive (cervello limbico-mammifero) e le funzioni mentali-cognitive (neocorteccia), che oltretutto sono rispettivamente propedeutiche l'una all'altra nel loro sviluppo (Panksepp, 2011). In relazione al processo di integrazione psicosomatica, che consente lo sviluppo progressivo di ciascuna delle aree sopradescritte, fino a qualche decennio fa si riteneva che la coscienza di Sé fosse espressione delle funzioni mentali-cognitive della neocorteccia, ma come precedentemente accennato, le ricerche più recenti mostrano invece che gli animali a cui è stata asportata tale area cerebrale, non ne presentano evidenti compromissioni (Edelmann, 2004). Questi risultati sono ancora una volta corroborati sia dalle ricerche di Damasio (2010) sia da quelle di Panksepp (1998, 2012), i quali hanno messo in luce che il nucleo centrale della coscienza è fortemente legato ai sistemi subcorticali¹²⁶. In particolare anche piccole lesioni del talamo e del PAG¹²⁷ compromettono gravemente o annullano la coscienza di Sé, in quanto centri di “coscienza psicosomatica”, che regolano tutte le principali funzioni corporee ed emotive. Dunque ciò che Damasio (1999) definisce *Protoself*, non è altro che il “vero centro del Sé”, che si sviluppa dal cervello primitivo e che ha al suo interno una completa rappresentazione dell'intero corpo, dei movimenti e dei sistemi emotivi fondamentali alla vita (Panksepp e Biven, 2012). Il *Core Self*¹²⁸, termine che Panksepp (2009) utilizza per riferirsi al sopracitato costruito descritto da Damasio (1999), è dunque una coscienza unitaria che integra la coscienza corporea, emotiva e cognitiva in modo continuo e coerente. In altre parole stiamo trattando di un Sé psicosomatico, che trova le sue profonde radici nella dimensione fisica, istintiva e affettiva, dispiegandosi appunto dalla dimensione più istintiva regolata dal cervello rettiliano, alla dimensione emotiva del cervello mammifero fino a quella cognitiva neocorticale, relativa alle capacità più evolute, nonché a quello che Damasio (1999) definisce *Io autobiografico*¹²⁹. In sintesi questo Sé Psicosomatico, nel proprio processo evolutivo, nasce come Sé corporeo ed emotivo e solo secondariamente sviluppa le capacità mentali superiori. Dunque, ogni inibizione dei sistemi emotivi si rifletterà in un blocco della

¹²⁶ Al SCMS: il sistema centrale del cervello che connette il talamo (centro del sistema limbico e del cervello mammifero), l'ipotalamo, il PAG (centro del tronco e del cervello rettile) e l'ARAS: il centro che attiva la coscienza di veglia.

¹²⁷ L'area che gestisce la coscienza corporea ed emotiva primaria.

¹²⁸ Equivalente del *protoself* di Damasio (1999).

¹²⁹ Fondamentale per l'analisi mentale e psicologica, per avere consapevolezza delle dinamiche sociali e culturali, per l'analisi razionale e strategica dei comportamenti e per sviluppare l'auto-consapevolezza di sé.

coscienza di Sé e in un concomitante blocco corporeo (Panksepp, 2011, 2012), generando in altre parole quella che Reich (1933) aveva definito *Corazza caratteriale*, o per dirla con Winnicott (1965), un *Falso Sé*. E' utile sottolineare come tale inibizione non è causata solo da esperienze relazionali effettivamente sperimentate, ma può essere causata anche da relazioni immaginate, fantasticate o interiorizzate, che attivano comunque le funzioni dei neuroni specchio (e probabilmente anche dei neuroni specchio super), in quanto si ha comunque un rispecchiamento da parte del soggetto, dunque la conseguente attivazione dei circuiti neuronali interessati (Oliviero, 2008). A tal proposito mi sembra interessante la posizione della Pert (2000), che scrive:

“Quando le emozioni vengono espresse, vale a dire quando le sostanze biochimiche alla base delle emozioni fluiscono liberamente, tutti i sistemi sono integri e solidali. Quando invece le emozioni sono repressate, negate, e si trovano nell'impossibilità di realizzare il loro potenziale, le vie della rete psicosomatica si ostruiscono, bloccando il flusso delle sostanze chimiche unificanti e vitali per il benessere, che regolano tanto la nostra biologia quanto il nostro comportamento[...] il corpo e la mente non sono separati, e non possiamo curare l'uno senza l'altra. Le mie ricerche hanno dimostrato che il corpo può e deve essere guarito attraverso la mente, così come la mente può e deve essere guarita attraverso il corpo” (Pert, 2000, pp. 328 – 329).

Le emozioni, in sostanza, sono tanto nella mente, quanto nel corpo; un corpo che, come precisato, non cela nulla, manifesta l'emozione stessa o il disagio noncurante della nostra volontà, che ci consente spesso di adattarci a situazioni in cui l'unico modo possibile per sopravvivere è far sì che lo stesso si “ammali”. Un corpo, in altre parole, in continua trasformazione ma che al contempo conserva le tracce delle nostre esperienze relazionali nel suo peculiare sistema di memoria, dimostrando di saper apprendere dall'esperienza (Mc Dougall, 1990). In tal senso, ed alla luce di quanto affermato, possiamo sostenere che tutte le malattie possono essere considerate *Psicosomatiche* (Sapir, 2000). Possiamo inoltre affermare con più forza la centralità della dimensione relazionale, poiché senza relazione non è dato né sviluppo corporeo né mentale. E' infatti solo attraverso la relazione psicobiologica che la mente è in grado di concepire e far nascere altre menti, a partire dal corpo e attraverso una reciproca influenza che ne determina modifiche sia per ciò che concerne le strutture e le funzioni cerebrali (Siegel, 1999; Kandel, 2005; Fields, 2012), sia per ciò che riguarda la produzione di specifici ormoni, sia in relazione al nostro benessere, dipendente dall'efficienza\efficacia del Sistema Immunitario (Pert, 2000; Panksepp e

Biven, 2012). Del resto, come abbiamo osservato, specifiche emozioni stimolano a livello corporeo il rilascio di specifici ormoni, in concomitanza con i “movimenti neurali” e psichici che modificano funzioni e strutture del nostro cervello, determinando benessere o quando disfunzionali, quindi rigidi e vincolanti, patologia. Tutto ciò avviene a partire dalla relazione psicobiologica madre-feto, legame interpersonale determinante per la qualità dello sviluppo del nascituro. Come abbiamo avuto modo di vedere infatti, l’emisfero destro nel feto si forma in stretta interdipendenza con l’ambiente in cui cresce, quindi lo psicosoma madre (Peluffo, 2011), dunque cambiamenti ormonali in quest’ultimo determinano paralleli cambiamenti nel feto stesso, in particolare per ciò che ne concerne lo sviluppo neuroanatomico, neuroendocrino e l’espressione genica (Marazzini et al. 2008; Downing & Zoeller, 2000), determinando quello che abbiamo definito *Imprinting*. L’*Imprinting* in altre parole non è altro che la natura del temperamento del nascituro, nonché parte della sua memoria implicita, che avrà ripercussioni, sin dalla nascita, sulle modalità interattivo-relazionali con la madre, caratterizzando la stessa relazione, che come sappiamo determinerà a sua volta la qualità dello sviluppo psicosomatico *tout court* del bambino, e avrà ripercussioni sulle successive relazioni (Mancia, 2004). Da ciò si coglie l’importanza di un’esperienza relazionale “sana” e funzionale a partire dalla gravidanza proseguendo nel percorso di sviluppo, in cui è necessaria la presenza di *Oggetti-Sé regolatori psicobiologici*, la cui assenza o separazione reale o immaginaria è alla base delle patologie psicosomatiche (Todarello & Porcelli, 2002). La qualità dello sviluppo dipende dalla qualità delle esperienze relazionali, che tanto più precoci quanto più diventano decisive e pervasive rispetto le sorti della salute dello psicosoma. Ciò in quanto l’esperienza determina apprendimento e l’apprendimento non è altro che memoria di quanto esperito, e fin dallo stato fetale facciamo esperienza e dunque apprendiamo, e ciò è abbondantemente dimostrato dalle attuali ricerche sul tema (Manfredi & Imbasciati, 2004). Il particolare, tutt’altro che irrilevante, che determina l’importanza di una buona qualità della relazione psicobiologica con la madre, durante la gravidanza, è proprio il fatto che in questo periodo il nostro corpo è in formazione, dunque verrà inevitabilmente plasmato dalle vicissitudini dello psicosoma madre, che verranno registrate in termini di tracce mnestiche implicite. Il nostro stato di salute psicofisico alla nascita non è altro che la memoria corporea implicita dell’esperienza vissuta durante la gravidanza, e proseguendo su questa linea di pensiero, possiamo affermare anche che la salute psicofisiologica dell’adulto si basa su tracce mnesiche, psicosomatiche, relative alla buona qualità delle

proprie esperienze relazionali precoci. In definitiva uno sviluppo in termini somatopsicopatologici, è per lo più causato da “traumi relazionali”, che tanto più sono precoci, quanto più tendono a caratterizzare la scissione mente\corpo, in quanto si registreranno in quest’ultimo in forma di disfunzioni fisiologiche, nonché di malattie psicosomatiche, o nei casi più gravi di *psicosomatosi*¹³⁰, o ancora di *Enactment* procedurali: le uniche vie che restano allo psicosoma per esprimere la sofferenza¹³¹ (Mancia, 2004). Questo il motivo per cui, per quanto riguarda la psicopatologia, nello sviluppo precoce, non si trattano i disturbi del bambino in quanto tali, ma si fa sempre riferimento alla relazione con la madre (o *caregiver*) (Vigna, 2006). Stiamo quindi già da un po’ trattando il tema della memoria del nostro corpo, in quanto ci siamo focalizzati sugli aspetti impliciti della relazione, fin dal concepimento, e abbiamo considerato la plasticità del cervello e dello stesso corpo al cospetto dell’esperienza, per mezzo dell’apprendimento, che appunto genera memoria. Cos’è infatti *l’Imprinting* intrauterino se non questo? E lo stesso vale per le *Sintonizzazioni affettive*, i M.O.I. e i M.O.I.D.

3.1.1 LA CORAZZA CARATTERIALE: BLOCCHI DEL SE’ PSICOSOMATICO

Uno sguardo a partire dalle teorie di Wilhelm Reich

“Il dolore e la tristezza del cuore sono emozioni che superano le differenze di razza e di genere” (Encicime)

A sviluppare la teoria sulla *Corazza caratteriale* fu, come precedentemente accennato, per primo Reich (1933), il quale riconosceva nella formazione della stessa tutti quegli atteggiamenti sviluppati con l’intento di bloccare il corso delle emozioni e delle sensazioni corporee, determinando una mancanza di contatto affettivo che provoca a sua volta un sentimento di inesistenza. L’autore inoltre offre una visione innovativa delle energie che caratterizzano la nostra espressione vitale, teorizzando l’esistenza della *Bioenergia*, dalla quale dipende il nostro stato di salute o il venir meno dello stesso. Se infatti tale energia fluisce liberamente all’interno del corpo, l’individuo gode di uno stato di benessere psicosomatico, se invece viene bloccato il suo flusso, per ragioni psicologiche, si

¹³⁰ Mc Dougall (1990) le concepisce come forme attuali di psicosi.

¹³¹ Non a caso ho utilizzato il termine sofferenza e non dolore.

determineranno stati biopsicopatologici, manifestati principalmente per via somatica. A livello psicologico tutto ciò corrisponde all'assenza di contatto emotivo, dunque a un blocco sia dell'emotività sia dei desideri che dei bisogni. La corazza caratteriale si forma proprio quando la bioenergia si blocca in alcune parti del corpo, che diventano appunto sede di tensioni e conflitti emotivi (Lowen, 1985). Essa può irrigidirsi col tempo attraverso l'accumulo di tali tensioni, limitando l'emotività e la libera espressione dei sentimenti e generando un "blocco del cuore", sede della coscienza del Sé (Panksepp, 2011). Il libero fluire dell'energia vitale, inoltre, può essere bloccato fin dal periodo prenatale da una *Rappresentazione materna negativa* (Jakel, 2011), che in relazione alla crescita del feto, determina la negazione dei primi tre dei cinque *Diritti elementari dell'esistenza*, che Lowen (1985) individua ne: diritto di esistere, di essere nutrito (anche affettivamente), di ricevere supporto fisico ed emozionale, di essere autonomo e di amare sessualmente. La negazione anche solo di uno di questi diritti, proprio perché fondamentali e dunque funzionali ad uno sviluppo sano, causa una "deformazione" dello stesso in funzione dell'adattamento dell'organismo ad una specifica "visione del mondo" (*Ibidem*). Quest'ultima fa riferimento fondamentalmente alla specificità individuale che fin dal periodo prenatale, per via dell'*Imprinting*, dato dalla peculiare relazione psicobiologica con la madre, determina la qualità delle capacità e competenze relazionali del feto ed in seguito del nascituro che, come abbiamo avuto modo di vedere, si manifestano prevalentemente per mezzo di canali corporei: neurofisiologici, neurobiologici, motori. Fin dalla nascita infatti ogni individuo possiede specifiche modalità interattivo-relazionali (Ricciuti & Breitmayer, 1988), che influenzeranno la qualità della relazione con la madre o il *caregiver*. Se quest'ultimi negheranno anche solo uno dei diritti elementari sopracitati, causeranno nel bambino un blocco del libero fluire della bioenergia, determinando in altre parole una specifica "struttura caratteriale", in questo caso patologica (Lowen, 1985). Quest'ultima non è altro che la manifestazione di un blocco psicosomatico¹³², che si manifesta sul piano corporeo, emozionale e psicologico, determinando la formazione di un falso Sé (Winnicott, 1965). Il falso Sé è quindi caratterizzato dall'assenza di integrazione e continuità, che spiegate alla luce della teoria bioenergetica, denotano appunto un blocco dell'energia vegetativa, rendendoci "sordi" rispetto al sentire emotivo, e noi sappiamo che: "Per sapere chi siamo dobbiamo essere consapevoli di ciò che sentiamo" (Lowen, 1985; p.

¹³² Blocco del libero fluire dell'energia vitale, che deriva dalla contrapposizione o dal conflitto tra l'espressione dei vari livelli vitali: fisico, istintivo, emozionale, psicologico.

10). E' proprio questa consapevolezza che manca in presenza di un blocco psicosomatico, generando dolore e angoscia (Reich, 1933). Ciò avviene quando il bambino, nel suo sviluppo precoce, non viene amato per ciò che è, facendo esperienza di una madre incostante o assente nelle cure e nell'accudimento che il piccolo necessita per il dispiegarsi della propria integrazione psicosomatica. Una madre per dirla con Winnicott (1974) tutt'altro che *Sufficientemente buona*, dunque incapace di rispondere in maniera sensibile e funzionale ai bisogni del proprio bambino, di proteggerlo e nutrirlo soprattutto dal punto di vista emotivo, e che gli fa percepire l'ambiente come "minaccioso". In sostanza una madre con scarse o assenti capacità di *reverie*, che lascia il suo bambino in uno stato di angoscia e ansia, e non gli permette di dar senso ai suoi vissuti, nelle prime fasi del periodo postnatale prevalentemente somatici, compromettendo la successiva formazione di un apparato per pensare sano e integrato col corpo (Bion, 1962): "[...] essere presenti e contenere è il fare psicologico per eccellenza" (Blandino, 1999; p. 229) ed è indispensabile per la nascita e la salute della vita mentale e l'integrazione della stessa con i vissuti corporei. Nel neonato poi, vissuti di ansia e angoscia non contenuti e restituiti bonificati da parte del *caregiver*, dal punto di vista neuroendocrino, comportano un'eccessiva produzione di cortisolo, ormone il cui rilascio compromette le funzioni svolte dal sistema OXT, che sappiamo essere legate ai comportamenti amorevoli e di cura e al benessere psicofisico (Marazzini et al., 2008). In assenza di un legame di attaccamento sicuro, propedeutico allo sviluppo sano, il bambino imparerà ad adattarsi a pattern interattivo-relazionali disfunzionali, servendosi di veri e propri comportamenti difensivi, che a seconda della loro specificità determineranno modifiche a livello dei tre sistemi vitali (nervoso, endocrino e immunitario). In caso di *Freezing*¹³³, ad esempio, vi sarà il rilascio di cortisolo e noradrenalina, mentre in caso di reazioni di *Attacco/ Fuga*¹³⁴, di cortisolo e adrenalina (Panksepp, 2011, 2012). Il neonato poi può anche apprendere ad evitare lo sguardo materno, per far fronte a stati di paura e dolore, tipici di situazioni traumatiche (Fraiberg, 1980). Si tratta in questo caso di *Evitamento*, che può essere considerato come il precursore del *Diniago*: è probabile che in questi casi, la madre sia associata al dolore e sia fonte di paura, per cui il bambino la evita. Un altro meccanismo di difesa tipico della prima

¹³³ Uno dei comportamenti di difesa individuati dalla Fraiberg (1980) già presente a 5 mesi. In questo caso il bambino si "congela", si immobilizza, blocca la propria motricità, le espressioni varie del corpo, i vocalizzi. Generalmente tali reazioni sono proprie di bambini che non ricercano il contatto con la madre, ignorandola.

¹³⁴ Altra tipologia di difesa infantile ad una relazione disfunzionale con la madre. In questo caso si tratta del *Fighting*, l'attacco appunto che precede la fuga. Questo meccanismo di difesa viene messo in atto quando il bambino si percepisce senza protezione, in particolare da parte della madre (Fraiberg, 1980). Questo meccanismo di difesa viene considerato precursore dell'identificazione con l'aggressore.

infanzia è la *Trasformazione affettiva*, quando si manifestano arresti o rallentamenti dello sviluppo a causa delle carenti o disfunzionali cure della madre o del *caregiver*. In altre parole, il bambino in questo caso, si adatta alle modalità di accudimento della madre (disfunzionali), ad esempio trasformando l'angoscia in piacere. Ancora abbiamo il *Rivolgimento contro il Sé*, che consiste nell'aumento della soglia del dolore a causa dell'esperienza continua di stati di tensione, angoscia e paura. Anche in questo caso la figura accudente è la fonte del dolore e della paura, ciò però per il bambino è inaccettabile, pertanto rivolge la propria aggressività contro sé stesso. Questi comportamenti difensivi, considerati precursori dei meccanismi di difesa tipici degli adulti, si rifanno chiaramente ad un modello biologico, infatti il canale corporeo è l'unico a disposizione del bambino per manifestare il suo disagio. E' chiaro dunque come già prima della formazione dell'*Io* il neonato sia in grado di difendersi negando il dolore o sostituendolo con il piacere (Fraiberg, 1980). Questi stati di tensione, che si riflettono in specifiche reazioni somatiche, neurofisiologiche e neurobiologiche, se continui, potrebbero poi cronicizzarsi causando il successivo sviluppo di malattie psicosomatiche e blocchi dell'espressione del Sé (Panksepp, 1982), infatti:

“Queste diverse forme di dolore che il bambino incontra nelle sue relazioni più precoci, e che riguardano esperienze emozionalmente molto significative, sono archiviate a livello preverbale e presimbolico nella memoria implicita e diventano parti essenziali di un inconscio non rimosso, che condiziona la sua vita affettiva, emozionale, cognitiva e perfino sessuale anche da adulto. E' chiaro ora che gli affetti che accompagnano le prime relazioni del bambino potranno condizionare tutto il suo sviluppo: la sua creatività e il suo apprendimento, il suo stesso gioco (si pensi all'incapacità di giocare e di creare del bambino autistico, Flegenheimer, 1989) e inoltre tutti i suoi sistemi di significazione, in primo luogo il linguaggio. Gli affetti vissuti nella relazione primaria saranno determinanti anche per l'acquisizione di un'identità unica e separata” (Mancia, 2004; p. 192).

I blocchi del Sé possono manifestarsi su più livelli a seconda della precocità della situazione traumatica vissuta e della sua qualità. Nel periodo in cui le funzioni vitali del feto prima e in seguito del neonato sono regolate dalle strutture e funzioni del cervello rettile, le difese messe in atto saranno ancestrali e funzionali alla sopravvivenza *strictu sensu*. Infatti l'esperienza traumatica sarà relativa al dolore e alla paura fisica di morire, in assenza di quel sostegno psicobiologico da parte della madre, essenziale appunto alla vita

(Panksepp, 2011, 2012). Quando dal cervello rettile evolverà invece il cervello mammifero, le difese a disposizione del soggetto evolveranno in concomitanza all'evolvere delle strutture e connessioni cerebrali, divenendo per lo più affettivo-emotive, (sempre relazione-dipendenti), e oltre a generare vissuti di paura, regolati dall'attivazione dell'asse dello stress, coinvolgeranno anche le funzioni dell'emisfero destro e il rilascio di dopamina e ossitocina. Il trauma in questo caso è relativo alla privazione delle cure amorevoli di una madre che contiene e protegge anche affettivamente il suo bambino. In seguito allo sviluppo della neocorteccia e alle relative funzioni, il *Trauma relazionale* (Borgogno, 1999a; Shore, 2003; Boshan, 2004) originato da una carente funzione riflessiva da parte del genitore accudente, comprometterà lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione del bambino, costringendolo ad irrigidirsi su modalità interattive incentrate sull'uso di difese arcaiche. I blocchi del Sé quindi tanto più sono profondi quanto più è stata inibita, non riconosciuta e non rispettata la singolarità e specificità del bambino nelle sue varie espressioni vitali e nelle varie fasi del suo sviluppo, sia attraverso "cure traumatiche" sia attraverso l'assenza di cure *tout court*. In altre parole ci sono "macrotraumi" come gli abbandoni precoci, la perdita di una delle figure di attaccamento, la separazione precoce dalle stesse, e microtraumi, o *Traumi cumulativi* (Khan, 1979), tali per cui la figura accudente si configura come la fonte di paura e dolore. Questi traumi, nelle loro varie forme ed espressioni, hanno un impatto enorme nel dispiegarsi del percorso di sviluppo del bambino, causando l'esacerbarsi dell'uso di difese patologiche e vuoti difficilmente colmabili (Mancia, 2004). A tal proposito Mancia (2004) scrive:

"Siamo qui in presenza di fallimenti dei massimi sistemi motivazionali del comportamento umano- il sistema dell'attaccamento (Bowlby, 1969/82), le funzioni riflessive (Fonagy e Targhet, 1999) e la sintonizzazione affettiva (Stern, 1985)- che generano disorientamento, paura di frammentazione del Sé, sofferenza mentale che si cronicizza nel tempo e costringe l'Io del bambino a soluzioni difensive e adattive fortemente patologiche [...]. La processualità creata da questi complessi traumi familiari e ambientali induce una sofferenza mentale che invederà l'intera personalità del bambino, lo costringerà a difese estreme con sentimenti <<negativi>> e ne condizionerà lo sviluppo sia nella dimensione affettiva che in quella cognitiva (mi riferisco qui a soluzioni psicotiche, bordeline, autistiche, psisomatiche)" (p.192).

Ciò che mancherà nello sviluppo del bambino sarà "l'apertura del cuore", sede della coscienza di sé, che comporta l'assenza della gioia di vivere e l'impossibilità o la difficoltà

di comunicare e sentire le proprie emozioni, che verranno misconosciute o fortemente razionalizzate (Panksepp, 2011, 2012). Per dirla con Reich (1933), l'essere umano per non sentire il dolore, chiuderebbe il proprio cuore, non permettendo allo stesso di avere coscienza e conoscenza di sé, dunque consapevolezza del proprio Sé psicosomatico, che risulterà dissociato e frammentato. Ciò che ci fa definire questi risvolti come falso Sé (Winnicott, 1965) è proprio il fatto che queste dinamiche saranno considerate dallo psicosoma relazionale "normali", in quanto lo stesso sarà preda di emozioni e vissuti negati o mai contenuti e simbolizzati. A questo punto interviene il corpo che "non si adegua e prende a parlare la lingua della malattia, che di rado è capita, quanto meno finché non viene smascherata la negazione dei veri sentimenti provati nell'infanzia" (Miller, 2004; p.42).

3.1.2 TRA SOFFERENZA E DOLORE

"Anche ricordare il male può essere un piacere quando il male è mescolato non dico al bene ma al vario, al mutevole, al movimentato, insomma a quelle che posso pure chiamare il bene e che è il piacere di vedere le cose a distanza e di raccontarle come ciò che è passato". (J. Calvino)

Il dolore è parte integrante della nostra vita, strettamente connesso alle sensazioni corporee non può essere che considerato l'altra faccia della sofferenza, suo corrispettivo psichico. Tuttavia la relazione tra queste due dimensioni, letta da un punto di vista ontogenetico, ci fa comprendere come sia la sofferenza a nascere dal dolore e non viceversa. Come la psiche nasce dal corpo e attraverso quest'ultimo per mezzo di una funzionale relazione psicobiologica col *caregiver*, così la sofferenza dal *Dolore primario*¹³⁵, la cui esperienza diviene propedeutica all'integrazione psicosomatica, in seguito alla quale sofferenza e dolore si esprimeranno in un rapporto di interdipendenza tanto quanto mente e corpo, divenendo essenziali, se in "dosi funzionali", alla consapevolezza di Sé, alla salute, allo sviluppo e all'adattamento all'ambiente (Natoli, 1986). Forse sembrerà paradossale affermare che il dolore e la sofferenza siano propedeutici perfino alla salute, in quanto la nostra logica dicotomica ci induce a considerarli antagonisti del benessere, in realtà sono i

¹³⁵ Mezzo attraverso il quale il neonato manifesta i suoi stati di tensione, che percepisce proprio sotto forma di dolore.

mezzi attraverso i quali esprimiamo il nostro disagio fin dalla nascita, manifestando il bisogno di sostegno e cure e permettendoci dunque di riceverli (Mancia, 2004). Il primo dolore mentale che il neonato può sperimentare è di tipo *Simbiotico\confusivo*, legato alla mancanza appunto di cure sensibili e idonee da parte di una “madre inadeguata”, che minaccia la sopravvivenza del suo piccolo, frustrandone i bisogni primari di calore, protezione e nutrimento. In seguito col passaggio alla fase *Schizoparanoide*, il bambino sperimenterà forti angosce persecutorie, che se non contenute, elaborate e restituite bonificate dal *caregiver*, metteranno in crisi l’integrità e l’identità del Sé. Quando poi il neonato inizierà a sperimentare la minaccia per la perdita dei propri oggetti d’amore, farà esperienza di un *Dolore depressivo*, che chiamerà in gioco la capacità di elaborazione del lutto, a partire dallo svezzamento¹³⁶. Il desiderio del bambino ed i suoi bisogni, fin dalla nascita, sono quindi totalizzanti e non conoscono limiti, per questo è impossibile che lo stesso sia immune dallo sperimentare dolore e angoscia per la frustrazione degli stessi, in quanto: “[...] nessuna madre, per quanto buona, potrà soddisfare per intero i suoi desideri” (Mancia, 2004: p. 191). E’ evidente dunque come fin dalla nascita l’esperienza del dolore, in dosi funzionali, sia propedeutica alla maturazione affettiva e cognitiva ed all’integrazione psicosomatica del Sé. Tuttavia affinché ciò avvenga, è necessaria la presenza di un *caregiver* in grado di fornire *reverie*, altrimenti questo dolore primario, potrà causare l’organizzazione di difese patologiche, che avranno effetti devastanti anche nella vita relazionale adulta. Come scrive Mancia (2004):

“Desiderio ed equipaggiamento¹³⁷ interno del bambino, insieme alla reverie materna, costituiscono i poli-cardine che regolano lo sviluppo della personalità dell’individuo. Un loro disturbo comporta la formazione di difese e fantasie che, depositate nella memoria implicita, andranno a far parte di un inconscio non rimosso che regolerà la vita mentale dell’individuo anche da adulto, e la sua capacità di affrontare la sofferenza” (p. 188).

Dunque vissuti di dolore e sofferenza in età adulta, così come la capacità di farne fronte, spesso possono essere riconducibili alla qualità delle esperienze relazionali precoci dell’individuo. In altre parole possiamo affermare che nella vita si apprende anche a soffrire in modo più o meno funzionale alla crescita, a seconda dell’impatto che hanno

¹³⁶ Inizio della Posizione depressiva Klain (1932).

¹³⁷ L’autore fa riferimento al temperamento.

avuto le cure materne nelle primissime esperienze di vita del bambino. Come abbiamo avuto modo di vedere, infatti, esperienze di dolore e sofferenza nello psicosoma madre, resteranno impresse nel feto, per mezzo della relazione psicobiologica che li lega, plasmando l'espressione genica e lo sviluppo di quest'ultimo, e caratterizzando quell'*Imprinting*¹³⁸ che connoterà il suo peculiare temperamento alla nascita, che a sua volta avrà impatto sulle dinamiche interattivo-relazionali postnatali (Niederhofer & Reiter, 2004; Dowling & Zoeller, 2000). Quest'ultime, a partire appunto dall'esperienza prenatale, connoteranno la singolare e soggettiva esperienza di dolore dell'individuo, caratterizzandone i significati e le valenze, che a sua volta avranno ripercussione sulla qualità della sofferenza dello stesso anche in età adulta. La capacità di soffrire nasce quindi da un dolore necessario alla crescita, per mezzo del quale, e grazie alla buona qualità di una relazione significativa, ad un certo punto dello sviluppo nascerà l'integrazione, tale per cui anche dalla sofferenza potrà essere generato dolore e viceversa. Considerando anche l'aspetto neurobiologico e neurofisiologico, a partire dai risultati delle ricerche di Marazzini et al. (2008) e Fields (2012), non dovrebbe stupirci il fatto che il dolore e la sofferenza, nell'esperienza soggettiva dell'individuo, siano connessi alle peculiari dinamiche relazionali nelle quali quest'ultimo si trova coinvolto. Come abbiamo avuto modo di osservare infatti, il sistema OXT, dunque il rilascio di ossitocina e vasopressina da parte dell'organismo per mezzo dell'azione delle cellule gliali¹³⁹ ed in relazione alla specifica esperienza vissuta, ha un impatto non indifferente sul benessere psicofisico dell'individuo, tanto che sarebbe in grado di attenuare anche l'intensità del dolore percepito e dunque della sofferenza, che, a loro volta, sono legate ad alti livelli di cortisolo. La dimensione relazionale è quindi essenziale, non solo in quanto può costituire la matrice della sofferenza e del dolore, ma anche perché è uno dei livelli esistenziali che maggiormente ne vengono compromessi (Marazzini et al., 2008). Come infatti suggerisce Natoli (1986) il dolore è caratterizzato dal sentimento di solitudine, che si snoda nell'esperienza dell'individuo su due livelli: uno soggettivo, che induce a ritirarsi dal mondo, ed uno oggettivo che restringe lo spazio dell'individuo nel mondo. Dunque anche dolore e sofferenza per essere compresi necessitano di uno sguardo olistico che tenga conto

¹³⁸ Con particolare riferimento ad esperienze di dolore, un nervo danneggiato, anche in seguito alla sua guarigione, può causare mutazioni all'interno dei circuiti del dolore nel nostro midollo spinale, da cui potrebbe originarsi il dolore cronico (Fields, 2012; p. 255).

¹³⁹ "Sia le micro glia che gli astrociti, rilasciano in risposta alla sollecitazione cerebrale e alle lesioni, fattori di crescita che sostengono i neuroni nel caso di condizioni neurotossiche che normalmente li ucciderebbe; nel cervello sano i fattori di crescita derivanti dalle glia promuovono la crescita neuronale e la loro salute. Entrambe le cellule della glia rilasciano svariati agenti infiammatori naturali per promuovere il processo di guarigione [...]" (Fields, 2012; p.216)

sia della dimensione fisica-sensoriale, sia della dimensione affettivo-emotiva, pertanto anche di quella relazionale. Distinguere il dolore fisico da quello psichico e viceversa alla luce di quanto riportato fin qui, non ha più senso, in quanto la percezione della funzione e del significato del dolore ne influenza il vissuto sensoriale e quindi la capacità di sopportarlo, fronteggiarlo, curarlo o guarirlo, e inoltre, come abbiamo avuto modo di osservare, ogni esperienza dolorosa coinvolge più livelli esistenziali: somatico, mentale, relazionale, sociale (Browne, 1984). Concluderei riassumendo il tutto nell'espressione: << *Pater mathos*¹⁴⁰>>, facendo un accenno al pensiero dei nostri avi, i quali consideravano la conoscenza figlia del dolore. Il dolore quindi ci permette di crescere, maturare, conoscere e conoscerci fin dal principio della nostra vita, ma se eccessivo, non contenuto o ignorato, specie nella prima infanzia, può restare impresso nel corpo trasformandosi in sofferenza inesprimibile e condizionando l'esistenza dello psicosoma lungo il corso della vita (Mancia, 2004).

3.2 LA GENESI DEL TRAUMA

Il contributo di Sandor Ferenczi

"Mangiare carne è digerire le agonie di altri esseri viventi".
(*M. Ferenczi*)

Per introdurre il concetto di trauma, e in modo particolare di quei traumi indicibili, che non posso essere narrati, non possiamo omettere di considerare gli apporti teorici di un analista quale Sandor Ferenczi (1908a,1909b,1912,1927,1929a,1931.). Ferenczi (1931), come già accennato, dà una svolta alla tecnica psicanalitica, proponendo la *Terapia attiva*, tecnica di analisi appunto, che partendo dal "basso", si fonda sulla constatazione che le libere associazioni spesso possono risultare fuorvianti al fine del lavoro terapeutico, specie se ascoltate senza la concomitante osservazione delle "narrazioni non verbali" del paziente, e l'attenzione alla comunicazione interspichica tra quest'ultimo e l'analista. In assenza di questi presupposti infatti le libere associazioni non farebbero altro che produrre pensieri e fantasie a sostegno della rimozione delle esperienze e dei ricordi dolorosi. In continuità con quanto appena riportato, e avvicinandoci al tema in questione, mentre Freud (1914)

¹⁴⁰ Si apprende dalla sofferenza.

sottolineava l'importanza del ricordare, considerando il desiderio di ripetere del paziente come una resistenza, Ferenczi (1924) riteneva invece inevitabile la ripetizione, in quanto necessaria per far riemergere quel materiale inconscio che altrimenti rimarrebbe sepolto.

L' autore infatti scrive:

"[...] E' così che ci siamo infine risolti ad attribuire il ruolo principale, nella tecnica analitica, al ripetere anziché al ricordare. Ciò non significa però lasciare semplicemente sfumare l' affettività nel <<vissuto>>; il procedimento consiste invece [...] in un graduale concedere e in una risoluzione o trasformazione del prodotto in ricordo attuale" (Ferenczi,1924; p.177).

La ripetizione in altre parole, per Ferenczi (1924) non è altro che una ri-attualizzazione del passato, nel *qui ed ora* del *setting* terapeutico, in cui il paziente riproporrebbe dinamiche comportamentali inconsapevoli e radicate, che connotano il suo peculiare modo di approcciarsi al mondo e relazionarsi agli altri. Anche se Ferenczi (1924) distingue, tra ripetere e ricordare, è opportuno fare delle precisazioni a riguardo: l'autore con la ripetizione fa comunque riferimento ad una forma di ricordo, ma implicito, ed esprimibile solo attraverso "il fare di un corpo" che ha memoria di eventi vissuti, anche se privi di parole e quindi non narrabili. Per cui sia in relazione al ricordare che al ripetere, non trattiamo di altro se non di memoria, una memoria che tuttavia viene espressa con modalità differenti, ovvero rispettivamente in modo esplicito ed in modo implicito. La memoria implicita in particolare, non ha altri mezzi per esprimersi se non con il corpo e la ripetizione di quegli atteggiamenti, comportamenti e vissuti, che albergando nel soggetto, si esprimono al di là di ogni forma di consapevolezza. Il presupposto che regge questo innovativo approccio terapeutico è proprio la sua concezione del trauma. Ferenczi (1909b) era convinto infatti che la sofferenza psichica avesse origine da traumi per lo più inesprimibili, in quanto trasmessi, per via intersichica, ovvero per mezzo di un'introiezione da parte del bambino, di contenuti impropri, che investono e invadono la sua soggettività al di là di ogni volontà e intenzionalità per mezzo di una patologica identificazione proiettiva genitoriale. Quindi per l'autore, gran parte della sofferenza psichica ha origine da un' introiezione subita in modo passivo e forzato, di contenuti psichici grezzi ed inappropriati, nonché di "imposizioni implicite", altamente compromettenti la salute mentale e lo sviluppo della personalità e della creatività del bambino. Si tratta in altre parole di quella che Abraham e Torok (1987) definiscono

Incorporazione, che in altri termini potremmo definire “cibo tossico che deve essere ingerito”. Quest’ultimo non lasciando scelta al bambino, che sarà costretto ad introiettarlo, genererà un vissuto paradossale, che gli farà vivere una situazione di tensione e dolore lontana da ogni possibilità di essere compresa e significata, in quanto seppur “nutrito” al contempo “morirà di fame” e sarà costretto ad agire difese patologiche¹⁴¹, principalmente somatiche, per adattarsi a quest’angoscia insostenibile. Ma il trauma non consiste solo in questo, ciò che rende infatti più patologico il vissuto relativo a quest’ingestione di “sostanze psichiche” tutt’altro che nutritive, (o all’assenza *tout court* di “cibo psichico”), è il fatto che quest’ultime non siano passibili per il bambino di una rappresentazione interna (Ferenczi, 1908b), in quanto si verificherebbe da parte del *caregiver* una vera e propria “omissione di soccorso” dovuta a sua volta all’ “amnesia del proprio essere stati bambini” (Borgogno, 2002), che si realizza a causa della trasmissione transgenerazionale di contenuti psichici inconsci non elaborati (Vigna, 2006). Quindi l’assenza di un corrispettivo psichico dell’esperienza vissuta ha origine nelle mancanti o inappropriate e disfunzionali cure da parte di un *caregiver* assente, incostante o abusante. Lo stato emotivo in cui questi bambini riversano è caratterizzato da solitudine e abbandono, da un’angoscia priva di ogni possibilità di essere compresa e metabolizzata in quanto insignificabile, che genererà, nel dispiegarsi del percorso di sviluppo, completa “cecità emotiva” (Ferenczi, 1927, 1929a). Ferenczi (1929) comunque non pone l’accento solo su ciò che è stato fatto al bambino in modo inappropriato, ma anche su ciò che non è mai stato fatto: in entrambi i casi il trauma non viene e non può essere trasformato in evento psichico e resta misconosciuto, generando alla lunga una forte compromissione della formazione dell’*Io*. Secondo Ferenczi (1929b) il trauma va infatti ad intaccare la strutturazione dell’*Io* del soggetto, causando una grave ferita narcisistica che comporta il ritiro dell’investimento nei confronti del Sé e degli oggetti. Ciò si manifesta con assenza di motivazione, ma ancor prima di “capacità”, nell’instaurare legami psichici, con una concomitante regressione a forme di funzionamento tipiche delle fasi di sviluppo “protomentali”, in quanto la *Progressione traumatica*¹⁴² vissuta dal bambino comporterà dissociazione tra la sua mente in formazione ed il suo corpo (Ferenczi, 1929; Borgogno, 2011). Il risultato di questa inerzia è la mancanza di gioia di vivere o come asserirebbe Panksepp (2011) la “chiusura

¹⁴¹ Vedi paragrafi precedenti.

¹⁴² E’ un termine utilizzato da Ferenczi in molti dei suoi scritti, molto vicino al concetto Winnicottiano di dissociazione mente-corpo.

del cuore”, che facendosi da parte, lascia spazio ad una condizione interiore di “coma”, causata da una vita psichica mortificata, destinata a restare dissociata e frammentata. Quando infatti si verifica una precoce carenza ambientale¹⁴³, in modo particolare nella fase della dipendenza assoluta, il bambino non potrà fare a meno di sviluppare un falso Sé, adattivo e compiacente, perché interiormente mutilato nella sua espressione più singolare e creativa, tipica di ciò che sarebbe stato invece il suo vero Sé, al quale non sarà permesso di emergere e di formare una persona vera e intera, nonché integrata col proprio corpo (Winnicott, 1965). In queste situazioni in cui la vita psichica del bambino viene congelata e pietrificata da alti tassi di dolore e insostenibile impotenza, è frequente che si verifichino dinamiche di *Identificazione con l'aggressore* (Ferenczi, 1932), dovute all'introduzione nell'*io* del bambino, dell'oggetto traumatizzante. Così le figure genitoriali vengono introiettate dall'infante, che si identifica con loro per far fronte all'insostenibile realtà che vede il trasformarsi di quella che dovrebbe essere una “base sicura” nella fonte primaria di paura e terrore:

“[...]questa paura, quando raggiunge un certo livello, li costringe automaticamente a sottomettersi alla volontà dell'aggressore, a indovinare tutti gli impulsi di desiderio e, dimentichi di sé, a seguire questi desideri, identificandosi completamente con l'aggressore. Con l'identificazione, diciamo meglio con l'introiezione dell'aggressore, quest'ultimo scompare come realtà esterna; l'evento da extrapsichico diviene intrapsichico[...] Ma nella vita psichica del bambino il mutamento più importante, provocato dall'identificazione, per paura, col partner adulto, è l'introiezione del senso di colpa dell'adulto; questa introiezione fa apparire come un'azione colpevole un gioco considerato fino a quel momento innocente” (Ferenczi, 1932; p. 421).

Il bambino in altre parole preferirà concepire sé stesso come “cattivo” piuttosto che i propri genitori, apprendendo inoltre a relazionarsi agli altri sulla base della propria esperienza relazionale traumatizzante, che per lui rappresenterà una forma d' “amore”. Questi vissuti si amplificano nel caso di abuso sessuale in cui il linguaggio passionale dell'adulto travolge e compromette il linguaggio della tenerezza del bambino. Ferenczi (1932), tuttavia, nel suo saggio “*Confusione delle lingue tra adulti e bambini*”, rammenta altri due tipi di situazioni traumatiche: la *Punizione passionale* e il *Terrorismo della sofferenza*. La prima è una forma di punizione da parte dell'adulto, caratterizzata da forti valenze aggressive, che quest'ultimo esprime tramite sanzioni disciplinari connotate da

¹⁴³ Intesa come cure di *reverie*.

passionalità, che causeranno nel bambino forti sensi di colpa per qualcosa che ha compiuto innocentemente e spesso per gioco. La seconda invece fa riferimento all'inversione dei ruoli, a causa della quale il bambino "si sentirà in dovere" di far fronte a qualsiasi problema, caricando sulle proprie spalle un peso che di gran lunga supera il proprio, e che prima o poi finirà per schiacciarlo interiormente. Il bambino dimostra anche in questi casi, seppur in senso patologico e altamente compromettente lo sviluppo della propria integrità psicofisica e del proprio Sé, di essere dotato di una competenza relazionale che tuttavia pagherà con la mortificazione della propria soggettività, singolarità e creatività. E' proprio dal <<rovesciamento dell'adattamento>> nella relazione con la madre (o *caregiver*) (Borgogno, 2011; p.265) che origina il disturbo psichico, non per nulla Ferenczi (1929, 1932) sosteneva che dovesse essere la famiglia ad adattarsi al bambino e non viceversa. Il *Wise baby*, descritto da Ferenczi (1928, 1929, 1931, 1932) in molti dei suoi saggi, non è altro che un "poppante saggio" che ha fatto esperienza di un "ambiente disorganizzante", al quale per sopravvivere è stato costretto ad adattarsi. Questi vissuti precoci sono destinati ad albergare nell'inconscio del bambino e ad accompagnarlo nel suo percorso di sviluppo fino all'età adulta, in quanto restano registrati come ricordi impliciti nel corpo. Trattiamo dunque di "un inconscio che non è nient'altro che un <<luogo somatico>> popolato di aspetti del sé e degli oggetti disertati oppure mai nati psichicamente (Wright, 1991) a causa di un <<allevamento>> difettoso che non li ha al momento opportuno adeguatamente risvegliati e rispecchiati" (Borgogno, 2011; p.266).

3.2.1 L'IMPATTO DEI TRAUMI PRE E PERINATALI

*"Se il giardino è così fiorito perché è così pieno di dolore? [...]
Così ardente era il suo desiderio. Così profondo il suo dolore".
(J. Xianzu)*

Dal punto di vista neurofisiologico il trauma si iscrive nella struttura e nelle funzioni del Sistema Nervoso per mezzo dell'azione delle cellule gliali, che come abbiamo avuto modo di vedere, sono ormai considerate le principali fautrici del funzionamento mentale sotto diversi punti di vista (Fields, 2012). Considerando il loro ruolo, nella formazione del cervello, a partire dal periodo prenatale, e considerando la loro "essenza dinamica", principale artefice della plasticità del nostro sistema cerebrale, possiamo asserire l'importanza e l'impatto della relazione psicobiologica madre-feto nel determinare la salute biopsicorelazionale dell'individuo, certamente in continuità con lo sviluppo post natale. E'

ormai assodata infatti la capacità del feto di apprendere e dunque di memorizzare (Manfredi & Imbasciati, 2004), e ciò non lascia dubbi sul fatto che il periodo prenatale è un periodo appunto di apprendimento, in cui esiste già una memoria implicita dell'esperienza vissuta che determina le capacità di elaborazione degli stimoli nel periodo post natale per mezzo di un *Imprinting* neurobiologico che sarà a sua volta determinante per il benessere dell'individuo nel suo percorso di formazione e crescita. L'idea di un "paradiso intrauterino" espressa da Rank (1924) nel "*Trauma della nascita*", è oggi smentita da molti studi, che dimostrano come il periodo prenatale possa rivelarsi in realtà molto lontano da quello stato di "Nirvana", descritto dall'autore quasi alla stregua di un luogo utopico, in cui l'uomo desidererebbe rifugiarsi e ritornare ogni qual volta vive uno stato di angoscia e sofferenza (Peluffo, 2010). Tuttavia il merito di Rank (1924) resta quello di aver attribuito il giusto peso all'esperienza pre e perinatale, come fonte dalla quale attingere per ricostruire la genesi della psicopatologia, soprattutto a livello psichiatrico. Oggi numerosi studi dimostrano che traumi pre e perinatali possano favorire l'insorgere di malattie psichiatriche come la Schizofrenia, in cui il rapporto disturbato con la realtà avrebbe origine proprio a partire da una "patologica" relazione psicobiologica madre-feto durante la gravidanza, e madre-neonato, nei primissimi periodi post natali. A tal proposito Janus (1997) scrive:

"Un'elaborazione statistica del contenuto dei deliri di pazienti che si sono ammalati di schizofrenia nella pubertà ha rivelato una concordanza con eventi reali dell'epoca perinatale. Questi dati confermano le osservazioni di singoli terapeuti circa la presenza di contenuti di carattere prenatale e perinatale nel pensiero psicotico.[...] L'influenza prenatale e perinatale si rispecchia anche nel senso di irrealtà della persona psicotica, nella sua paura di disintegrazione psichica e nella concretezza del suo rapporto con il corpo" (Janus, 1997; p. 114).

Il vissuto di questi pazienti è di non essere desiderati, di non riuscire in alcun modo ad esistere realmente, nell'osservarli¹⁴⁴ sembra quasi siano stati avvelenati o intossicati "a tradimento" e per lungo tempo. Come sostiene Janus (1997) questi vissuti possono essere ricondotti a situazioni di estrema deprivazione, o di "nutrimento tossico", relativi al periodo prenatale, infatti dal punto di vista clinico, l'autore sottolinea come molti deliri

¹⁴⁴ Ricordo anche la mia personale esperienza di Tirocinio pre Laurea presso una clinica per pazienti psichiatrici, la sensazione che avevo nello stare a contatto con loro era proprio quella sopradescritta.

facciano riferimento, in modo più o meno esplicito, a dinamiche inerenti l'esperienza di vita intrauterina o al primo periodo postnatale. E' come se questi pazienti non avessero potuto sviluppare quell'*Equipaggiamento interno*, per riprendere le parole di Mancina (2004), necessario per venire al mondo e viverci. Questi aspetti più clinici possono trovare un corrispettivo dal punto di vista neurofisiologico nell'azione delle cellule gliali¹⁴⁵, che nel periodo di sviluppo prenatale sono implicate, come già accennato, in tutti i processi plastici e di formazione del sistema cerebrale (Fields, 2012). Le glia infatti svolgono fin dal principio dello sviluppo prenatale un ruolo decisivo nel progettare la costruzione del cervello¹⁴⁶, scomparendo¹⁴⁷ o trasformandosi una volta terminato tale lavoro. Un ruolo fondamentale in questo processo è svolto dalle *Glia radiali*¹⁴⁸, che tappezzando tutte le pareti del cervello embrionale, suggeriscono ai neuroni appena nati la direzione da prendere. Se è vero ciò, come lo è altrettanto il fatto che queste cellule siano implicate anche nella genesi di malattie come la Schizofrenia (Fields, 2012), considerando che la qualità della relazione psicobiologica madre-feto determina l'espressione genica di quest'ultimo e lo sviluppo dello stesso (Downing & Zoeller, 2000; Niederhofer & Reiter, 2004; Fields, 2012) possiamo ancora una volta dimostrare, alla luce di questi risultati, il decisivo impatto che le dinamiche intrauterine hanno sulla salute psicofisica del nascituro, in quanto i vissuti della madre sono risentiti a sua volta dal feto per via biofisica e protopsicofisica. In particolare nei pazienti affetti da Schizofrenia¹⁴⁹, come da altre gravi patologie psichiatriche, come forme acute di Depressione e Disturbo Bipolare, sono state riscontrate anomalie dal punto di vista genetico, tali da compromettere le funzioni di alcuni neurotrasmettitori, e non solo, anche lo sviluppo di oligodendrociti e mielina, infatti: "Il brain imaging e l'autopsia confermano che il cervello schizofrenico perde mielina e oligodendrociti nella regione coinvolta nell'elaborazione delle informazioni sensoriali,

¹⁴⁵ Ormai indiscusse artefici della connessione tra Sistema Nervoso, Sistema Endocrino e Sistema Immunitario (Fields, 2012; Panksepp, 1998)

¹⁴⁶ Sono implicate nella connessione delle fibre assonali con specifici neuroni, nella guida all'individuazione della posizione che quest'ultimi assumeranno nella complessa struttura cerebrale a partire dallo stato uniforme ed indifferenziato, nella formazione delle molteplici connessioni.

¹⁴⁷ Tuttavia recenti studi hanno dimostrato che parte di queste cellule continua a sopravvivere nel cervello adulto, svolgendo un ruolo di soccorso in caso di lesioni o malattie:

¹⁴⁸ Le cellule gliali durante lo sviluppo fetale, sono poi implicate anche nella costruzione del corpo calloso, un fascio di nervi il cui ruolo fondamentale è quello di connettere e far comunicare le informazioni tra i due emisferi cerebrali. Dopo la nascita, le glia radiali, iniziano a sparire, o a trasformarsi dando vita ad esempio agli astrociti, che si moltiplicheranno grazie alla rapida divisione cellulare.

¹⁴⁹ Certamente stiamo trattando di potenziali con-cause, partendo dal presupposto che non esiste un'unica spiegazione lineare allo sviluppo della Schizofrenia ma vi sono più variabili, come appunto quelle genetiche, che ne spiegano in parte l'insorgenza.

della paura e della memoria¹⁵⁰” (Fields, 2012; p.196). Inoltre è stato dimostrato che sarebbe la serotonina in eccesso il principale artefice della demielinizzazione e della carenza nella produzione di oligodendrociti, per cui considerando che tale ormone è strettamente connesso a tutti quei comportamenti istintivi atti alla sopravvivenza, e che viene prodotto dal nostro cervello arcaico, potremmo ipotizzare che il feto reagisca alla “tossicità della relazione psicobiologica con la madre”, in sostegno appunto della propria sopravvivenza, con un eccesso di produzione di serotonina, che in una fase così delicata dello sviluppo, andrebbe a compromettere le strutture e le funzioni del proprio sistema nervoso e della totalità del proprio organismo, entrambi in formazione. Anche se queste dinamiche resteranno impresse nella memoria implicita del feto per mezzo dell’*Imprinting* pre e perinatale, tuttavia è utile precisare che le caratteristiche e le funzioni delle cellule gliali, squisitamente esperienza-dipendenti, ci permettono di credere che questi danni possano essere limitati nelle loro conseguenze più devastanti, se nel periodo postnatale il neonato godrà di una relazione più sana e funzionale, e verrà accolto e protetto dalla madre con amore e sensibilità¹⁵¹. In conclusione rispetto quanto riportato, ritengo utile aggiungere un’osservazione di Fields (2012), circa un’ulteriore funzione della cosiddetta “sostanza bianca”. Lo scienziato sottolinea qualcosa di molto interessante alla luce di quanto stiamo disquisendo, ovvero che il rimodellamento del cervello, in seguito ad una lesione o durante i processi di apprendimento, riattiva molti meccanismi implicati nella formazione del cervello fetale¹⁵². Come dire che il nostro vissuto interiore, considerato da ogni punto di vista (psichico, fisiologico, neurobiologico, etc.), è costituito da tracce mnestiche di esperienze passate che vengono conservate al di là di ogni forma di consapevolezza e volontà e che sostengono il nostro adattamento all’ambiente. In particolare, il nostro inconscio (specie quello non rimosso¹⁵³), detiene ricordi che vanno oltre qualsiasi inquadramento temporale, ed è questo *Imprinting* che fa sì che le esperienze passate continuino a vivere in noi, influenzando ciò che siamo e saremo (Mancia, 2004). In definitiva in relazione al periodo gestazionale possiamo concludere affermando che il feto possiede già una “proto personalità”, in quanto è già capace di sentire, percepire,

¹⁵⁰ Informazioni che possono essere registrate nel corpo del feto in forma implicita.

¹⁵¹ Bisogna comunque considerare gli effetti sul temperamento del feto dell’*Imprinting prenatale*, tuttavia non esistono logiche lineari in grado di spiegare l’insorgenza di determinate psicopatologie.

¹⁵² “Quindi, le cellule gliali specializzate dirigono la formazione del nostro cervello durante la vita fetale per poi passare dietro le quinte ed osservare il cervello che svolge la sua funzione ma restando a disposizione di fare un nuovo ingresso sul palco e interpretare il ruolo dei neuroni nel caso in cui il cervello dovesse ammalarsi” (Fields, 2012; p.293).

¹⁵³ Verrà approfondito nel prossimo capitolo.

apprendere e dunque memorizzare, non possiede certo parole, ma sa comunicare ad un livello molto più profondo con la madre, riuscendo a cogliere qualsiasi forma d'amore o di rifiuto da parte della stessa (Janus, 1997).

3.2.2 SULLA PRIVAZIONE “PSICOSOMATICA”

*“Non avere ricordi dell'infanzia è come essere condannati a trascinarsi sempre dietro una cassa di cui non si conosce il contenuto”
(J. Becker)*

Possiamo parlare di *Privazione psichica* quando: “ad una rappresentazione espulsa dalla coscienza viene a mancare ogni possibilità di recupero sotto forma di sintomo o di sublimazione” (Mc Dougall, 1990; p.65). In questi casi lo psicosoma relazionale dovrà utilizzare messaggi primitivi per comunicare il proprio disagio, quindi segnali fondamentalmente somatici, proprio come quelli utilizzati dai neonati nella prima infanzia. Nel periodo postnatale l'infante non possiede ancora capacità di simbolizzazione né un *Io* formato, per cui la *Funzione alfa*, di contenimento e metabolizzazione di *Elementi beta*, indispensabile per lo sviluppo del bambino in senso evolutivo e integrativo, è fondamentalmente madre-dipendente (Blandino, 1999). Quando la *Funzione alfa* della madre viene a mancare, il bambino farà fronte a vere e proprie tempeste emotive, stati di bisogno, dolore, eccitazione, che saranno destinati a restare impressi nel corpo e privi di ogni sorta di elaborazione e significazione. In altre parole questo eccesso di *Elementi beta*, dovuti alle carenti funzioni di *reverie* materna, nel dispiegarsi del percorso di sviluppo, comprometteranno nel bambino, la formazione di un apparato per pensare (Bion, 1962). Freud (1915b) in questo caso direbbe che la psiche, priva di *Rappresentazioni di parola*, avrebbe a disposizione per esprimersi solo *Rappresentazioni di cosa*¹⁵⁴. In particolare l'autore al riguardo specifica:

“Ciò che abbiamo potuto chiamare la rappresentazione conscia dell'oggetto si scinde ora nella Rappresentazione della parola e nella Rappresentazione della cosa; quest'ultima consiste nell'investimento, se non delle dirette immagini mestiche della cosa, almeno delle tracce mestiche

¹⁵⁴ Freud (1915b) identifica le rappresentazioni di cose nell'investimento delle tracce mestiche più lontane che derivano da quelle immagini.

più lontane che derivano da quelle immagini. [...] la rappresentazione conscia comprende la rappresentazione della cosa più la rappresentazione della parola corrispondente, mentre quella inconscia è la rappresentazione della cosa e basta. Il sistema Inc contiene gli investimenti che gli oggetti hanno in quanto cose, ossia i primi e autentici investimenti oggettuali; il sistema Prec nasce dal fatto che questa cosa viene sovrainvestita in seguito al suo nesso con le relative rappresentazioni verbali. [...] Abbiamo il diritto di supporre che siano tali sovrainvestimenti a determinare una più alta organizzazione psichica, e rendere possibile la sostituzione del processo primario con il processo secondario che domina nel Prec” (Freud, 1915b; p. 85).

Possiamo dedurre da quanto riportato che le *Rappresentazioni di cosa* siano condizione necessaria ma non sufficiente alla formazione della psiche, Laplanche e Pontalis (1967), nel commentare questo concetto freudiano, precisano infatti che la rappresentazione è nettamente distinta dalla traccia mnestica, in quanto la prima ravviva la seconda, che in se stessa non è altro che la trascrizione dell’evento in forma grezza. Questa precisazione è essenziale per comprendere le dinamiche somatopsichiche relative a quegli eventi che nella prima infanzia non hanno trovato contenimento, e che non albergano, come asseriva Freud (1915b) nell’inconscio rimosso, ma nell’*Inconscio non rimosso*, dipendente dalle strutture e dalle funzioni della memoria implicita¹⁵⁵, non cosciente e non verbalizzabile (Mancia, 2004). Questo sistema di memoria detiene le tracce mnestiche di tutte le esperienze relazionali fino allo sviluppo delle capacità di simbolizzazione, dunque del linguaggio. Fino ai primi due anni di vita quindi non possiamo ancora parlare di rimozione, in quanto le strutture che sostengono le funzioni della memoria esplicita non sono ancora formate, e come scrive Mancia (2004): “Le fantasie e le difese collegate a queste esperienze preverbalì e presimboliche, depositate nella memoria implicita, verranno a costituire un nucleo inconscio del Sé non rimosso che potrà condizionare la vita affettiva, emozionale, cognitiva e sessuale del soggetto anche da adulto” (p. 30). Dunque la memoria implicita è il luogo in cui le esperienze traumatiche precoci vengono depositate senza andare incontro a rimozione, in quanto interessano tracce mnestiche essenzialmente procedurali ed emotivo-affettive. La qualità psicobiologica dell’esperienza relazionale durante la gravidanza e della preoccupazione materna primaria in seguito alla nascita del bambino, rappresentano quindi un veicolo di emozioni e affetti che costituiranno il “DNA psichico” dell’individuo. Per tale ragione i traumi vissuti in queste fasi delicate dello sviluppo, quanto più precoci, protratti e ripetuti nel tempo, potranno determinare alterazioni a questa

¹⁵⁵ Amigdala, cervelletto, gangli della base, corteccia del cingolo e le aree temporo-parieto-occipitali dell'emisfero destro.

struttura psichica di base e dare origine a difese e fantasie che resteranno depositate nell'individuo, andando probabilmente a compromettere la formazione dell'inconscio non rimosso e generando una conseguente compromissione della qualità dell'attaccamento, delle funzioni riflessive ed intersoggettive precoci e di conseguenza dell'organizzazione di un Sé solido e coeso (Mancia, 2004), in cui, per dirla con Freud (1915b), non ci sarà integrazione tra le *Rappresentazioni di cosa* e le *Rappresentazioni di parola*, o nei casi più gravi quest'ultime saranno trattate alla stessa stregua delle prime. Laplanche e Pontalis (1967) in relazione a quest'ultimo concetto, osservano appunto che Freud (1917), in "*Supplemento meta psicologico alla teoria del sogno*", ha mostrato come nella Schizofrenia le rappresentazioni di parola siano trattate come rappresentazioni di cosa ed è interessante notare a tal proposito come nelle manifestazioni psicosomatiche si produca un fenomeno psichico simile alla psicosi: le parole risultano svuotate di significato e contenuto affettivo, non hanno valore simbolico e vengono trattate appunto come cose. Ciò risale all'esperienza somatopsicorelazionale nel periodo di assoluta dipendenza madre-neonato, quando la qualità della preoccupazione materna primaria, essenziale fonte di contenimento, protezione e significato in relazione ai vissuti del neonato, è stata carente o assente, compromettendo quindi la rappresentazione di parola, come l'affetto che ad essa si connette. Quest'ultime quindi non troveranno posto nella psiche¹⁵⁶ del bambino, restando registrate nel corpo in qualità di *Elementi beta*. Questi elementi, possono avere destini diversi, ovvero possono esprimersi come somatizzazioni, per mezzo di una via regressiva, ma senza allucinazioni, oppure possono essere causa di psicosi (Bion, 1962; Mc Dougall, 1990). Nel particolare delle somatizzazioni, Mc Dougall (1990) le descrive riconducendole ad una forma di isteria che definisce *Isteria arcaica*, caratterizzata da un conflitto ben più primitivo rispetto a quello relativo alla soddisfazione libidica dei bisogni: il conflitto intorno al diritto di esistere (tipico anche della Schizofrenia). In queste circostanze le angosce sono legate al timore di perdere la propria identità, di frammentazione, o addirittura di perdere la vita, e sono riconducibili a quell'esperienza relazionale primaria con una madre il cui inconscio rappresentava un ostacolo all'ascolto dei bisogni del feto prima e del lattante in seguito, precludendo a quest'ultimo la possibilità di costruire progressivamente dentro di sé la rappresentazione di un ambiente protettivo che cura e da sollievo: "vuoto" questo, che persisterà fino all'età adulta e per tutta la vita. Il turbamento,

¹⁵⁶ Non c'è rimozione tale per cui si alimenti il capitale psichico dal quale la stessa psiche può attingere per fabbricare sintomi psicologici; questi ultimi, in caso di somatizzazioni, serviranno eventualmente a preservare il corpo dall'esplosione psicosomatica.

il dolore e l'angoscia provati dal neonato, come hanno dimostrato Fain, Kreisler e Soulè in *"L'infant et son corp"* (1974), possono esprimersi per vie somatiche in molti modi, dando luogo a differenti espressioni psicopatologiche relazione-dipendenti, come ad esempio l'insonnia infantile, il mericismo, l'asma, l'eczema, etc. Il corpo per un bambino è la "via regia" della comunicazione, e lo diventa anche per l'adulto in stati di regressione, quando appunto la via somatica diventa l'unico mezzo, sebbene primitivo, con cui la psiche cercherà di comunicare, attraverso messaggi che saranno interpretati appunto dal corpo:

"Così, in certi stati psicosomatici, un organo o una funzione corporea, in assenza di qualsiasi disturbo di tipo organico, possono agire come se fossero chiamati a rispondere psichicamente a una situazione conflittuale sentita come biologicamente minacciosa. Il corpo di un individuo può, ad esempio, comportarsi come se cercasse di sbarazzarsi di una sostanza tossica, anche se non è stato esposto ad alcun veleno (la retto colite emorragica è un buon esempio in questo senso: l'intestino si svuota in modo irrefrenabile). In altri casi è la funzione respiratoria ad essere inibita (nell'asma bronchiale il soggetto è spesso incapace di espellere l'aria dai polmoni)" (Mc Dougall, 1990; p.68)

Questi ed altri fenomeni non sono altro che messaggi inviati dalla psiche quando quest'ultima avverte il pericolo o l'insorgere di eventi dolorosi, la cui rappresentazione non può avere accesso alla coscienza. E' come se tali eventi si materializzassero all'interno dello psicosoma, divenendo sostanze tossiche contro le quali il corpo deve reagire per difendersi¹⁵⁷. Paradossalmente, benché tali manifestazioni ad un primo sguardo sembrano compromettere la salute dell'individuo, in realtà la loro funzione principale resta quella di proteggere lo stesso da un grave danno psichico, generato da angosce di ordine presimbolico e preverbale, che probabilmente se giungessero alla coscienza darebbero origine a manifestazioni psicotiche (*Ibidem*).

¹⁵⁷ Per tale motivo il titolo del presente: "Sulla privazione psicosomatica".

3.3 ATTACCAMENTI TRAUMATICI

Aspetti Neurobiologici e Neurofisiologici

*"Sentirsi vivi significa provocare un effetto".
"Provare risposta alle prime domande è la premessa per diventare
futuri adulti responsabili, con meno paure e pertanto meno
aggressività recondita". (Samy McJche)*

Per Bowlby (1988) la dimensione rappresentazionale della relazione col *caregiver*, sia cognitiva che emotiva, è un passaggio fondamentale nel processo di sviluppo, in quanto quando lo psicosoma fa esperienza di una relazione, inevitabilmente ne interiorizza determinati aspetti, che avranno un ruolo fondamentale rispetto alle percezioni, ai significati, alle aspettative, ed ai comportamenti che metterà in atto nelle esperienze relazionali successive, e ciò in modo particolare per quanto riguarda le prime relazioni significative. Nello specifico, l'autore si chiede quali siano le ripercussioni, sul dispiegarsi delle funzioni psichiche del bambino, di esperienze come la carenza, l'assenza e/o l'inadeguatezza delle cure materne. Psicosoma relazionale sta anche ad indicare, come abbiamo avuto modo di vedere, le innate capacità relazionali di ciascun individuo, fin dalla nascita, ed ancor prima durante la vita fetale, che ci consentono notevoli capacità di adattamento, permettendoci di modificare e influenzare (oltre che di esserne influenzati) l'ambiente interpersonale in cui viviamo. Considerando ora il caso di relazioni di attaccamento disfunzionali, può accadere, come precedentemente accennato, che il soggetto, come reazione alla carenza o inadeguatezza di cure da parte del *caregiver*, metta in atto manovre difensive, indispensabili per attenuare il vissuto di dolore e sofferenza che ne deriva, tuttavia tendenti ad esacerbare il clima relazionale. Il concetto di M.O.I. proposto da Bowlby nel 1973, diviene a questo punto fondamentale, in quanto rappresenta una sorta di memoria relazionale implicita che acquisirà un valore strutturale per la mente (Albasi, 2006). Le esperienze delle relazioni di attaccamento infatti, non vengono semplicemente ricordate, ma contribuiscono anche alla formazione di una determinata *forma mentis*, in grado di influenzare la costruzione e l'organizzare dei ricordi e dei significati dell'esperienza (Siegel, 1999). I M.O.I. (Bowlby, 1973) infatti, sono strutture complesse che si organizzano su più livelli, ma il livello sul quale ci soffermeremo, in coerenza con gli obiettivi di questo lavoro, è quello procedurale, nonché primo livello di

funzionamento, che riguarda tutte quelle modalità relazionali utilizzate per regolare gli stati interni e mantenere l'omeostasi del sistema personale e diadico, e che non può essere rappresentato simbolicamente attraverso il linguaggio. Quando questo livello di funzionamento risulta deficitario o compromesso, a causa di una madre (o *caregiver*) psicobiologicamente poco o per nulla sintonizzata con i bisogni del proprio bambino, quest'ultimo non potrà accedere alla regolazione dei propri stati affettivi, con una conseguente incapacità di autoregolare ed elaborare i propri vissuti emotivi (Granieri, 2011). In particolare Shore (2003) scrive:

“Queste personalità non raggiungono mai, dal punto di vista evolutivo, un'organizzazione psichica in grado di generare complesse rappresentazioni simboliche che contengono le informazioni necessarie a fuoriuscire dagli stati emozionali negativi indotti dallo stress, spesso al contrario, accedono alle rappresentazioni patologiche di un Sé disregolato che interagisce con un Altro non sintonizzato” (p. 59).

Dunque questi soggetti non saranno in grado di modulare i propri stati affettivi, in particolare quelli più primitivi, e mostreranno difficoltà nell'integrare le informazioni somato-sensoriali con quelle affettivo-relazionali, in poche parole non potranno costruire un Sé coeso e unitario, “situazione interiore” questa, che il più delle volte compromette la capacità di stabilire relazioni durature e soddisfacenti (Granieri, 2011). Considerando la tesi di Siegel (1999) e le recenti teorie di Fields (2012), non dovrebbe stupire il fatto che queste esperienze relazionali precoci andranno a svolgere un ruolo fondamentale nello sviluppo delle strutture e delle funzioni del cervello-mente. In particolare a venire compromesse saranno le strutture e le funzioni della *Corteccia orbito frontale*¹⁵⁸, che presiede appunto ai processi di regolazione neurobiologica e “la cui profonda plasticità evolutiva suggerisce una <<vulnerabilità preferenziale>> nei disturbi psichiatrici (Barbas, 1995)” (Granieri, 2011; p. 75). Ciò in quanto il bambino verrà sottoposto ad elevati livelli di cortisolo, a causa di ripetuti e ricorrenti episodi di disregolazione affettiva, dovuti ad un

¹⁵⁸ La corteccia orbito-frontale riceve input diretti da tutta una serie di aree cerebrali: dalla corteccia sensoriale, responsabile dei meccanismi percettivi; dalla corteccia somato sensoriale e dal tronco encefalico, che registrano le sensazioni somatiche; dal sistema nervoso autonomo che controlla le funzioni fondamentali dell'organismo; dalla corteccia prefrontale dorsolaterale, che media i processi dell'attenzione; dal lobo temporale mediale, implicato nella memoria esplicita; e dalla corteccia associativa, coinvolta nelle forme astratte del pensiero. Lo sviluppo della corteccia orbito-frontale è direttamente influenzato dalle stimolazioni legate alle forme di interazione emotiva che si stabiliscono nell'ambito delle relazioni precoci di attaccamento. Nella corteccia orbito-frontale, come nell'amigdala, si trovano cellule che rispondono agli sguardi e alle espressioni del viso, e queste componenti essenziali della comunicazione sociale attivano in maniera specifica tali regioni cerebrali. La corteccia orbito-frontale svolge anche un ruolo cruciale nel coordinare gli stati interni dell'organismo e i diversi processi rappresentazionali che sono alla base del ragionamento, della motivazione e della creazione di significati emozionali (Schoore, 2003; Granieri, 2011).

caregiver fondamentale traumatica. Lo stress, che il bambino dovrà gestire, impegnerà tutte le sue risorse a discapito di esperienze di apprendimento in senso evolutivo, che permettono invece lo sviluppo di sistemi di regolazione affettiva più maturi: “gli affetti vengono sperimentati semplicemente come sensazioni corporee e non come stati soggettivi discreti la cui intensità e durata può essere modulata” (*Ibidem*; p.75). In certi casi poi, può anche accadere che venga compromessa la comunicazione delle informazioni tra gli emisferi, comportando un fenomeno di “disconnessione funzionale dell’emisfero destro”, in seguito ad esperienze traumatiche, dunque a situazioni protratte e ripetute di stress, che causano fondamentale un’ alterazione della trasmissione delle informazioni interemisferiche, che a loro volta impediscono la traduzione in termini linguistici delle emozioni (Joseph, 1996). Il corrispettivo psicologico di queste dinamiche è rintracciabile nell’assenza di *reverie* materna, tale per cui gli *Elementi beta* sono destinati ad essere vissuti in forma grezza, senza la possibilità di essere contenuti, metabolizzati e significati (Bion, 1962). Alla luce di ciò, la disconnessione interemisferica potrebbe spiegare dal punto di vista neurofisiologico e neurobiologico, il massiccio uso di identificazione proiettiva, da parte di bambini che sperimentano attaccamenti traumatici, come unico mezzo grazie al quale poter comunicare i propri stati interni, in quanto incapaci di aver coscienza dei vissuti emotivi di cui fanno esperienza. Se infatti, durante i processi maturativi cerebrali, tipici della primissima infanzia, non viene stimolato, da parte delle funzioni riflesse del *caregiver* (Fonagy, 2001), il processo di ricodificazione nell’emisfero sinistro delle informazioni implicite, inizialmente immagazzinate nell’emisfero destro, le precoci esperienze affettive saranno percepite solo in forma rudimentale e non potranno in seguito essere verbalizzate (Pally, 1998b). Ciò avrà di conseguenza anche ripercussioni sullo sviluppo dei M.O.I, in quanto questi ultimi sono inevitabilmente influenzati dai meccanismi di difesa che lo psicosoma relazionale mette in atto per far fronte a situazioni di disagio e angoscia relazione-dipendenti: “In questo senso la figura di riferimento non solo è centrale per un’omeostasi di tipo fisico e pulsionale, ma il suo comportamento può favorire o ostacolare lo sviluppo e la qualità dei legami affettivi del bambino e la natura dei suoi modelli operativi” (Granieri, 2011; p. 78). In altre parole le relazioni di attaccamento possono, se ad “impronta sicura”, favorire lo sviluppo di processi adeguati alla regolazione degli stati affettivi del bambino e dunque di processi integrativi del Sé nel dispiegarsi del percorso di sviluppo, oppure, come accade nell’attaccamento traumatico, disconoscere i suoi bisogni di regolazione e di conseguenza

la nascente espressione della sua soggettività. Gli effetti a lungo termine di quest'ultime dinamiche, costituiscono le basi del *Trauma relazionale* (Borgogno, 1999a; Shore, 2003; Boshan, 2004). Questo concetto non sta ad indicare solo l'inadeguatezza delle cure e del sostegno da parte del *caregiver*, ma anche il potenziale carattere traumatizzante e abusante della relazione, tale per cui si innescheranno nel bambino reazioni emotive fortemente negative, che in questa delicata fase di sviluppo psicosomatico *tout court*, andranno ad iscriversi nelle strutture e nelle funzioni cerebrali e neuroendocrine dello stesso, con conseguenti ripercussioni anche a livello del sistema immunitario (Shore, 2003; Panksepp, 1998):

“In questo tipo di relazioni, la figura di accudimento è inaccessibile e reagisce alle manifestazioni di tensione del bambino in maniera inappropriata o respingendole; mostra pertanto una partecipazione minima o comunque imprevedibile ai diversi processi di regolazione dell'attivazione. Invece di assumersi la funzione di modulatore, induce livelli di stimolazione e di attivazione estremamente sregolati, molto alti in caso di abuso e molto bassi in caso di negligenza” (Shore, 2003; p.179).

Il bambino in questo caso sperimenterà forti stati di tensione ed angoscia ai quali dovrà far fronte da solo, dovendo provvedere autonomamente alla regolazione del proprio equilibrio omeostatico e come già accennato, dovendo di conseguenza investire tutta la propria energia e le proprie risorse per farvi fronte, subendo inevitabilmente una grave minaccia alla costruzione del proprio *Core Self* (Panksepp, 2009). Inoltre, come abbiamo avuto modo di vedere nel paragrafo 3.2, gli effetti del trauma relazionale, divengono ancora più devastanti quando lo stesso è disconosciuto dalle figure accudenti (Ferenczi, 1908b; Borgogno, 2002), che non mettono in atto alcuna “funzione riparatrice”; come scrive infatti Mc Dougall (1989): “L'impatto traumatico a lungo termine di un evento catastrofico dipende in larga misura dal modo in cui il genitore reagisce al trauma in questione” (p. 208). E' questo misconoscimento da parte delle figure accudenti che genererà nel bambino l'impossibilità di dare un nome e significare ciò che vive, con conseguente impossibilità di generare rappresentazioni simboliche complesse sia di Sé stesso che degli altri. In questo caso i modelli operativi che il bambino costruirà saranno M.O.I.D., ovvero *Modelli Operativi Interni Dissociati* (Albasi, 2006), relativi ad un funzionamento mentale di tipo primitivo, in cui il diniego da parte dell'adulto in relazione al trauma, sacrificherà lo

sviluppo della sua soggettività, trasportandolo in un luogo psichico che non gli appartiene (Ferenczi, 1932; Borgogno, 1999a). Dal punto di vista neurobiologico se in un primo momento il bambino reagirà con uno stato di intensa attivazione, dovuta alle funzioni del *Sistema Nervoso Simpatico*, una volta non ricevuta alcuna risposta di contenimento da parte del *caregiver*, sarà costretto a dissociarsi dagli stimoli del mondo esterno, per rifugiarsi nel proprio mondo, tutto ciò in conseguenza all'eccessiva produzione di cortisolo, che attiverà il *Sistema Nervoso Parasimpatico*, facendo sì che si allentino gradualmente le funzioni metaboliche, fino all'arresto, e che il comportamento di protesta venga inibito (Shore, 2002; Granieri, 2011). Il corrispettivo movimento inconscio, in queste circostanze, ma non solo, comporta l'identificazione con il proprio aggressore, che viene introiettato nel proprio mondo interiore, per far sì che scompaia dalla realtà esterna (Ferenczi, 1932). Questa reazione, che dal punto di vista comportamentale si manifesta come "un far finta di essere morti" (Shore, 2003; p.189), consente al bambino da un lato di difendersi e di far fronte al dolore, all'angoscia e alla tensione per mezzo di un massiccio uso di meccanismi di difesa arcaici, quali scissione, identificazione proiettiva e diniego, dall'altro tuttavia comporta nello stesso alterazioni e compromissioni significative dal punto di vista dello sviluppo neurofisiologico e neurobiologico, proprio in quanto richiede un eccessivo investimento bioenergetico. Tutto ciò viene quindi registrato nel corpo in forma primitiva, ed è probabile che in particolari situazioni di stress, specie relazionale, lo psicosoma, "plasmato" da queste esperienze precoci traumatizzanti, non avendo acquisito quell'equipaggiamento somatopsichico essenziale per farvi fronte, regredisca verso forme primitive di difesa, tipiche della prima infanzia, fondamentalmente basate sulla dissociazione.

3.3.1 SULLA DISSOCIAZIONE¹⁵⁹

“È spiacevole e tormentoso quando il corpo vive e si dà importanza per conto suo, senza alcun legame con lo spirito” (Thomas Mann)

La funzione regolativa materna, durante il periodo di maturazione cerebrale post-natale è fondamentale affinché il neonato sviluppi e mantenga specifiche connessioni sinaptiche (Ovtscaroff, Braun, 2001), se tale funzione è assente o gravemente disregolata in relazione ai bisogni ed agli stati emotivi del bambino, i modelli operativi che quest’ultimo costruirà saranno parziali e non funzionali allo sviluppo della mentalizzazione e di un Sé coerente e continuo, nonché integrato. Può accadere, in questi casi, che il neonato resti “preda” di vissuti fortemente negativi causati dallo stress relazionale (Granieri, 2011), vissuti in base ai quali, come evidenzia Stern (1985), costruirà ed organizzerà il proprio senso del Sé:

“Per <<senso>> intendiamo qui la semplice coscienza, distinta dalla consapevolezza autoriflessiva. Stiamo parlando di esperienza diretta, non di pensiero. Quando dico <<Sé>> mi riferisco ad uno schema stabile di consapevolezza che si presenta solo in occasione di azioni o processi mentali dell’infante. Un tale schema è una forma di organizzazione; è l’esperienza soggettiva organizzante di ciò a cui in seguito ci si riferirà verbalmente come al <<Sé>>. Questa esperienza soggettiva organizzante è la controparte esistenziale, preverbale, del Sé oggettivabile, autoriflessivo e verbalizzabile” (Ibidem; pp. 24-25).

Ciò che Stern (1985) descrive come senso del Sé, ha origine quindi nel corpo e nasce dall’esperienza sensoriale che si depositerà nei sistemi impliciti di memoria emotiva, situati nell’emisfero destro (Granieri, 2011). Quando il neonato, in queste fasi pre-varbali di sviluppo e strutturazione del proprio senso del Sé, vive esperienze relazionali traumatiche, non avrà la possibilità di dar senso a ciò che sperimenta e di integrare le informazioni che acquisisce in forma “grezza” con rappresentazioni delle stesse, restando in uno stato di “confusione angosciante” e abbandono che non lascia altre alternative

¹⁵⁹ “Il termine dissociazione acquista il suo significato in base ai criteri prescelti per la sua delimitazione. In generale esso designa la distorsione, la limitazione o la perdita dei normali nessi associativi con conseguente incongruenza tra idea e idea, tra idee e risonanza emotiva, tra contenuto di pensiero e comportamento, dove è leggibile una separazione e nel contempo un allacciamento arbitrario tra i diversi elementi della vita psichica” (Galimberti, 1999; p. 849)

nell'essere affrontato se non la dissociazione¹⁶⁰. In questo caso le connessioni che dovrebbero formarsi, non hanno possibilità nè mezzi per farlo, in quanto impedito dal trauma (Albasi, 2011). Winnicott (1975) a tal proposito, distingue il propedeutico stato primitivo di non integrazione primaria, funzionale allo sviluppo e da cui il bambino può organizzarsi in un essere unico e unitario (se sostenuto dalle cure di una madre in grado di proteggerlo e contenerlo), dallo stato dissociativo, disadattivo e disintegrato, a cui lo psicosoma relazionale, in via di maturazione ricorre in seguito al trauma. In quest'ultimo caso, viene penalizzato il processo di personalizzazione, ovvero lo strutturarsi di un rapporto stretto e interdipendente tra la psiche e il soma. Ciò comporta nel bambino una terrificante esperienza di assenza di continuità, dovuta all'attuarsi di processi dissociativi, generanti la formazione di un *Falso Sé adattivo* (*Ibidem*). La dissociazione è dunque un meccanismo di difesa primitivo e pervasivo che compromette gravemente lo sviluppo dell'integrazione psicosomatica e della soggettività, in quanto comporta il necessario uso di ulteriori meccanismi di difesa primitivi, quali ad esempio l'identificazione proiettiva e non permette l'elaborazione e l'integrazione dei contenuti traumatici, che non avranno accesso al mondo psichico. Per dirla con Bollas (1987), la struttura relazionale dell'*Io*, prodotto delle negoziazioni dello stesso con gli altri significativi, andrà a creare una memoria profonda in cui giaceranno questi contenuti mentali privi di ogni sorta di significato, dunque non passibili di essere verbalizzati, ed esprimibili solo attraverso il linguaggio del corpo. La dissociazione comunque non compromette solo lo sviluppo delle connessioni tra i livelli impliciti e i livelli espliciti del funzionamento mentale (dissociazione verticale), essa compromette anche le connessioni tra i vari M.O.I. (dissociazione orizzontale). Un buon funzionamento mentale infatti si basa sull'alternarsi, in senso adattivo, dei vari modelli operativi interni, che fondati sull'impronta di un attaccamento sicuro, permettono una certa flessibilità negli scambi relazionali in base alle specifiche situazioni (Albasi, 2006). Tale flessibilità viene invece soppiantata dalla rigidità e pervasività di pattern-relazionali traumatici. Questi ultimi, non permettendo il formarsi di

¹⁶⁰ Il trauma e i problemi di attaccamento sono variamente collegati alla dissociazione. A differenza della rimozione, la dissociazione riguarda connessioni che non si sono mai formate. La rimozione è infatti un processo attivato dall'esperienza del conflitto interno, la dissociazione è attivata dal trauma. L'esperienza del conflitto necessita una forma più evoluta di contenuti e funzioni psichiche, che invece il trauma e i processi dissociativi danneggiano. Non sempre è un processo patologico, infatti brevi esperienze di stati alterati della coscienza e del senso di Sé sono rintracciabili in alcuni ambiti della quotidianità.

connessioni, a più livelli del funzionamento mentale, a causa dei processi dissociativi che generano, hanno poi conseguenze nel dispiegarsi dei processi maturativi dello psicosoma relazionale, sia in senso retrospettivo che prospettico. In senso retrospettivo in quanto rendono “non accaduta un’esperienza”, in senso prospettico perché si perde ogni possibilità di costruire connessioni e significati fondamentali in relazione all’esperienza di vita: significati che restano misconosciuti (Albasi, 2006). La dissociazione causa quindi patologia quando disfunzionali processi di sintonizzazione e riconoscimento affettivo diventano recidivi, e fallendo, lasciano nella mente del bambino un vuoto, un “non-me” che non avrà possibilità di essere espresso. In questo caso la dissociazione, trauma-dipendente, è causata dal disconoscimento sistematico dello stato corporeo-mentale del bambino che crescerà con gravi lacune relative alla capacità di riconoscere e dare significato affettivo agli eventi, al senso dell’esperienza soggettiva, e alle relazioni che instaurerà, compromettendo gravemente il proprio senso di *Agency*. Ciò accade in quanto, tali esperienze restano impresse nel bambino in forma di memorie implicite, che avranno ripercussioni nel dispiegarsi del percorso di sviluppo, fino all’età adulta (Bromberg, 1998). Questi contenuti mnestici inesprimibili, ma comunque attivi nell’espressione vitale del soggetto, causano un senso di attesa inconscia, ingestibile e incomprensibile: si ha in questi casi la sensazione che stia per accadere qualcosa di cui tuttavia non è dato conoscerne la natura, ma che alberga dentro l’individuo, appartenendo dunque alla propria sfera intima. In altre parole, possiamo ancora una volta accostare questo vissuto, a ciò che Freud (1919) definisce *Unheimlich*. Quest’angoscia persecutoria, strettamente dipendente dai contenuti dissociati, compromette la capacità di riconoscere i meccanismi sottesi alle dinamiche relazionali patologiche, connotate da quella che Freud (1920) definirebbe *Coazione a ripetere*, e la capacità di costruire relazioni significative, infatti:

“[...]il trauma fa perdere la confidenza con l’esperienza interna, l’attitudine ad integrare autoregolazione e regolazioni interattive dei propri stati, la capacità di fidarsi delle valutazioni intuitive come informazioni essenziali per orientarsi nelle relazioni intime e di attaccamento. La configurazione dissociativa dell’attaccamento traumatico, sia in senso verticale sia orizzontale, si instaura propriamente nei M.O.I.D. e danneggia la costruzione delle relazioni di attaccamento. In questo ambito della conoscenza relazionale implicita procedurale, delle capacità su “come” si costruiscono relazioni di attaccamento sicure, risiede l’essenza patologica del trauma. Il trauma incide nelle competenze di base implicite che sono necessarie per poter sperimentare la propria

esistenza come un insieme di potenzialità per realizzare se stessi nella vita intima della relazione”
(Albasi, 2011; p. 207).

In altre parole nel bambino, a causa del trauma, vengono dissociati i significati soggettivi dell’esperienza, in via di formazione, dunque viene mortificata la nascita e la conseguente sensazione di avere una “mente viva”, in grado di costruire il senso della propria individualità, che non avrà possibilità di esprimersi. La dissociazione consente infatti di salvare la “presunta bontà” delle proprie figure genitoriali. Il bambino, di conseguenza al trauma relazionale, mette in atto difese che comportano l’interiorizzazione degli oggetti cattivi, la dissociazione dell’esperienza traumatica e la colpevolizzazione di se stesso, introiettando il proprio aggressore, al fine di mantenere un legame con i propri “oggetti d’amore”(Ferenczi, 1932). In questo senso la dissociazione diviene una difesa paradossalmente funzionale al mantenimento della relazione patologica, che sebbene tale resta comunque indispensabile alla vita psichica dell’individuo, pena la “ totale disintegrazione del Sé” (Ferbain, 1929, 1952).

3.3.2 I PARADOSSI DEGLI ATTACCAMENTI TRAUMATICI

“La verità è che quando vado bene , siccome la vita che mi fa andare bene ti esaspera, tu distruggi tutto fino a farmi andare male di nuovo [...] È triste però non poter avere insieme affetto e salute” (M. Preust)

La memoria implicita dell’esperienza traumatica dissociata resta nel funzionamento mentale dell’adulto come “possibilità di anticipare un trauma eventuale” (Albasi, 2012; p. 205). Questa sensazione è determinata dalla perdita della possibilità di costruire il significato di determinati vissuti e la conseguente perdita della capacità di stabilire connessioni tra gli stessi: non esisterà alcuna soluzione integrata della regolazione affettiva e lo psicosoma sperimenterà la sensazione di avere dei “buchi” relativi alla propria esperienza, avvertendo un senso di vuoto e di confusione latente. Il senso di *Agency* risulterà congelato, così come congelata sarà la percezione della propria affettività. La genesi di questi risvolti va ricercata nella grave e persistente mancanza di riconoscimento e sintonizzazione nella primaria relazione di attaccamento, condizioni che, come abbiamo più volte precisato, favoriscono l’insorgere della patologia: quello che viene interiorizzato

non è solo un affetto negativo, ma un'assenza, qualcosa che avrebbe dovuto essere ma che non è stato (Borgogno, 1999). Questi vissuti fanno sì che i meccanismi di funzionamento evolutivo non si sviluppino in modo adeguato, a causa di stili di rispecchiamento devianti, in grado di attivare processi dissociativi ed uno stile di attaccamento disorganizzato. Quando infatti la relazione di attaccamento si configura come traumatica, già nel periodo pre-verbale, ciò che viene compromesso è il collegamento tra i differenti livelli del funzionamento mentale, e lo sviluppo di alcune aree dello stesso, che di conseguenza si organizzerà per mezzo di Modelli Operativi Interni Dissociati ¹⁶¹(Albasi, 2006). I M.O.I.D. si formano ancora prima dell'acquisizione delle capacità linguistiche, sotto forma di schemi senso-motori, motivo per cui per la loro comprensione è fondamentale tener conto di tutti gli aspetti impliciti e procedurali della relazione, aspetti che peraltro ci consentono di discriminare la qualità delle competenze relazionali dipendenti a sua volta, in buona parte, dalla qualità dell'esperienza primaria di attaccamento (Albasi, 2006). I M.O.I.D. possono essere concepiti come l'evoluzione del concetto di dissociazione, e proprio per questo motivo non possono diventare oggetto di esperienza soggettiva a livello consapevole, restando attivi nella vita psicosomatica dell'individuo solo a livello implicito-procedurale. In altre parole non si tratta di semplici tracce mnestiche relative al trauma, ma della *forma mentis* e della "piega" che assume lo stesso funzionamento mentale in seguito al trauma relazionale: " Si forma una mente fatta per <<produrre>> trauma, per vivere all'interno di attaccamenti traumatici che sono qualcosa che impedisce la vita mentale" (Albasi, 2012; p. 209). Ciò in quanto non è stato consentito al bambino di costruire il significato soggettivo dell'esperienza, impedendogli di conseguenza la possibilità di seguire un percorso di sviluppo all'insegna dell'integrazione e della realizzazione personale, infatti: "I M.O.I.D. sono ladri di soggettività" (*Ibidem*), che nel contesto di un attaccamento traumatico viene mortificata dallo stesso *caregiver*, il quale invece avrebbe dovuto farla "sbocciare". Il paradosso in questi contesti è sostanzialmente racchiuso in una realtà in cui sono gli stessi oggetti d'amore a rivelarsi per il bambino al contempo traumatizzanti, e a misconoscere il trauma causato. A questo punto nel bambino resta impresso un senso di irrealtà rispetto all'esperienza relazionale che si trova a vivere, in quanto accettare che gli "oggetti cattivi" siano proprio i suoi oggetti d'amore genera una situazione paradossale di concomitante bisogno e terrore delle proprie figure di attaccamento: "[...] un'esperienza intensa di disgiunzione tra gli stati, senza possibilità di

¹⁶¹ Gli aspetti Neufofisiologici e Neurobiologici sono riportati nel paragrafo 3.3 del presente capitolo.

negoziare riparazione e integrazione in un contesto relazionale che nega la soggettività e i bisogni del bambino e manipola la versione rappresentazionale della realtà” (Albasi, 2012; p. 211). Ciò che il bambino mette in atto in queste situazioni è un *Diniego onnipotente* e, come suggerisce Ferenczi (1932) l’introiezione del proprio aggressore, passaggi indispensabili per tollerare la realtà, ma che al contempo creeranno delle aspettative vincolanti sul futuro, aspettative che indurranno in direzioni inverse allo sviluppo e alla maturazione psicosomatica. Il bambino viene “schiacciato interiormente” dal peso di tutti quegli *Elementi beta* che non solo non sono stati elaborati e bonificati dal *caregiver*, ma non sono stati proprio riconosciuti da quest’ultimo come tali. Il trauma in questi casi non fa riferimento ad un “macroevento negativo”, ma ad una situazione in cui viene vissuto giorno dopo giorno cumulandosi e ricorrendo, entrando dunque a far parte della realtà quotidiana del bambino (Albasi, 2006). Mi ricollego a tal proposito alla tesi di M. R. Khan (1979) sul *Trauma cumulativo*, concetto che fa riferimento ad una situazione in cui la madre (o il *caregiver*), che dovrebbe fungere da *Scudo protettivo*, chiede implicitamente al proprio bambino di adempiere a tale funzione, mettendo in atto quello che Borgogno (2011) definisce “rovesciamento dell’adattamento” (p.265). Si ha dunque un’inversione dei ruoli, tale per cui il piccolo si sente investito dal dovere di proteggere il proprio oggetto d’amore per adattarsi alle disfunzionali e traumatiche modalità interattive con lo stesso, dunque per salvaguardare se stesso e la relazione, della quale non può fare a meno per sopravvivere (Ferenczi, 1932). Quando la figura di attaccamento si relaziona al bambino disconoscendo o non prendendosi carico di alcune dimensioni esistenziali, o di buona parte delle stesse, accade che quest’ultime vengono dissociate ed elaborate per mezzo dei M.O.I.D. Questi particolari modelli operativi non si attivano, come sottolinea Bromberg (2006), solo in casi di enormi violenze fisiche o abuso sessuale, ma anche nelle storie di chi non ha vissuto tali traumi. E’ evidente quindi che il trauma può assumere varie forme e caratteristiche, che nonostante la loro possibile “varietà”, posizionano lo psicosoma relazionale in una realtà in cui non può esistere e svilupparsi una propria soggettività. Questa perdita di senso rispetto all’esperienza e al proprio Sé, compromette inoltre lo sviluppo di capacità che consentono di costruire relazioni di attaccamento significative, rendendo il soggetto schiavo di *Enacment*¹⁶²: “L’individuo si trova a rimettere in scena, nelle sue relazioni intime, il fallimento profondo dell’incontro di specificità tra la propria

¹⁶² Rappresentano il livello di funzionamento mentale dissociato dei MOID: l’espressione a livello implicito-procedurale degli stessi.

soggettività e quella della figura di attaccamento, chiedendo a livello implicito agli altri di <<aiutarlo>> a riconoscere qualcosa che non è mai stato conosciuto (Albasi, 2011a,b, 2004d, 2006), richiesta che contiene il bisogno paradossale di essere riconosciuti sia per quel che si è sia per quel che si può diventare” (Albasi, 2012; p. 212). Questo bisogno deriva proprio dai vuoti causati dal furto di significative porzioni della propria soggettività, vuoti, il cui peso è talmente grave sulla vita psicosomatica dell’individuo, che necessitano per essere tollerati di ciò che Steiner (1993) definisce *Rifugi della mente*, ovvero trappole in cui il soggetto cade, ma che paradossalmente sorreggono il suo funzionamento psichico, dando l’illusione di ritrovare quelle parti di Sé perdute¹⁶³. E’ evidente che a venir meno in tutto ciò è l’espressione e lo sviluppo di un Sé autentico e di un’autentica vita affettiva. I M.O.I.D. infatti non fanno riferimento ad un contenuto mentale specifico, essi sono un vero e proprio processo che si mette in atto ogni qual volta un attaccamento traumatico penalizza l’espressione delle potenzialità creative del Sé, interrompendo la possibilità di regolare gli affetti a prescindere dal fatto che siano negativi o positivi (Albasi, 2006). Anche questi ultimi infatti possono essere dissociati e processati per mezzo dei M.O.I.D.:

“[...] alcuni pazienti hanno fatto esperienza di non essere mai riconosciuti quando <<stavano per rallegrarsi>>, o erano gioiosi, ecc. (pensiamo ad un bambino che entra in stanza animato di gioia e la madre, sistematicamente, gli dice di smetterla, perché gli fa venire il mal di testa). Anche la gioia e gli affetti positivi possono non essere integrabili (ed essere in MOID)” (Albasi, 2012; p.213).

In definitiva i M.O.I.D. non sono altro che una “vita psichica” parallela, tuttavia mortificata, in quanto allo psicosoma non è dato conoscerne l’esistenza in senso dichiarativo. Questo mondo interno ed intimo che esiste ed opera al di là di ogni consapevolezza è ancora una volta un vissuto *Unheimlich* (Freud, 1919): familiare e paradossalmente al contempo sconosciuto, in grado di generare turbamento e angoscia.

¹⁶³ Per esempio l’uso di droghe, il gioco d’azzardo, una perversione sessuale, etc.

3.4 QUANDO IL SE' SI "ATROFIZZA" NELLA DIPENDENZA

"Ogni essere che viene al mondo cresce nella libertà e si atrofizza nella dipendenza"
(Silvano Agosti)

Il processo di separazione-individuazione necessita, come ormai assodato, di un propedeutico stato di fusione, di un primario rapporto simbiotico di totale dipendenza, in cui il bambino ha bisogno dello psicosoma madre per poter sopravvivere e sviluppare nuove competenze indispensabili per la propria crescita. Il ritorno a tale stato di "non desiderio" (Mc Dougall, 1990) è una fantasia che connota la vita psichica di ciascun individuo, ognuno di noi infatti durante il proprio percorso di sviluppo deve far fronte a vissuti di perdita e lutto, dovuti al graduale abbandono della dipendenza simbiotica dalla madre. Il processo relazione-dipendente di individuazione e riconoscimento della propria soggettività ci consente infatti di far fronte alle perdite che inevitabilmente dobbiamo affrontare per permettere il dispiegarsi dei processi maturativi *tout court*: la separazione dal primario oggetto d'amore diventa quindi il prezzo da pagare per lo sviluppo del *Core Self* (Panksepp, 2009). Se la qualità della primaria relazione con la madre mortifica la vita psichica del bambino, non riconoscendo la di lui alterità, accadrà che ogni esperienza di separazione sarà vissuta come una perdita, dunque comporterà una minaccia al proprio Sé. In questi casi la sofferenza psicosomatica che ne deriva necessita, per essere tollerata, dell'illusione di poter mantenere "un'unione fusionale con l'immagine-madre arcaica della prima infanzia" (Mc Dougall, 1990; p.46). La rappresentazione psichica della madre è dunque fondamentale per la vita psicosomatica del bambino in quanto, per mezzo della graduale introiezione dell'immagine materna quest'ultimo imparerà a determinare la differenza tra se stesso e la propria figura di attaccamento, comprendendo che potrà ricorrervi ogni qual volta avrà bisogno di sostegno, contenimento e protezione: ciò qualora la madre sia stata sufficientemente buona (Winnicott, 1965). Se invece la madre, in particolare quando il suo bambino soffre, non riesce a proteggerlo, contenendo ed elaborando tale sofferenza attraverso un'adeguata *reverie*, dunque generando di conseguenza vissuti traumatici, accade che al bambino non sarà permesso di sviluppare la capacità di distinguere tra la rappresentazione di Sé e la rappresentazione dell'altro, con una concomitante compromissione del processo di personalizzazione (Winnicott, 1974). Quando ciò accade la rappresentazione corporea resta arcaica dunque indefinita ed essenzialmente confusa con quella materna. In altre parole quando la madre diventa

oggetto traumatizzante, mortificando lo sviluppo e ostacolando l'integrazione psicosomatica del proprio bambino, quest'ultimo paradossalmente le resta incoscientemente legato:

“Così, separazione e differenza non vengono vissute da tutti come conquiste psichiche che arricchiscono la vita pulsionale dandole un senso. Esse possono anzi venire temute come realtà che sminuiscono il soggetto o lo svuotano di ciò che gli sembra vitale per sopravvivere. La lotta contro la divisione primordiale da cui sorge un in-dividuo può dar luogo a compromessi di tenore assai diverso: alla sessualizzazione del conflitto, alla costruzione di modelli di personalità narcisistica o borderline, a problemi di dipendenza, dalla droga o dai farmaci, all'alcolismo, alla bulimia etc, oppure ad una scissione profonda tra psiche e soma” (Mc Dougall, 1990; p.47).

Gli esiti che un attaccamento traumatico può determinare sono molteplici ma tuttavia comprensibili in relazione al funzionamento psicosomatico, attraverso due macro chiavi di lettura: una patologia in cui le funzioni corporee restano intatte mentre la mente si protegge dal mondo esterno con una “chiusura autistica”, o una relazione con il mondo esterno che non viene particolarmente compromessa a discapito tuttavia di una chiusura autistica del soma, che resterà sconnesso dalla vita psico-affettiva e dalle rappresentazioni verbali della stessa, mantenendo un funzionamento centrato essenzialmente su rappresentazioni di cose, che come abbiamo visto, possono dar vita ad esiti psicotici di tipo allucinatorio o a manifestazioni psicosomatiche (Freud, 1915b, Mc Dougall, 1990). Questa chiusura autistica del corpo in relazione alla vita psichica è la chiara dimostrazione dell'esistenza di traumi che hanno comportato il sacrificio di importanti porzioni di una soggettività che è stata mortificata, dunque che si caratterizza come non integrata e frammentata, costretta, in altre parole, a forcludere¹⁶⁴ ciò che appartiene al mondo affettivo e che pertiene lo sviluppo di un Sé autentico (Mc Dougall, 1990). Il bambino, in altre parole, sarà costretto a vivere nella *Posizione schizoparanoide*, descritta dalla Klein (1959) nel saggio *“Il nostro mondo adulto”*, posizione che col tempo diventerà un *modus operandi*, in quanto permetterà al neonato di adattarsi ai *pattern* relazionali traumatici, e dunque lo costringerà a vincolare su questa base le risposte al mondo e agli altri, risposte che resteranno impresse nella memoria implicita del di lui psicosoma, caratterizzando lo specifico funzionamento mentale dello stesso anche da adulto. Nei primi tre quattro mesi di vita la posizione

¹⁶⁴ Quando un affetto viene soffocato nella propria espressione, senza trovare compenso per la perdita dell'esperienza e della rappresentazione dell'evento connesso. Viene in altre parole espulso dalla psiche subirà una deprivazione.

schizoparanoide è propedeutica alla sopravvivenza del bambino ed essenziale al suo sviluppo, tuttavia quando la materna *Funzione alpha* non consente il passaggio alla *Posizione depressiva*, determinando una fissazione e dunque un blocco del processo di separazione-individuazione, accade che la personalità *in auge* del bambino si strutturerà sulla base di difese arcaiche, vissuti negativi quali invidia, avidità e ingratitudine, e un nucleo di fondo di dipendenza, in quanto vi sarà la rottura del funzionale susseguirsi dei normali *Fenomeni transazionali*, descritti da Winnicott (1951), indispensabili allo sviluppo e alla conquista dell'indipendenza (Blandino, 1999):

“Se non riesce a creare nel suo piccolo l’illusione che la realtà esterna e la realtà interna siano una sola e medesima cosa, se non è capace di intendere, di volta in volta, i desideri di fusione, di differenziazione e di individuazione del bambino, la madre rischia di metterlo di fronte a condizioni che potranno portarlo alla psicosi o alla psicosomatosi. E ciò impedirà al bambino di appropriarsi psichicamente del proprio corpo, delle proprie emozioni e della capacità di pensare o di collegare pensieri e sentimenti” (Mc Dougall, 1990; p. 51).

Credo che questo passaggio di Mc Dougall (1990) sia molto incisivo nel riuscire a trasmettere in poche parole ciò che connoterà la personalità di un individuo che non ha potuto, fin dalla sua primissima esperienza di vita, esprimere la propria autenticità, in quanto bloccato, mortificato e deprivato, nei mezzi e nelle potenzialità, da un oggetto d'amore che “rendendolo ostaggio del proprio psicosoma”¹⁶⁵, al contempo lo perseguita. In questi casi la necessaria scissione mente-corpo che ne risulta e l'ingente quantità di affetti forclusi, può avere molteplici conseguenze catastrofiche relativamente allo sviluppo del Sé dello psicosoma relazionale.

¹⁶⁵ Quest'espressione fa riferimento alle dinamiche interattivo relazionali trauma-dipendenti, incentrate su difese quali identificazione con l'aggressore, dissociazione, identificazione proiettiva, diniego, etc.

3.4.1 PERSONLITA' "DESAFFECTE"

“Risalite indietro, esaminate il fanciullo quando è nelle braccia materne; osservate il mondo esterno riflettersi per la prima volta nello specchio ancora oscuro della sua intelligenza; contemplate i primi oggetti che colpiscono i suoi sguardi; ascoltate le prime parole che svegliano in lui le forze addormentate del pensiero; assistete infine alle prime lotte che egli deve sostenere; allora soltanto potrete comprendere l'origine dei pregiudizi, delle abitudini, delle passioni che dominano la sua vita” (Jecqueville)

Nell'intento di rispondere alle domande poste in apertura del presente capitolo ho cercato di considerare differenti punti di vista e di integrarli in un quadro che spero sia stato il più coerente e chiaro possibile. Nel concludere tale percorso all'insegna della scoperta di tutte quelle dinamiche relative alla psicopatologia psicosomatica non posso tralasciare quelli che ne sono gli esiti in relazione alla personalità adulta, una personalità fondamentalmente *Désaffecté*¹⁶⁶ (Mc Dougall, 1990). In relazione al termine Mc Dougall (1990) afferma:

“[...]racchiude spesso un'idea di sconsecrazione, di estraneità. Un luogo “désaffecté”, adibito ad altro uso o sconsecrato, che non ha più la sua utilità originaria, conserva tuttavia qualcosa dell'uso che ne è stato fatto in precedenza. Ma il termine allude a altri due sensi ancora: il prefisso latino “dis” (che contiene un'idea di separazione o di perdita) può suggerire, metaforicamente, che certi individui sono psichicamente “separati” dalle loro emozioni e possono aver “perduto” la capacità di restare in contatto con le loro realtà psichiche [...]” (p.99).

Questo termine, rifacendoci alle parole che l'autore utilizza per spiegarlo, è molto vivido nel suo significato e riflette bene il vissuto di chi nella propria esperienza di vita, ed in particolare in riferimento alla primaria relazione di attaccamento, ha subito un misconoscimento del significato della propria esperienza, in particolare in termini di affetti e dunque di conseguenza dei presupposti somatopsicorelazionali indispensabili allo sviluppo di un Sé continuo, coerente ed integrato. L'“idea di sconsecrazione, di estraneità” di cui fa menzione l'autore riferendosi ad un luogo, rende bene il concetto, e riassume in modo pertinente il percorso intrapreso per sviluppare i temi del presente capitolo, in modo particolare se il “luogo” in questione è il corpo. Quest'ultimo nasce come *Unheimlich* (Freud, 1919) e come tale viene vissuto dal bambino in tutte le sue primarie espressioni, sintomi, manifestazioni, comportamenti, fin dalla nascita (e probabilmente ancora prima,

¹⁶⁶ Deriva da *Désaffectation*, che ha due significati: il primo fa riferimento al ritiro dell'affetto nei confronti di un oggetto, il secondo fa riferimento invece ad un oggetto che ha perduto la sua “valenza” originaria. Termine utilizzato da Mc Dougall (1990) nel testo: *Teatri del corpo*.

durante il periodo fetale, dove è rappresentato dallo psicosoma relazionale madre-feto). L'angoscia e il turbamento, intrisi nella stessa essenza *Unheimlich* del corpo, ci consentono fin dal principio della vita di comunicare e di ricercare calore, protezione e contenimento nella relazione, di cui ognuno di noi necessita per sopravvivere e per riuscire a superare quegli stati negativi che necessariamente ci troviamo a vivere durante il percorso di sviluppo che connota la nostra personale e singolare esperienza di vita. Ecco che se la madre fin dal principio mette in atto la propria *Funzione alpha*, contenitiva\bonificante, consentirà al bambino di significare quei vissuti estranei e nello stesso tempo tanto intimi e di superare progressivamente l' *Unheimlich* di cui sono intrise tutte le prime esperienze di vita, consentendo l'integrazione psicosomatica ed il processo di personalizzazione e formazione del *Core Self* (Freud, 1919; Bion, 1962; Panksepp, 2009). Certamente tale vissuto non viene superato una volta per tutte, ma si ripresenta in situazioni di stress, disagio, malattia etc. ed esprimendosi per mezzo del corpo ci comunica che abbiamo bisogno di cure, sostegno, protezione e contenimento da parte di un altro significativo, che ci consenta di tirar fuori quelle risorse necessarie per far fronte all'evento. Tali risorse possono tuttavia "non esistere" a causa di un'esperienza primaria di attaccamento traumatico, che esacerbando i pattern interattivo-relazionali, costringe lo psicosoma in formazione a forcludere ingenti porzioni di esperienza dalla psiche per mezzo di difese dissociative che non consentiranno l'integrazione mente-corpo a causa della deprivazione psichica di cui farà esperienza e che lo costringerà a quella che Panksepp (2011, 2012) definisce "chiusura del cuore". Tale espressione si riferisce ad una "chiusura autistica" in relazione ai vissuti emotivi che saranno esperiti appunto come *Désaffecté*, ovvero privi di ogni sorta di significato e svuotati dello stesso in quanto inaccessibili alla psiche, a tal proposito Mc Dougall (1990) scrive:

“vorrei segnalare che questi soggetti hanno fatto precocemente l'esperienza di emozioni intense che minacciano il loro sentimento di integrità e identità, e che è stato loro necessario, per sopravvivere psichicamente, innalzare un sistema molto solido per prevenire il ritorno del loro vissuto traumatico, portatore di una minaccia di annientamento” (p.100).

Gli esiti di questa *Désaffectation* sono riconducibili ad un bisogno incontrollabile di agire piuttosto che pensare, per *“disperdere immediatamente, sotto forma di azione l'impatto di certe esperienze emotive”* (Ibidem; p. 101). Come sottolinea ulteriormente l'autore, siamo

tutti prima o poi e in un modo o nell'altro, portati a scaricare le nostre tensioni nell'azione, specie in situazioni particolarmente difficili e stressanti, ma chi utilizza questo *modus operandi* in maniera rigida e vincolante è particolarmente esposto a grave vulnerabilità psicosomatica. Come inoltre abbiamo avuto modo di vedere nel precedente paragrafo, questi individui presentano anche un problema di dipendenza, in quanto gli effetti del trauma cumulativo subito e della concomitante dissociazione dell'esperienza, che non può essere significata, comportano dinamiche di identificazione con l'aggressore, dunque introiezione dello stesso, così come suggerisce Ferenczi (1932), tali per cui è necessario agire difendendosi in modo arcaico per mezzo di scissione, identificazione proiettiva e diniego, in modo tale da salvaguardare la "bontà degli oggetti" e di conseguenza la dipendenza dagli stessi. Ciò tuttavia comporta l'introjezione di "oggetti-Sé persecutori" che rendono appunto necessaria la dipendenza da qualcosa o qualcuno per poter permettere allo psicosoma di tollerare l'angoscia, la sofferenza e il vuoto che gli stessi causano. Questi vissuti negativi sono dovuti proprio all'incorporazione del "cibo tossico" di cui il bambino è stato costretto a nutrirsi, ma che lo ha lasciato comunque sempre affamato e dipendente dal bisogno di venire ulteriormente "nutrito". Sono tali dinamiche inconsce a costruire le basi di quella dipendenza senza la quale non sarebbe sostenibile una vita mortificata dal punto di vista psicoaffettivo. Il bambino in altre parole ha formato un funzionamento mentale che lo ha indotto a forcludere dalla propria vita psichica ogni affetto e ogni esperienza frustrante causata dal *caregiver* e ciò paradossalmente per mantenere intatta la relazione con quest'ultimo, che, come abbiamo più volte specificato, rappresenta al contempo la fonte di terrore da cui fuggire e di amore a cui "restare legato in M.O.I.D." (Albasi, 2006). Questa peculiare modalità di funzionamento mentale che mortifica la vita psicoaffettiva, contraddistinguerà il funzionamento psicosomatico dell'adulto, che privato di importanti porzioni della propria soggettività, non avrà altri mezzi per esprimersi se non quelli fisiologici, tipici dell'infanzia, che lo porteranno appunto alla *Risomatizzazione dell'affetto* e ad una qualche forma di dipendenza, dovuta al disfunzionale dispiegarsi del processo di separazione-individuazione, durante il quale il bambino non ha avuto modo di fare esperienza di *Fenomeni transazionali*, propedeutici alla costruzione di un Sé integrato, coerente e continuo (Winnicott, 1951; Mc Dougall, 1990). La dipendenza, di cui un adulto con tali "esperienze alle spalle" diventa schiavo, ha proprio il valore di quei fenomeni transazionali, che non essendo stati sperimentati a tempo

debito, in età adulta comportano il bisogno di quelli che Mc Dougall (1982) identifica come *Oggetti “transitori”*, nonché oggetti di dipendenza¹⁶⁷:

“Il paradosso dell’oggetto della dipendenza è dato dal fatto che, malgrado il suo potenziale talora letale, esso è sempre investito come un buon oggetto dall’una e dall’altra parte della mente. In qualunque forma si presenti, questo oggetto ha sempre l’effetto di rendere la vittima della dipendenza capace di ridurre rapidamente, magari per un breve periodo, il conflitto mentale e il dolore psichico” (Ibidem, 1990; p.104).

Questi *Rifugi della mente* non solo “anestetizzano” il soggetto dalla sua vita psicoaffettiva, dando l’illusione di vedersi restituire quelle parti di Sé che sono andate perdute (Steiner, 1993), ma lo costringono a vivere in modalità schizoparanoide, senza la possibilità di vederne alternative e dunque con buone probabilità di sviluppare una *Personalità negativa*, ovvero come suggerisce Mancina (2004) incentrata su: “invidia, competitività, gelosia delirante, odio, sadismo, voracità, disonestà, uso sistematico della menzogna, violenza, crudeltà, rifiuto delle regole di convivenza, fino a varie forme di distruttività” (*Ibidem*; p. 119), una personalità che ricorda molto quel *Narcisismo maligno e distruttivo* descritto da Herbert Rosenfeld (1965, 1987) per delineare lo stato ed il modo di funzionare della psiche di tali individui. Nel corso della vita dunque la nostra natura, che contiene i germi del Sé autentico, deve adattarsi e distorcersi di conseguenza alla specifica esperienza relazionale che lo psicosoma si trova a vivere, in modo particolare nel caso di contesti di sviluppo traumatici, in cui è necessario difendersi per contenere gli effetti del trauma (Albasi, 2006). Sono le difese che mettiamo in atto al cospetto delle specifiche modalità interattivo-relazionali precoci e la memoria implicita di quest’ultime ad influenzare e deformare ogni singolo aspetto della nostra personalità, a partire dalla nostra salute fisica, continuando con i nostri stati emozionali, i nostri pensieri, le nostre affermazioni, il nostro comportamento ed il nostro linguaggio. Gli effetti delle esperienze traumatiche precoci tuttavia vanno ancora oltre, inducendoci a riprodurre inconsciamente queste dinamiche durante la vita, e questo può accadere in modi differenti: possiamo, ad esempio, attrarre determinate persone o situazioni, quasi come “una calamita”, e possiamo anche sentirci attratti da queste stesse persone o situazioni, comportandoci in modo tale da indurre gli altri a ripetere le dinamiche del nostro trauma originale. Questa coazione a ripetere, come suggerisce

¹⁶⁷ Possono assumere forme differenti: droghe, alcool, relazioni sbagliate, gioco d’azzardo etc.

Mancia (2004) è prodotta dall'interiorizzazione di modelli di violenza e distruttività che garantiscono la trasmissione transgenerazionale di questo "DNA psichico negativo", l'autore infatti precisa:

"Forte sarà la potenzialità transgenerazionale di questi modelli che, operando precocemente, verranno depositati nella memoria implicita del bambino e andranno a far parte di un inconscio non rimosso che influenzerà l'individuo anche da adulto, condizionerà le sue relazioni con il mondo e si trasferirà da una generazione all'altra". (Ibidem; p121)

Possiamo affermare in sostanza che la psiche è essenzialmente memoria dell'esperienza relazionale, che ne caratterizza la sua stessa matrice a partire dall' *Unheimlich* corpo. In conclusione del capitolo, e come introduzione al tema del successivo, riporto un frammento di analisi tratto dal testo "*Teatri del corpo*" di J. Mc Dougall (1990), in particolare le parole della paziente Georgette, che a mio parere sono "il dipinto" dei temi affrontati nel presente. La donna afferma:

"E' l'asma che mi ha protetto dalla pazzia. Mia madre, che non mi toccava mai, mi penetrava però da ogni parte- con il suo sguardo, con la voce, con le sue parole che mi ferivano. Il suo sguardo era sempre doppio. O non mi vedeva affatto (salvo quando ero in qualche modo una parte di lei) o mi frugava con gli occhi, quasi eroticamente. Cercava spesso chissà cosa, nei miei cassetti, e intanto rideva in modo strano. Ma con le mie crisi d'asma lottavo da sola contro la morte, mi sentivo protetta contro di lei. E contemporaneamente mi aggrappavo alla sua presenza perché rappresentava anche la vita. Senza di lei non esistevo affatto. [...] Finché la mia pelle e i miei bronchi gridavano, finché lo stomaco mi straziava, la mia rabbia ha fatto del male solo a me stessa. Ho anche paura di ridiventare pazza, se il mio corpo non è ammalato vedrò segni di morte dappertutto, come quando ero bambina. Da malata il mio corpo mi appartiene- e la mia rabbia anche" (pp. 159-160).

La paziente grazie all'analisi ha potuto ricostruire, gradualmente e non senza sofferenza, queste immagini della relazione con la madre e di se stessa di riflesso a quest'ultima (la relazione). Tali immagini, impresse nell'*Inconscio non rimosso*, dunque prive di ogni sorta di simbolizzazione, potevano essere ricostruite solo attraverso l'analisi dei sogni, del transfert e del controtransfert, strumenti e mezzi attraverso cui possiamo, dar voce alla memoria del nostro corpo.

4. LA MEMORIA IMPLICITA: IL CORPO SI “RACCONTA”

4.1 PERCHE' TRATTARE DI MEMORIA (IMPLICITA)

*“Nel Paese della Memoria il tempo è sempre Ora”
(Stephen King)*

Introduco il tema del presente capitolo, in continuità con il percorso fatto fin qui, affermando che lo psicosoma, nella sua singolarità e peculiarità, è sostanzialmente memoria delle dinamiche relazionali significative che, fin dal concepimento, caratterizzano il suo “itinerario di vita”, fino a conferirgli quell'impronta unica e irripetibile chiamata Sé. Il filo rosso seguito, nonché il postulato alla base di questo lavoro, è infatti l'evidenza scientifica che l'esperienza genera apprendimento, e quest'ultimo altro non è che memoria di quanto appreso. L'esperienza infatti ci cambia e il contatto con l'ambiente, in particolare relazionale, genera cambiamenti nel nostro Sistema Nervoso (ricordiamo connesso al Sistema Endocrino e al Sistema Immunitario (Panksepp, 1998)) e altera il nostro comportamento per mezzo dell'apprendimento: noi chiamiamo questi cambiamenti ricordi! Non risulta dunque difficile comprendere, in accordo a questo importante concetto, quanto le funzioni mnesiche siano rilevanti per un buon adattamento all'ambiente. Abbiamo infatti considerato l'integrazione psicosomatica, come un processo di apprendimento, per mezzo del quale stimoli interni ed esterni, che investono il neonato fin dalla nascita trovano contenimento e vengono elaborati e bonificati per mezzo della *Funzione alpha* di una madre (o *caregiver*) che a partire dalla *Preoccupazione materna primaria* diviene poi *Sufficientemente buona*, e che proprio in quanto tale consente che da *Rappresentazione di cose*, gli stessi stimoli diventino anche *Rappresentazione di parole*, in quanto investiti di significato. In tal senso la memoria implicita dell'esperienza relazionale precoce si configura anche, a partire dall'*Imprinting* determinato dalla relazione psicobiologica madre-feto, come il fondamento di uno sviluppo psicofisico sano, in quanto all'insegna dell'integrazione. Mentre per ciò che concerne un contesto di sviluppo traumatico, in particolare nel periodo preverbale, abbiamo potuto osservare come i vissuti *Unheimlich* del neonato restino tali andando a costituire quel nucleo inconscio non rimosso del Sé che condiziona, in termini di disadattamento e disfunzionalità somatopsicorelazionali, l'esperienza di vita del bambino e dell'adulto *in auge*. Ecco che, arrivati a questo punto, risulta essenziale approfondire gli aspetti relativi alla memoria, in particolare alla *Memoria*

Implicita. E' infatti ormai dimostrato che esistono vari sistemi di memoria costituenti una *Struttura multi-magazzino*¹⁶⁸ (ancora più complessa di quella così definita in origine da Atkison e Schiffrin (1971)), che a sua volta si lega alle teorizzazioni sul Sé, il quale non può più essere concepito come "entità unica", ma piuttosto come *Core Self* (Panksepp, 2009), composto da più aspetti che si esprimono e si manifestano con modalità diverse, sebbene integrate e interagenti, proprio in relazione ai vari sottosistemi di memoria. Dunque, per tale ragione, l'interdipendenza tra Sé e memoria è stata da sempre oggetto di interesse e studio a partire da più punti di vista e discipline, e proprio trasversalmente a questi ultimi, si delinea in modo univoco la convinzione che i ricordi siano *Espressioni fenomeniche del Sé* (Barclay, 1996). Al riguardo Beike, Lampinen e Behrend (2004) sostengono che l'espressione cartesiana del *Cogito ergo sum* potrebbe essere ridefinita come: «io ricordo, quindi sono» (p. 4). Questa asserzione, a mio parere, è molto significativa e indicativa circa l'importanza dei ricordi nel processo di costruzione dell'identità personale, tuttavia credo che, gli autori la utilizzino per lo più in riferimento a quei ricordi passibili di narrazione, che sono strettamente legati dunque a ciò che di noi e della nostra esperienza di vita possiamo raccontare, costruendo al contempo quello che autori come Fivush & Haden (2003) definiscono *Sé narrativo*, grazie al quale possiamo avere consapevolezza di essere, di esserci nella storia e incrementare le nostre competenze discorsive. Ma che dire di quei ricordi sostanzialmente inscritti nel corpo e nel suo "fare" e dunque privi di parole per poter essere raccontati? Che relazione c'è tra questi ultimi e la costruzione del nostro Sé? Certamente, come abbiamo avuto modo di vedere, anche questo genere di ricordi contribuisce a definire "chi siamo", a prescindere dalla consapevolezza che abbiamo degli stessi. Tali *Ricordi impliciti*, sono infatti caratterizzati da un'essenza *Unheimlich*, dunque paradossale, che li configura come parti del nostro Sé, che tuttavia al contempo sono estranee e sconosciute, in quanto prive di significato e al di là di ogni forma di consapevolezza. L'attuale stato dell'arte rispetto ai vari studi e alle varie ricerche

¹⁶⁸ Il modello multi magazzino di Atkison e Schiffrin (1971) evidenziava l'esistenza di tre diversi tipi di "magazzini" di memoria: il primo fa riferimento al *Magazzino Sensoriale* (che conserva l'informazione per brevissimo tempo, rende possibile la percezione della realtà ed ha caratteristiche diverse a seconda dei sensi coinvolti); il secondo alla MBT (che conserva le informazioni grazie alla reiterazione); infine il terzo alla MLT (che ha una capacità molto ampia se non illimitata). Nel contesto della frase il termine *multi-magazzino* comprende in un'accezione più ampia anche la distinzione di Baddeley e Hitch (1974), che ridefinirono la MBT come *Memoria di Lavoro* (che permette il mantenimento temporaneo e la manipolazione delle informazioni durante l'esecuzione automatica di alcuni compiti cognitivi, come la comprensione, l'apprendimento e il ragionamento (Baddeley, 1986)); quella di Tulving (1972), che ha distinto la MLT in due diverse tipologie: *Memoria Episodica* e *Memoria Semantica*; quella di Squire (1987), che propone un'ulteriore distinzione tra Memoria Dichiarativa che comprende la memoria episodica e quella semantica ed implica un fenomeno di rievocazione consapevole e verbalizzabile di un dato evento, e la Memoria Procedurale, che invece non richiede la partecipazione della coscienza nei processi di registrazione e recupero dei ricordi e si associa a tutti gli apprendimenti automatici, non consapevoli e non verbalizzabili; infine la distinzione più recente di McDaniel & Einstein (2000) che distinguono tra *Memoria retrospettiva* e *Memoria Prospettiva* (distinguono rispettivamente la memoria degli eventi passati e quella degli "eventi futuri").

sulla memoria implicita oggi ci permettono di comprendere più a fondo l'importanza che i ricordi relativi alla stessa hanno sull'adattamento e sul funzionamento dello psicosoma relazionale in interazione con l'ambiente *tout court*, permettendoci di comprendere in modo più approfondito la complessità di un costrutto complesso come il Sé. Ogni "sfumatura" del nostro Sé può infatti essere espressa grazie ad un peculiare sistema di memoria, che sebbene specifico e per certi versi autonomo, necessita di lavorare in sinergia con gli altri, per consentire l'integrazione delle varie informazioni esperienza-dipendenti e dunque la formazione di una personalità coerente e continua. La psicanalisi oggi si focalizza proprio sullo studio dei processi che interessano le origini della coscienza di Sé (come fondamento della personalità del soggetto anche da adulto) e l'effetto che i traumi hanno, anche prima della nascita, nell'organizzazione della stessa durante il dispiegarsi del percorso di sviluppo del bambino. Dunque alla luce di quanto riportato è inconfutabile l'importanza dei ricordi e della memoria *tout court*, in quanto rappresentanti anche l'archivio inconscio dell'esperienza, che come sappiamo è la struttura portante della coscienza stessa (Mancia, 2004). Inoltre ciò che ci suggeriscono le più attuali teorie psicanalitiche in accordo con le recenti scoperte in ambito neuroscientifico, appunto relative ai vari magazzini di memoria, è l'esistenza, in particolare in relazione ai sistemi di memoria implicita, di un *Inconscio non rimosso*, che funziona in relazione a difese e fantasie arcaiche¹⁶⁹, e che è sede di quei traumi relazionali risalenti al periodo di sviluppo preverbale e presimbolico. Ecco che, in accordo con tali scoperte, acquisiscono maggiore importanza tutti quegli aspetti non verbali, somatici ed impliciti che connotano la comunicazione, in particolare nel contesto della relazione terapeutica; fattori che, come abbiamo avuto modo di precisare, già erano stati evidenziati da autori quali Ferenczi (1931), Goddrek (1923) e Reich (1933). In definitiva si aggiungono ragioni al fatto che non è possibile curare la mente senza riporre la debita attenzione anche ai fattori corporei *tout court* annessi e connessi, e viceversa, e ciò ci suggerisce un particolare occhio di riguardo non solo rispetto a ciò che il paziente ci racconta verbalmente, ma anche rispetto a ciò che non può raccontarci in quanto privo di parole, ma che può tuttavia "mettere in atto" nel contesto della relazione o esprimere per mezzo di manifestazioni somatiche, che in linea con il filo conduttore seguito, possono essere considerate come tracce mnestiche corporee, dunque implicite.

¹⁶⁹ In particolare scissione e identificazione proiettiva.

4.1.1 MEMORIA E PSICANALISI

Il contributo di Sigmund Freud

“Il suo [dell’analisi] lavoro di costruzione e, se si preferisce, di ricostruzione, rivela un’ampia concordanza con quelle dell’archeologo che dissotterra una città distrutta e sepolta e un antico edificio” (S. Freud)

La memoria è stata da sempre oggetto di interesse e studio in molti campi di ricerca, Psicanalisi inclusa. Freud (1895) per primo si interessò ad approfondirne l’importanza e la valenza, sia in relazione al percorso di sviluppo dell’individuo, sia per ciò che ne concerne l’implicazione nel contesto della terapia e dell’analisi, a partire dalla concezione della stessa come capacità che ha la facoltà di alterare il Sistema Nervoso in modo permanente in seguito ad un evento. Egli afferma in particolare che i neuroni conservano la traccia delle energie che fluiscono investendoli a partire dall’esperienza vissuta, mantenendo al contempo la loro recettività originaria. Nello specifico Freud (1895) sostiene l’esistenza di due tipologie di neuroni: quelli *Permeabili*, e quelli *Impermeabili*. I primi sono implicati nelle funzioni percettive, mentre i secondi fanno riferimento in senso stretto alle funzioni mnemoniche, le quali a sua volta vengono spiegate come facilitazioni esistenti tra neuroni permeabili e neuroni impermeabili, in altre parole:

“ [...] la memoria è rappresentata dalle differenze delle facilitazioni che esistono tra i neuroni, in quanto la memoria stessa è costituita dal selezionarsi e distinguersi di una via di conduzione nervosa tra le altre. E i diversi gradi con cui la permeabilità dei neuroni viene alterata costituiscono la base della selezione” (Mancia, 2004; p. 39).

Inoltre Freud (1895) in *“Progetto di una psicologia”* sostiene che la memoria dipenda dall’*“entità dell’impressione”* (p. 206) e dal riproporsi di un determinato evento che la caratterizza, dunque dalla sua frequenza, quindi come lo stesso autore precisa: *“la facilitazione dipende dall’energia che passa attraverso il neurone durante il processo di eccitamento e dal numero di ripetizioni del processo¹⁷⁰” (Ibidem).* Nell’ *“Interpretazione dei sogni”* (Freud, 1899b) il concetto di memoria resta fondamentalmente quello appena descritto, tuttavia Freud (1899b) nel medesimo testo precisa: *“Supponiamo dunque che un*

¹⁷⁰ E’ possibile notare l’analogia tra quanto appena riportato e i processi descritti nei capitoli precedenti in relazione alle dinamiche inerenti lo sviluppo nel periodo preverbale e presimbolico, dinamiche in grado di modificare la “struttura” dello psicosoma a partire da fattori neurofisiologici e neurobiologici.

sistema più avanzato dell'apparato¹⁷¹ accolga stimoli percettivi senza conservarne nulla, non abbia dunque memoria, e che dietro questo si trovi un secondo sistema che traduce l'eccitamento momentaneo del primo in tracce durature" (*Ibidem*; p. 491), ora, sebbene l'idea di base di un apparato mnemonico resti quella di una struttura cerebrale composta da due tipologie di neuroni, è chiara l'intuizione sottesa a tali parole, ovvero che la memoria sia un sistema complesso deputato alle funzioni di "link e integrazione" tra le tracce delle varie esperienze e percezioni. Le riflessioni che caratterizzano tutto il lavoro dell' "Interpretazione dei sogni" (Freud, 1899b) fanno quindi perno, in maniera più o meno diretta, su tutto ciò che concerne la memoria. Freud (1899b) inizia infatti anche a riflettere sull'importanza delle esperienze relative alla prima infanzia, in particolare quelle traumatiche, le quali sebbene "rimosse" sono in grado di lasciare tracce indelebili nella mente dell'individuo, influenzandone il suo funzionamento. Questa importante intuizione che Freud (1899) ha è uno dei presupposti fondamentali di questo lavoro, tuttavia l'autore, non potendo far riferimento ad una *Memoria Implicita*, sosteneva che tali ricordi facessero parte dell'*Inconscio rimosso*. Nel testo "Ricordi di Copertura" (*Ibidem*, 1899a) infatti scrive: "I nostri primissimi ricordi infantili saranno sempre oggetto di particolare interesse, perché il problema [...] come [...] sia possibile che le impressioni più importanti per tutto il nostro futuro non lascino di solito alcuna immagine mnestica, induce a riflettere sulla genesi dei ricordi coscienti in generale" (p. 451). Freud (1899 a,b) tuttavia non colse l'esistenza di ricordi archiviati nella memoria implicita, in primo luogo in quanto fondamentalmente ancora non se ne conosceva la stessa esistenza e l'implicazione nei processi di sviluppo psicosomatico, in secondo luogo in quanto le sue riflessioni erano incentrate sul periodo edipico dell'infanzia, periodo in cui le capacità linguistiche sono già sviluppate. Di conseguenza ha sottovalutato tutte le dinamiche relative ai processi di sviluppo e maturazione che avvengono nel periodo preverbale e presimbolico, dunque non passibili di rimozione proprio per tale ragione (Mancia, 2004). Come infatti sottolinea Galimberti (2003) nonostante la teoria pulsionale Freudiana (1923) rappresenti un importante ponte tra lo psichico ed il somatico, in realtà Freud (1923) non si spinse oltre, continuando a porre l'enfasi nel suo lavoro su tutto ciò che riguarda il recupero di quei ricordi verbalizzabili, dunque archiviati nel magazzino della *Memoria dichiarativa*, così come è evidente in "Ricordare, Ripetere e Rielaborare" (1914), in cui egli si riferisce

¹⁷¹ Psichico.

chiaramente ad un lavoro incentrato sui ricordi autobiografici, sebbene riferendosi al sogno ed alla sua relazione con la memoria, ancora una volta, dimostra di intuire l'esistenza di un magazzino che conserva le tracce implicite della nostra esperienza, infatti scrive: "Per una specie particolare di situazioni assai importanti che si verificano in un'epoca assai remota dell'infanzia [...] non è in genere possibile suscitare il ricordo. Si arriva a prenderne coscienza soltanto attraverso i sogni" (*Ibidem*; p. 355). Un'ulteriore e non meno importante intuizione Freudiana (1929) espressa nel saggio "Disagio della civiltà" (*Ibidem*) fa riferimento alla natura plastica del sistema nervoso, e dello psicosoma relazionale nella sua globalità, al cospetto dell'esperienza, la quale una volta vissuta non può essere in alcun modo cancellata. Egli a riguardo scrive:

"[...] nella vita psichica nulla può perire una volta formatosi, che tutto in qualche modo si conserva e che, in circostanze opportune, attraverso ad esempio una regressione che spinga abbastanza lontano, ogni cosa può essere riportata alla luce [...] Possiamo soltanto ribadire che nella vita psichica la conservazione del passato è regola più che sorprendente eccezione" (Freud, 1929; pp. 562-564).

Alla luce del percorso che abbiamo intrapreso fino a questo punto, tuttavia è opportuno a mio parere aggiungere un *quid* essenziale alle parole dell'autore, ovvero: "Possiamo soltanto ribadire che nella vita somatopsichica la conservazione del passato è regola più che sorprendente eccezione". E' quindi al passato che si rivolge il lavoro psicanalitico, in quanto espressione del presente e proiezione del futuro. Nel particolare, in accordo con il tema scelto, ci riferiamo ad un passato talmente remoto da non poter essere espresso con mezzi alternativi a quelli offerti dal nostro corpo, il quale detiene "ricordi fedeli" alle tracce che l'esperienza ha inscritto in esso. Ecco che la metafora dell'archeologo, utilizzata da Freud (1937b) in "Costruzioni nell'analisi", nel caso della ricostruzione di ricordi impliciti espressi non verbalmente a mio parere risulta più pertinente, in quanto a differenza dei ricordi autobiografici, non sono soggetti a rielaborazione e nel tempo non vengono deformati, anzi uno degli aspetti più patologici che li contraddistingue è proprio l'irrigidirsi attorno agli stessi del funzionamento dello psicosoma relazionale, che inconsapevolmente cerca di "restargli fedele" (vedi le caratteristiche proprie dei M.O.I.D.). Ecco che anche nel transfert si ripropone la storia passata in forma di *enactment* procedurali, o di manifestazioni psicosomatiche, che spesso sono perfino dissonanti

rispetto a quello che il paziente ci racconta verbalmente, per cui il compito del terapeuta diventa quello di “trasformare le memorie” delle esperienze traumatiche rimosse e non rimosse, in modo che il “fantasma (persecutorio) creato dal trauma e fonte di sofferenza sia elaborato e trasformato in fantasia e in pensiero” (Giaconia e Racalbutto, 1997 in Mancia, 2004; p. 42). Ciò che crediamo di aver dimenticato in sostanza si ripresenta inconsapevolmente nella quotidianità della nostra esperienza di vita, costringendoci in parte a “restare fedeli” rispetto alla storia della nostra esperienza relazionale relativa all’epoca preverbale, a partire dal periodo fetale, che resta fondante l’organizzazione della nostra personalità, infatti come sostiene Mancia (1981):

“Lo studio dello sviluppo della memoria infantile a partire dal periodo prenatale conferma l’importanza nell’organizzazione delle sue prime rappresentazioni. Le esperienze sensoriali del feto all’interno della cavità uterina, e in particolare quelle sensomotorie e uditive, ritmiche e costanti che riceve dal contenitore materno e dall’ambiente esterno, partecipano alla formazione di una memoria implicita di base che assisterà il bambino alla nascita e gli permetterà di vivere in continuità psichica nel passaggio dall’ambiente interno a quello esterno, passaggio non privo di una certa traumaticità fisiologica” (p. 42).

Le esperienze preverbalì che dalla nascita in poi vengono archiviate nella memoria implicita si riferiscono a tutto ciò che concerne la sensorialità: contatto corporeo-cutaneo, odore, ritmo del battito cardiaco, riconoscimento del volto materno etc. ed è proprio a partire da queste esperienze che possono verificarsi eventi traumatici in grado di mettere in crisi il sistema di attaccamento del bambino e l’organizzazione del suo Sé (Bowlby, 1969\82; Fonagy & Targhet, 1999; Stern, 1985). Queste esperienze traumatiche archiviate nella memoria implicita andranno a compromettere inoltre anche la maturazione delle capacità verbali e semantiche, generando la cosiddetta *Amnesia infantile* (Siegel, 1999), che sul piano neuropsicologico può essere attribuita alla disfunzionale e non completa maturazione di strutture cerebrali quali in particolare l’ippocampo (Perner & Ruffman, 1995). Il corrispettivo psicologico di un percorso di sviluppo segnato da tali dinamiche, sarà una personalità organizzata intorno a difese arcaiche quali scissione, identificazione proiettiva e negazione, indispensabili per ridurre l’angoscia provocata dalle cure disorganizzate e traumatiche del *caregiver*. In sostanza le esperienze che vengono depositate nella memoria implicita non potendo essere ricordate in senso dichiarativo, possono esprimersi soltanto attraverso la relazione con il proprio corpo, ma attraverso

modalità preverbal, tra cui l'identificazione proiettiva, e nel contesto dell'analisi attraverso le dinamiche transferali e l'analisi dei sogni (Mancia, 2004).

4.2 LA MEMORIA IMPLICITA

“Conservare e trasmettere la memoria, imparare dall'esperienza degli altri, condividere la conoscenza del mondo e di noi stessi sono alcuni dei poteri (e pericoli) che i libri ci conferiscono, e le ragioni per cui li custodiamo con amore e li temiamo” (Alberto Manguel)

Come già accennato, esistono numerose forme di memoria: una *Memoria motoria*, indispensabile per la coordinazione e la messa in atto dei movimenti che facciamo quotidianamente o per quelli più complessi, appresi per mezzo di specifici esercizi; una *Memoria sensoriale*, che coinvolge, integrando, le esperienze dei sensi; una *Memoria genetica*, che detiene tutti quei ricordi implicati nel processo di adattamento all'ambiente; una *Memoria cognitiva*, riguardante l'apprendimento in generale [...]. Questi sono solo alcuni dei diversi esempi che è possibile riportare per descrivere la varietà e la molteplicità dei “magazzini” che detengono i ricordi delle nostre esperienze di vita. Gli stessi rientrano, con logica categoriale, in “macro-magazzini”, quali in particolare quelli che riguardano la *MBT*¹⁷² (Memoria a Breve Termine) e la *MLT*¹⁷³ (Memoria a Lungo Termine) (Atkison e Shiffrin, 1971), la *Memoria Dichiarativa* e la *Memoria Implicita* (Squire, 1994; Schacter, 1996) e ancora la *Memoria Retrospettiva* e la *Memoria Prospettica* (McDaniel & Einstein, 2000). Il nostro interesse, in accordo con l'obiettivo del presente lavoro, sarà rivolto in particolare alla *Memoria Implicita*, implicata nella ritenzione di ricordi non coscienti né verbalizzabili, che riguardano dunque tipologie di apprendimento inerenti il *Priming*, la *Memoria Procedurale* e la *Memoria Emotivo-affettiva*¹⁷⁴. Il *Priming* è “l'abilità di

¹⁷² Questo tipo di memoria interessa il lobo parietale inferiore o temporale postero-superiore dell'emisfero sinistro per quanto riguarda il magazzino fonologico, e l'Area di Broca per quanto riguarda il ripasso articolatorio.

¹⁷³ Le strutture cerebrali implicate nelle funzioni della MLT sono: il lobo temporale mediale, che comprende anche la corteccia rinale, peririnale e paraippocampale e l'ippocampo, mentre l'amigdala partecipa integrando le informazioni emotive del processo.

¹⁷⁴ In termini di sviluppo i vantaggi più importanti della “memoria emotiva” sono associati al fatto che grazie a questa capacità di sintonizzazione empatica i genitori possono percepire i bisogni dei loro figli, e di conseguenza agire in maniera tale da rendere più elevate le loro possibilità di sopravvivenza. Per ora sappiamo che le aree che riteniamo responsabili della conservazione dei ricordi emotivi (corteccia orbito-frontale) sono collegate anatomicamente sia alle zone della corteccia che elaborano gli stimoli sensoriali sia alle strutture coinvolte nell'elaborazione delle emozioni, come l'amigdala e il nucleo accumbens (Schore, 2003).

identificare un oggetto visivamente o uditivamente come risultato di una precedente esposizione, anche se subliminale rispetto al livello di coscienza” (Mancia, 2004; p.32); la *Memoria Procedurale* pertiene tutti quei ricordi che riguardano movimenti appresi o gesti quotidiani che compiamo al di là di ogni forma di consapevolezza, quindi automaticamente; la *Memoria Emotivo-affettiva*, riguarda infine i ricordi inerenti esperienze affettive significative, in particolare riferite alle prime relazioni del bambino con la madre (o *caregiver*). Quest’ultimo magazzino di memoria detiene probabilmente anche le esperienze di vita relative all’ultimo periodo gestazionale, dunque sarebbe in grado di spiegare l’*Imprinting* neurobiologico che ne deriva (*Ibidem*). Infatti la relazione psicobiologica madre-feto, soprattutto nell’ultimo periodo della gravidanza, fa sì che il nascituro viva in stretta relazione con i ritmi bio-fisiologici della madre, che al contempo divengono anche i propri, in quanto venendo appresi dal feto, gli permetteranno di organizzare le prime rappresentazioni in seguito alla nascita (Mancia, 1981, 1989; Imbasciati, 1998; Cheour, Martynova et al., 2002). Inoltre, la memoria implicita detiene anche le esperienze sensoriali provenienti dall’ambiente esterno, che il neonato può percepire e memorizzare grazie a strutture cerebrali già sviluppate, che appunto consentono questo genere di apprendimento (De Casper e Fifer, 1980). Dunque in accordo con quanto appena precisato ed in continuità con ciò che fin qui è stato esposto, possiamo affermare che l’esperienza relazionale, fin dal periodo prenatale, e in seguito alla nascita fino allo sviluppo del linguaggio, va a costituire quel magazzino di “ricordi” impliciti che caratterizzeranno il DNA psicobiologico dello psicosoma relazionale, nonché l’essenza della sua memoria implicita, fondamentale inscritta nel corpo e nel suo “fare”. Quest’ultima viene connessa alle dinamiche di un inconscio ben diverso da quello descritto da Freud (1915 a,b), ovvero l’*Inconscio rimosso*, che, come sappiamo, riguarda capacità di memorizzazione passibili di rimozione, in quanto basate su strutture cerebrali mature quali: l’ippocampo,¹⁷⁵ la corteccia orbito-frontale e la corteccia temporale (Perner & Ruffman, 1995; Siegel, 1999). L’inconscio a cui ci riferiamo invece per ciò che concerne i ricordi relativi a periodi precedenti le capacità di simbolizzazione e verbalizzazione, è un *Inconscio non rimosso*, in quanto la sua formazione è sostenuta da strutture e funzioni di

¹⁷⁵ Struttura fondamentale nel processo di consolidamento dei ricordi: grazie all’ippocampo tracce mnestiche ritenute nella MBT vengono consolidate rientrando nella MLT.

aree cerebrali più antiche, quali le aree corticali posteriori temporo-parieto-occipitali¹⁷⁶, in particolare dell'emisfero destro. Nonostante tali strutture siano fondamentalmente arcaiche, così come le funzioni psicosomatiche che supportano, esse rappresentano la base portante lo sviluppo di strutture e funzioni cerebrali più complesse, dunque sono propedeutiche alla maturazione delle stesse. Pur essendo necessarie tuttavia non sono sufficienti a sostenere l'adattamento all'ambiente durante il dispiegarsi del percorso di sviluppo, quest'ultimo infatti per realizzarsi in termini di salute somatopsicorelazionale necessita del calore, della protezione e della *Funzione alpha* di una figura di attaccamento sensibile e responsiva, in grado di sostenere i processi maturativi del bambino attraverso vissuti emotivo-affettivi funzionali agli stessi, infatti:

“Il modello del mondo si formerà prima dello sviluppo del linguaggio, quando ancora il bambino non è capace di pensiero verbale né di simbolizzazione. Vari affetti, tra i quali l'invidia, possono disturbare questo processo e creare un <<fraindimento>> da cui può conseguire un disturbo del pensiero. E' chiara per noi oggi l'importanza di queste intuizioni: le esperienze precoci del bambino, preverbali e presimboliche, non possono che essere depositate nella memoria implicita e quindi andare a far parte della struttura di un inconscio non rimosso che continuerà ad operare nell'individuo anche da adulto e che ritroveremo nel transfert (e nei sogni) dei nostri pazienti” (Mancia, 2004; pp. 21-22).

Proprio da tali presupposti nasce l'interesse e la necessità di approfondire le dinamiche concernenti le fasi di sviluppo che precedono le capacità di simbolizzazione, dinamiche che per essere comprese, rendendo giustizia alla loro complessità, necessitano di uno sguardo olistico, anche quando considerate, come nell'ottica di questo lavoro, come tracce mnestiche implicite inscritte nel corpo e solo per mezzo dello stesso rintracciabili e ricostruibili. Queste rappresentano il “nucleo primitivo” della nostra personalità anche perché a differenza dei ricordi espliciti e verbalizzabili, in particolare per mezzo della *Memoria Autobiografica*, restano fedeli alle tracce originali, non subendo alcuna distorsione, proprio per la loro natura inconsapevole, corporea e fondamentalmente “grezza” proprio in quanto priva di significato simbolico.

¹⁷⁶ Ipotesi sostenibile già sulla base delle esperienze di Sperry (1974) e di Schacter e Curran (2000), in particolare rispetto al primo, in cui il soggetto commissurotomizzato agisce utilizzando la mano sinistra in seguito ad un comando visivo ricevuto dall'emisfero destro, ma senza averne coscienza o poterlo verbalizzare.

4.2.1 INCONSCIO RIMOSSO & INCONSCIO NON RIMOSSO

“L'inconscio è il mare del non dicibile, dell'espulso fuori dai confini del linguaggio, del rimosso in seguito ad antiche proibizioni”. (Italo Calvino)

La distinzione tra *Memoria Autobiografica* e *Memoria Implicita*, sia dal punto di vista strutturale che funzionale, riflette, come abbiamo avuto modo di vedere, la distinzione tra *Inconscio rimosso* e *Inconscio non rimosso*, creando un ulteriore *link* tra Neuroscienze e Psicanalisi. L'inconscio non rimosso in particolare è sostenuto nelle sue manifestazioni da strutture cerebrali quali le aree posteriori della corteccia temporo-parieto-occipitale, in particolare dell'emisfero destro (Schacter, 1996; Siegel, 1999), per cui comunica fundamentalmente per mezzo dell'identificazione proiettiva e si esprime, grazie alla stessa, in particolare nel transfert della relazione terapeutica, nella relazione con il proprio corpo e nel sogno (Mancia, 2004). Per ciò che concerne il “teatro del sogno”, alcune ricerche in ambito neuroscientifico, hanno dimostrato che le aree cerebrali che sostengono le funzioni della memoria implicita sono le stesse che si attivano maggiormente durante il sonno REM, dunque nella fase durante la quale si attiva la produzione onirica (Antrobus, 1983; Bertini e Violani, 1984). Questi risultati trovano inoltre sostegno se confrontati con quelli di Solms (1995), il quale ha dimostrato che pazienti con lesioni alle aree associative posteriori (corteccia temporo-parieto-occipitale sita dell'emisfero destro) manifestano assenza di attività onirica. Dunque da ciò si evince come il sogno abbia un ruolo indiscutibilmente rilevante per ciò che concerne la trasformazione delle tracce mnestiche implicite in ricordi verbalizzabili. Ancora a sostegno di tali evidenze possiamo riportare gli studi relativi invece alla “rimozione cosciente” dei ricordi autobiografici, che come dimostrano Anderson, Ochsner, Kuhl, Cooper, Robertson, Glover, e Gabrieli (2004), si accompagna ad un aumento di attività delle aree prefrontali e una concomitante riduzione dell'attività dell'ippocampo. Tali dinamiche neuropsichiche si scontrano con quelle tipiche del sonno REM, durante il quale al contrario, si manifesterebbe un aumento dell'attività dell'ippocampo ed una simultanea diminuzione dell'attività delle regioni prefrontali dorso laterali (Braun, Balkin, Wesensten, Carson, Varga, Baldwin, Selbie, Belenky, Herscovitch, 1998). Alla luce di queste evidenze scientifiche è già lampante la sostanziale differenza tra *Inconscio rimosso* ed *Inconscio non rimosso*. Certamente, l'inconscio *tout court* a cui ci riferiamo, è strettamente connesso a tutto ciò che riguarda lo sviluppo del Sé e dunque alla storia dello psicosoma relazionale, con particolare accento alle dinamiche emotivo-

effettive che la caratterizzano e che sono immagazzinate nella sua memoria implicita. Questi ultimi aspetti connotano sia l'inconscio rimosso sia l'inconscio non rimosso, tuttavia come suggerisce Mancia (2004) :

“Penso sia preferibile distinguere l'inconscio rimosso, descritto da Freud, dinamico e fondato sulla rimozione, come espressione del modello pulsionale, dall'inconscio non rimosso, quale espressione di un modello relazionale e contenitore di esperienze precoci e preverbalì che hanno partecipato all'organizzazione di rappresentazioni affettive delle figure più significative nello sviluppo del bambino e di fantasie e difese rispetto a delusioni, frustrazioni e traumi diversi che il bambino ha incontrato nel suo impatto con la realtà. Tra queste difese spiccano per importanza la scissione, l'identificazione proiettiva, la negazione, l'idealizzazione” (p. 49).

In definitiva le esperienze relazioni precoci, relative al periodo preverbale ed archiviate nella memoria implicita, costruiscono le fondamenta emotivo-affettive della storia relazionale del soggetto, storia che si manifesterà anche nel presente dell'adulto, in quanto inscritta nella struttura portante la sua personalità ed il suo peculiare approccio agli altri ed al mondo.

4.2.2 L'APPRENDIMENTO E LA MEMORIA VISTI AL MICROSCOPIO

Il contributo di Eric Richard Kandel

“Siamo ciò che siamo in virtù di ciò che abbiamo imparato e che ricordiamo” (E. R. Kandel)

Nel definire quelle che sono le strutture, le funzioni ed i processi implicati nella memoria implicita, non possiamo trascurare il contributo della biologia-molecolare. Tale disciplina in relazione allo studio dei processi mnemonici fonda le sue teorie sulla base del fatto che gli stessi si realizzano per mezzo di eventi appunto biochimico-molecolari, che si mantengono nel tempo andando a definire specifiche *sinapsi* (Mancia, 2004). Gli studi di Kornhuber (1973), sul *Potenziamiento a lungo termine*¹⁷⁷ (LTP), dimostrano proprio che le sinapsi, se sollecitate o meno da ripetute stimolazioni, possono andare incontro a modificazioni plastiche e strutturali permanenti: *Ipertrofia* e creazione di nuove connessioni in relazione agli stimoli che si ripresentano; *Atrofia* e diminuzione del numero di connessioni in carenza di stimoli. Stephen Rose (1992) inoltre ha incrementato la

¹⁷⁷ Tecnica che consiste nel somministrare stimolazioni ripetute a strutture centrali, che potenziano le loro risposte per un lungo periodo di tempo, dimostrando di agire come se conservassero memoria dello stimolo ricevuto (Kornhuber, 1973).

conoscenza riguardo questi processi, dimostrando che durante l'apprendimento il cervello va incontro ad alterazioni biochimiche che riguardano l'Acido ribonucleico (RNA), implicato nella sintesi proteica, la quale risulta fondamentale per la produzione appunto di nuove proteine e dunque di nuove connessioni tra i neuroni, tra cui le sinapsi che permettono di consolidare le informazioni in entrata (oggetto di apprendimento). Ad oggi sono numerose le prove scientifiche che dimostrano l'incremento dei livelli di RNA durante i processi di memorizzazione (Mancia, 2004). Queste evidenze scientifiche risultano già significative nell'intento di sostenere la tesi del presente lavoro, tuttavia va al Premio Nobel E. R. Kandel (1999) il merito di risultati scientifici in grado di dimostrare come stimoli provenienti dall'ambiente possano modificare stabilmente l'espressione proteica dei geni e la loro fissazione nelle sinapsi, creando condizioni di plasticità neuronale e appunto sinaptica, quale base organica della memorizzazione dell'esperienza.

¹⁷⁸Kandel (1998, 1999) nell'intento di costruire un ulteriore punto di incontro tra neuroscienze e psicanalisi, utilizza la ricerca in ambito biologico-molecolare, ed attraverso le sue progressive scoperte riesce in tale obiettivo. Nel testo "*Psichiatria, Psicoanalisi e Nuova Biologia della Mente*" (2005) infatti lo scienziato arricchisce i risultati delle sue precedenti ricerche con ulteriori evidenze scientifiche, dimostrando che a livello neurobiologico, nei mammiferi, l'attenzione è sostenuta dall'aumento di produzione della Dopamina, ormone che consente la fissazione delle proteine espresse dai geni sulle sinapsi coinvolte nei processi di consolidamento dei ricordi di specifiche esperienze. Risultati questi che peraltro si sposano bene con le teorie di Fields (2012) circa la plasticità del sistema nervoso al cospetto dell'esperienza ad opera della sostanza bianca, considerata ormai la principale artefice delle funzioni mentali¹⁷⁹. Dunque se pensiamo al modo in cui le esperienze relazionali precoci possano per mezzo di vissuti affettivo-emotivi, difese e fantasie, essere archiviate nella memoria implicita e lì rimanervi per il resto della vita, non possiamo non riferirci ai risultati appena riportati. Kandel (1998), nello specifico dei suoi studi sulla memoria, ci offre una cornice teorica all'interno della quale possiamo inserire

¹⁷⁸ L'espressione genica porta alla sintesi di proteine, che consente la crescita neuronale e alla formazione di nuove sinapsi, le esperienze attraverso l'attivazione di circuiti nervosi specifici influenzano direttamente le modalità con cui i geni vengono espressi e quindi la creazione di nuovi legami sinaptici

¹⁷⁹ Diversi tipi di studi indicano che lo sviluppo del cervello deve essere visto come il prodotto degli effetti che le esperienze esercitano sull'espressione del potenziale genico (Siegel 1999; Kandel, 1998). I geni contengono le informazioni che permettono ai neuroni di crescere di collegarsi fra loro, o anche di morire nel corso dei processi che portano alla differenziazione dei circuiti cerebrali; questi processi sono quindi programmati geneticamente, ma allo stesso tempo sono "esperienza-dipendenti".

tutti quei processi psicologici esperienza-dipendenti¹⁸⁰, con particolare riferimento, in questo caso, alle esperienze relazionali significative, tra cui *in primis* la relazione madre-bambino, concepita come prototipo delle successive esperienze relazionali. Tale cornice può essere riassunta in alcuni punti chiave:

1) Tutti i processi mentali normali e patologici derivano da operazioni del cervello, quindi ciò che definiamo “mente” non è altro che una gamma di funzioni svolte da tale organo, le cui azioni sono alla base di tutto ciò che siamo in grado di fare, dalle più semplici azioni quotidiane, alle più complesse capacità artistiche o intellettive. Da ciò si può dedurre che i disturbi del comportamento che caratterizzano la malattia psichiatrica sono disturbi delle funzioni cerebrali, anche se ad eziologia chiaramente relazionale;

2) I geni e le loro espressioni proteiche determinano *pattern* di connessione ed interazione tra i neuroni (sinapsi), sia dal punto di vista strutturale che funzionale, esercitando un’influenza significativa sul comportamento. Dunque la genetica contribuisce allo sviluppo delle più importanti malattie mentali;

3) Solo l’alterazione dei geni, non è sufficiente per spiegare tutta la complessità di una data malattia mentale, la quale dipende anche da fattori ambientali e relativi lo sviluppo. Inoltre così come le combinazioni tra i geni contribuiscono al comportamento, anche il comportamento e i fattori sociali possono esercitare, secondo una logica retroattiva, delle azioni sul cervello fino a modificare l’espressione genica e di conseguenza la funzione di cellule neuronali. Dunque l’apprendimento, incluso quello scaturito da *pattern* relazionali disfunzionali, produce alterazioni nell’espressione genica. Così non è più concepibile la distinzione tra “cultura” e “natura”;

4) Anomalie psichiche indotte da situazioni relazionali e sociali traumatiche possono essere prodotte attraverso modificazioni dell’espressione genica delle proteine. Queste modificazioni non solo contribuiscono alle basi biologiche dell’individualità, ma sono probabilmente responsabili anche, in senso circolare, dell’insorgenza e del mantenimento di *pattern* comportamentali disfunzionali;

¹⁸⁰ Gli studi genetici del comportamento in genere riportano che circa il 50% dei tratti della personalità analizzati sono attribuibili a fattori ereditari, mentre l'altra metà sarebbe dovuta ad aspetti dell'ambiente non condivisi, (Plomin, 1996); anche i fratelli - inclusi i gemelli monozigoti che vengono cresciuti insieme dagli stessi genitori – in realtà hanno un ambiente non condiviso, in quanto il comportamento dei genitori nei loro confronti non è identico.

5)La psicoterapia e la psicanalisi possono modificare, mediante l'apprendimento, il comportamento e le funzioni mentali agendo sull'espressione genica delle proteine che modificano la struttura e la potenza delle sinapsi neuronali.

A questi punti si ricollega la tesi di Kandel (2005) secondo cui la dopamina, che regola funzioni e comportamenti legate all'attenzione, al piacere e alla sessualità, è il neurotrasmettitore per eccellenza implicato anche nella fissazione delle proteine espresse dai geni in specifici siti sinaptici dei circuiti nervosi preposti alla memorizzazione dell'esperienza. Queste evidenze costituiscono un ulteriore punto di incontro tra neuroscienze e psicanalisi, in quanto se l'espressione genica è influenzata da specifiche esperienze relazionali e sociali, dunque può essere considerata fondamentalmente esperienza-dipendente, ciò significa che queste stesse esperienze sono "incorporate" biologicamente nella fissazione sinaptica di specifiche proteine, espresse da specifici geni in particolari cellule nervose presenti a loro volta in specifiche aree cerebrali (Mancia, 2004). E' bene precisare tuttavia che si sta trattando di "espressione genica", dunque di funzioni dei geni, non della loro struttura. Kandel (1998) a tal proposito, infatti distingue due funzioni del gene: La prima è la *Funzione modello*, fondata sulla trasmissione alle generazioni successive delle copie dei geni presenti nell'individuo, e al di là di ogni possibile influenza ambientale o sociale. La seconda è la *Funzione trascrizionale*¹⁸¹ che si riferisce alla capacità di un particolare gene di dirigere la produzione di specifiche proteine in una data cellula: tale funzione genica subisce invece l'influenza dell'esperienza e dell'apprendimento che ne deriva. Come è possibile dedurre da quanto appena chiarito, i geni non hanno solo la funzione di trasmettere l'informazione ereditaria da una generazione all'altra, anzi la loro *Funzione trascrizionale* ci permette di asserire con più forza che ogni processo mentale ha un corrispettivo a livello organico¹⁸². Detto ciò, alla luce di quanto riportato nel presente paragrafo ed in continuità con quanto esposto nei capitoli precedenti (in particolare nel terzo capitolo), possiamo comprendere più facilmente, quelle che, a livello di funzioni mnestiche, possono essere le ripercussioni di un attacco traumatico, a causa del quale si ha l'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-

¹⁸¹ L'espressione genica che porta alla sintesi di proteine, consentendo la crescita neuronale e la formazione di nuove sinapsi. Questa funzione ci dimostra che le esperienze attraverso l'attivazione di circuiti nervosi specifici influenzano direttamente le modalità con cui i geni vengono espressi e quindi la creazione di nuovi legami sinaptici.

¹⁸² Anche se gli attuali strumenti non ci permettono a tutt'oggi di osservare direttamente le modificazioni a livello cellulare o sinaptico che sottendono il processo in questione. Mancano ancora molti dati che consentano di analizzare processi relativi alla catena che dall'evento neuronale e sinaptico ci conduce all'evento psichico (Mancia, 2004).

surrene, dovuta ad esperienze prolungate ed intense di stress, che comportano il concomitante aumento di ormoni glucorticoidi nel sangue (Shore, 2003; Panksepp, 1998). Tali processi andranno a costituire tracce mnestiche corporee, date appunto da modificazioni a livello neurobiologico e neurofisiologico, tali per cui potranno essere compromesse anche le funzioni dell'ippocampo a causa di un'atrofia neuronale delle aree cerebrali interessate (McEwen e Sapolsky, 1995), che dal punto di vista neurobiologico può essere spiegata dall'eccessiva produzione di ormoni dello stress, che agiranno quali antagonisti della dopamina. L'ipotesi suggerita da Kandel (1999) in relazione a tali processi, è che gli stessi si realizzino in un danno al sistema di memoria dichiarativa, che sarà compromesso per ciò che ne concerne la maturazione. Infatti un evento traumatico, come la separazione precoce dalla madre, produce nel bambino una risposta allo stress che verrà immagazzinata dal sistema di memoria procedurale e dal sistema di memoria emotivo-affettiva, comportando danni permanenti a carico dell'ippocampo e di conseguenza modifiche persistenti nel sistema di memoria dichiarativa. Questi risultati potrebbero essere un'ulteriore spiegazione dell'incapacità di determinati pazienti di "dar voce" alle loro emozioni in seguito a quella che Panksepp (2009) ha definito "chiusura del cuore" che comporta di conseguenza la mortificazione di un *Core Self* integrato e continuo. In definitiva, il contributo della biologia-molecolare, in particolare delle ricerche e dei risultati di Kandel (1998, 1999, 2005), ci permette di trovare un ulteriore sodalizio tra neuroscienze e psicanalisi, quest'ultima costituisce un gran patrimonio di conoscenze cliniche che secondo lo scienziato vanno a divenire un importante strumento atto ad orientare la ricerca biologica nel contesto delle malattie psichiatriche.

4.3 IL TEATRO DELLA MEMORIA IMPLICITA NEL CONTESTO TERAPEUTICO

"Psiché non siamo noi a sapere, ma è in primo luogo una certa nostra condizione"
(Heinrich von Kleist)

Proprio le caratteristiche dei ricordi ritenuti nel magazzino della memoria implicita ci inducono a riflettere sul lavoro che interessa la relazione di cura, dunque sulle abilità comunicative e di ascolto attivo che l'analista o il terapeuta devono avere nei confronti del paziente. E' assodato ormai che la memoria sia il terreno privilegiato sul quale si lavora nel

contesto terapeutico o d'analisi, ma dalle teorie Freudiane (1895, 1899, 1923) a riguardo, cui siamo tutti debitori, la psicanalisi ha fatto enormi passi avanti, a partire dal contributo di autori come Sandor Ferenczi (1931). Quest'ultimo in particolare è stato il primo ad intuire l'esistenza di una memoria corporea, sottolineando come posture e movimenti fossero metafore di affetti e tracce mnestiche relazionali (Borgogno, 1999b). Ciò che Ferenczi (1931) in particolare suggeriva è l'importanza di fare della terapia una *Terapia attiva*, che egli stesso definiva "analisi dal basso" (Borgogno, 1999b), e personalmente credo che le intuizioni dell'autore siano state ormai ampiamente dimostrate dai risultati delle più recenti scoperte in ambito scientifico e psicanalitico rispettivamente riguardo la memoria implicita e l'inconscio non rimosso. Se è vero che l'esperienza relazionale ci cambia anche a livello corporeo a partire da modifiche su basi neurofisiologiche, sarà anche vero che una relazione significativa quale quella tra paziente e terapeuta, può generare dei cambiamenti importanti nella vita dello psicosoma. Il disturbo psichico infatti deriva fundamentalmente dal misconoscimento, da parte della primaria figura di attaccamento, del significato di esperienze che hanno inciso sul Sé per mezzo appunto di una relazione tutt'altro che fonte di calore, supporto e protezione, e poiché per tale ragione queste stesse esperienze non sono state riconosciute e significate, ricadono sul corpo e sull'espressione dello stesso, compromettendo la salute biopsicorelazionale dell'individuo (Mancia, 2004). La relazione resta quindi la matrice della soggettività di ciascuno di noi, configurandosi come mezzo e *primum movens* (tra le altre cause potenziali) dell'eventuale sviluppo di una psicopatologia, che non è più concepibile come "malattia della psiche" in senso stretto, ma coinvolgerà anche il corpo e le sue manifestazioni *tout court*. E' proprio per tale motivo che un terapeuta o un'analista non dovrebbero trascurare quelli che sono i messaggi impliciti del corpo e gli scambi degli stessi col corpo del paziente. Bisogna partire dunque lavorando "dal basso", in quanto ciò che manca al paziente è una vita psichica, che a causa del trauma lo condiziona ad una realtà in cui avverte la propria inesistenza (Ferenczi, 1932). Inoltre tanto più il trauma sarà stato precoce e pervasivo, tanto più sarà compromessa l'espressione vitale del soggetto, sia sul piano corporeo che su quello psichico (Granieri, 2011). Come durante lo sviluppo, l'integrazione nasce dal corpo e per mezzo dello stesso, grazie alla *Funzione alpha* di una madre sufficientemente buona, così seguendo il pensiero di Bion (1962) sul parallelismo tra relazione di cura e funzione di *reverie* materna, la stessa direzione deve seguire la terapia. Ecco che risulta essenziale nel processo terapeutico che, come la madre, l'analista sia sufficientemente buono e in grado

di contenere e bonificare gli elementi beta, grezzi e protomentali del paziente, consentendo a quest'ultimo di formare progressivamente un apparato per pensare che lo renda autonomo. E cosa sono gli elementi beta se non impressioni sensoriali e vissuti emotivi privi di ogni sorta di significato? Il paziente comunica i propri vissuti emotivo-affettivi attraverso il fare del suo corpo e le sue espressioni, per cui transfert e controtransfert sono dinamiche relazionali che si verificano anche sul piano corporeo. Per tali ragioni il terapeuta deve riporre attenzione anche a ciò che avviene nel corpo di entrambi i *partners*, restando tuttavia, nei limiti del possibile, consapevole della sua incidenza come persona sul transfert e interrogandosi sistematicamente sulle dinamiche controtransferali che vive sulla propria pelle. Il cuore della terapia risiede proprio in queste dinamiche, che investono per mezzo della relazione i due *partners*, e che sono essenzialmente “movimenti emotivo-affettivi”, che si dispiegano durante le interazioni, a partire da *enactment* procedurali, che necessitano di essere esperiti, riconosciuti e significati. La ripetizione, così come suggeriva già Ferenczi (1924), è un elemento essenziale della terapia, che ci permette di conoscere la storia relazionale del soggetto, storia che in certi passaggi ed in relazione a certe esperienze, specie quelle presimboliche e preverbal, non avrebbe avuto altro modo per essere “raccontata”. Il rapporto tra paziente e analista sarà inevitabilmente condizionato dai teatri inconsci che risiedono in entrambi gli attori della relazione, e che sono più complessi di quanto si ritenesse fino a qualche anno fa, in quanto costituiti da una componente rimossa e una non rimossa. In relazione a ciò Mancina (2004) precisa:

“Nel transfert, l'inconscio <<dinamico>> prodotto dalla rimozione si presenta nei ricordi che l'esperienza psicoanalitica renderà possibili, nel contenuto delle varie narrazioni e delle associazioni libere, nei lapsus e in alcuni tipi di sogno. L'inconscio non rimosso sarà invece soprattutto presente, oltre che nel sogno, nelle modalità specifiche della comunicazione che ha componenti verbali ed extraverbali. Mentre queste ultime sono caratterizzate da <<agiti>> e usi particolari del corpo come la postura e la motilità, l'espressività facciale, il modo di presentarsi e di vestire ecc., la componente verbale deve essere colta nella doppia semantica del linguaggio, che ci permette di dare un senso alla comunicazione del paziente non tanto nel contenuto delle parole quanto attraverso tono, timbro, volume della voce, ritmo, prosodia, sintassi e tempi di linguaggio. [...] Gli aspetti formali della comunicazione rappresentano la musica di ciò che avviene in seduta

(Odgen, 1999) e che ho definito la <<dimensione musicale¹⁸³>> del transfert (Mancia, 2003a)” (pp. 57-58)

L'autore in altre parole ci vuole suggerire l'importanza di dare ascolto a quegli aspetti impliciti del transfert, essenziali per riuscire a cogliere ciò che il paziente “racconta a-verbalmente” delle sue esperienze primarie, delle fantasie e delle difese inconsce che non può ricordare e che dunque può comunicare all'analista solo per mezzo di emozioni, affetti ed *enactment*. A sua volta, come suggerisce Granieri (2011): "nella relazione terapeutica l'analista personifica il <<processo del pensare>> e il <<processo del sognare>>, funzioni il più delle volte assenti nei pazienti [...]" (p.107), che deprivati psichicamente e emotivamente, non hanno altri canali comunicativi se non quelli corporei e procedurali. Questi si rifletteranno nei vissuti dell'analista per mezzo del controtransfert che andrà a “toccare corde” appartenenti all'inconscio non rimosso dello stesso. Per questa ragione è indispensabile che l'inconscio non rimosso del terapeuta non sia sfuggito a sua volta da un'accurata analisi, in quanto lo stesso andrà a condizionare la capacità di comprendere ciò che il paziente gli sta comunicando con modalità extra-verbali, determinando di conseguenza la qualità delle risposte transferali, in particolare per ciò che ne concerne tono e volume della voce, ritmo e musicalicalità del discorso, gesti e atteggiamenti, espressioni del viso o ancora potenziali manifestazioni psicosomatiche. Un altro strumento essenziale per arrivare ai contenuti non rimossi del paziente è il sogno, che necessita comunque di una chiave di lettura che non trascenda dalle dinamiche transferali del *qui ed ora* della seduta, infatti come afferma Mancia (2004) il sogno:

“[...]da una parte deve poter essere contestualizzato nella relazione psicanalitica e analizzato come <<finestra>> aperta alle fantasie, alle difese e ai sentimenti transferali (Mancia, 2000a), dall'altra può costituire un motivo interpretativo che riporta emozionalmente il paziente alle sue prime esperienze relazionali (anche traumatiche) e alle relative fantasie e difese inconsce che non possono essere ricordate ma che, come inconscio non rimosso, continuano a condizionare la sua vita affettiva, cognitiva, comportamentale e sessuale anche da adulto” (pp. 59-60).

L'analisi del sogno in altre parole è un ulteriore mezzo indispensabile, assieme all'analisi delle dinamiche transferali e controtransferali, per rendere pensabili e verbalizzabili

¹⁸³ La musica è una delle forme più pure di espressione delle emozioni. E' caratterizzata da variazioni di intensità, suoni, ritmi, intervalli che potrebbero essere considerati come espressione di emozioni fondamentali, che riflettono in maniera più diretta stati emozionali primari

esperienze, fantasie e difese che altrimenti non potrebbero divenire tali. Infatti è solo attraverso la padronanza di questi strumenti che può dispiegarsi l'azione terapeutica sul paziente, azione che necessita del riconoscimento di quelle esperienze, che come vissuti *Unheimlich*, albergano nel corpo del paziente con la necessità di essere riconosciuti e significati, in quanto la loro essenza li rende invece sconosciuti e non pensabili. In definitiva l'efficacia dell'azione terapeutica è strettamente dipendente dalla qualità dell'esperienza relazionale che l'analista (o il terapeuta) offre al paziente, a partire dalle inevitabili dinamiche appunto relazionali relative alle prime esperienze di attaccamento, che si ripresentano nel *qui ed ora* del *setting* terapeutico e che sono propedeutiche al dispiegarsi dell'azione curativa, certamente se, al momento opportuno, vengono riconosciute, elaborate e restituite bonificate (Blandino, 2009). Le scoperte scientifiche più recenti, a partire dal contributo di Siegel (1999), e corroborate dalle attuali teorie di Fields (2012), nonché da quelle di Kandel (2005), divengono poi una fonte essenziale per provare l'efficacia che una funzionale relazione di cura può avere rispetto al miglioramento della qualità di vita del paziente, che ricordiamo, è strettamente connessa al suo specifico modo di significare il mondo e di interagire con esso, a partire dall'influenza che l'inconscio non rimosso e i ricordi impliciti esercitano in relazione alla sua esperienza di vita. La mente infatti non è altro che il prodotto delle interazioni tra l'esperienza interpersonale e le strutture e funzioni del cervello, quindi emerge dalle attività dello stesso, a partire dall'*Imprinting* relativo alle primissime esperienze relazionali (comprese le dinamiche inerenti la relazione psicobiologica madre-feto). Quindi la terapia così come l'analisi, alterando le connessioni neuronali, per mezzo di un'esperienza interattivo-relazionale funzionale e significativa, può a sua volta plasmare direttamente i circuiti su cui si basano la memoria, le emozioni, e la coscienza di Sé (Siegel, 1999; Kandel, 2005).

4.3.1 IL RUOLO DELLA MEMORIA IMPLICITA NEL TRANSFERT E NEL CONTROTRANSFERT

“Non è soltanto il bambino piccolo ad essere plasmabile. Tutti abbiamo la capacità di cambiare, di cambiare anche in modo sostanziale, finché viviamo. Questa convinzione è sostenuta dall’esperienza. L’analisi è uno dei mezzi più potenti per provocare cambiamenti radicali, e meglio comprendiamo le forze operanti nella nevrosi, maggiore la nostra possibilità di produrre il cambiamento desiderato” (Karen Horney)

Nel transfert la memoria delle prime relazioni (del paziente), in particolare quella emotivo-affettiva, si ripresenta nel *qui ed ora* del *setting* terapeutico fondamentalmente per mezzo di *pattern* interattivo-relazionali. Ciò avviene per mezzo dell’identificazione proiettiva, con cui il paziente proietta inconsciamente sul terapeuta rappresentazioni del proprio Sé o degli oggetti interiorizzati, costringendolo a vestire tali ruoli e a vivere sulla propria pelle le caratteristiche degli stessi: sono queste dinamiche che danno vita nel transfert alla ripetizione delle esperienze pregresse (Blandino, 2009). E’ anche vero, come ci suggerisce la psicologia del Sé, che il paziente cerca nella relazione terapeutica anche un completamento del proprio Sé, che sente come deficitario, e che necessita del supporto e dell’approvazione del terapeuta, che fungerà da “Oggetto-Sé riparatore”. Quest’ulteriore concezione del transfert, oltre ad approfondirne la visione, ci consente di cogliere anche quella che è la sua “doppia dimensione”, che si dispiega in un primo momento nell’invitabile ripetizione dei *pattern* interattivo-relazionali impressi nello psicosoma paziente come memorie implicite dell’esperienza pregressa, e in un secondo momento nella “correzione” delle stesse, per mezzo dell’apprendimento di nuove modalità comunicative e relazionali. Questa seconda dimensione del transfert fa riferimento al suo valore ripartivo, grazie al quale il terapeuta può proporre (gradualmente) al paziente una “nuova visione del mondo”, certamente non senza un’accurata e sistematica analisi del controtransfert (Gabbard, 2005). Tutto ciò si realizza sia per mezzo di canali verbali, ad esempio di ricordi autobiografici del paziente, sia per mezzo di canali extra e intra verbali, che necessitano altresì di essere riconosciuti e significati. Infatti come gli aspetti impliciti dell’esperienza possono condizionare i processi di apprendimento e la formazione di memorie dichiarative, così il lavoro di ricostruzione, passando per i ricordi autobiografici del paziente, può facilitare l’emergere, nel transfert e nei sogni, di contenuti inerenti le esperienze più arcaiche, relative al magazzino implicito della memoria (Mancia, 2004). Per ciò che concerne le manifestazioni dell’inconscio non rimosso è necessaria tuttavia

un'osservazione accurata ed un ascolto attivo di tutte le manifestazioni corporee, che in tale contesto fungono anch'esse da "narrazioni" della storia del paziente, una storia che necessita di parole per essere significata, infatti come scrive Mancina (2004):

"La componente critica dell'azione terapeutica della psicoanalisi appare quindi quella di trasformare simbolicamente e rendere verbalizzabili le strutture implicite della mente del paziente. Si tratta di esperienze cariche di emozioni e radicate nel tono affettivo delle prime relazioni, piuttosto che nel ricordo di memorie autobiografiche risalenti ad epoche posteriori a quelle preverbalì. Rendere pensabili le strutture implicite della mente e le modalità inconsce con cui essa opera significa anche permettere al paziente di recuperare quelle parti di Sé difensivamente scisse e proiettate in epoche precoci dello sviluppo della mente"(p. 72).

Le esperienze traumatiche precoci, infatti, non hanno voce per poter essere espresse, dunque si servono del linguaggio criptico del corpo e del suo fare, per esprimere quella faccia della personalità del paziente organizzata intorno a difese e fantasie depositate nella memoria implicita, che faranno parte dunque del di lui nucleo inconscio non rimosso del Sé. E' imprescindibile nella relazione di cura dare ascolto al corpo, in quanto anch'esso sede di memorie relative a fondamentali esperienze di vita del paziente, ma non solo, bisogna lavorare sul corpo, a partire dalla comprensione di tutte le sue espressioni e manifestazioni, in quanto lo stesso diviene strumento di elaborazione e riparazione rispetto ad apprendimenti traumatici, che, come abbiamo visto, ingabbiano il paziente nell'inevitabile ed incontrollabile riproporsi del trauma originario (Mancina, 2004). La sensibilità del terapeuta ai fenomeni corporei manifesti per mezzo del transfert e del controtransfert facilita la comunicazione tra gli inconsci dei due *partners* della relazione, in particolare dal punto di vista emotivo-affettivo, contribuendo a consolidarne l'alleanza. Per il terapeuta, infatti, cogliere anche le sue sensazioni corporee e accettarle, significa mettere in gioco anche la propria soggettività, che verrà espressa principalmente per mezzo della peculiare comunicazione con il paziente, in un interscambio, che a partire dall'implicito, gli consentirà di comprendere ciò che per quest'ultimo risulta sconosciuto dunque non narrabile. Per tale ragione gli *enactment*, che caratterizzano il teatro di scambi interattivo-relazionali tra i due *partners*, sono un passaggio fondamentale che deve avvenire prima di qualsiasi elaborazione verbale o interpretazione, solo così sarà consentito al terapeuta di aiutare il paziente a divenire consapevole dei suoi modelli operativi e di tutto ciò che nel suo mondo interno è stato forcluso dalla psiche (Albasi, 2006). L'attenzione al registro

corporeo e alla dimensione implicita dell' interazione col paziente, che caratterizzano l'evoluzione della relazione terapeutica, comportano inoltre per l'agente di cura lo sviluppo di una particolare sensibilità nei confronti dello stile comunicativo dei propri interventi e consentono di cogliere per mezzo delle proprie reazioni fisiche, non verbali, indizi importanti circa il particolare affetto contro il quale il paziente "lotta inconsciamente" (Mc Dougall, 1990). E' in particolare con pazienti deprivati emotivamente e psichicamente, quindi non in grado di rappresentare mentalmente quanto accade nel loro mondo interno, che bisogna lavorare riponendo un'attenzione non indifferente all'espressione del conflitto per mezzo dell'azione e del corpo (Mc Dougall, 1992). Il compito del terapeuta in questi casi è arduo, e consiste più che nell'ascolto delle narrazioni del paziente, nell'osservazione attenta e sensibile di tutti gli eventi corporei che si realizzano nel teatro del *setting* terapeutico. Egli deve far in modo che il paziente riesca gradualmente a prendere contatto con quanto avviene nel suo corpo e per mezzo di questo, ma per farlo il terapeuta ha bisogno di sintonizzarsi con gli stati emotivo-affettivi dello stesso paziente, vivendoli per mezzo dell'identificazione proiettiva, e di conseguenza elaborandoli e restituendoli bonificati. In sostanza il terapeuta, vivendo sulla propria pelle i "moti interiori" del paziente, deve permettergli gradualmente di *significare* ciò che di terrificante è insito in lui in termini di angoscia senza nome, in primo luogo attraverso la sua capacità di tollerare ed elaborare le emozioni e gli affetti in gioco. Ecco che transfert e controtransfert non possono prescindere dal corpo, in quanto è principalmente per mezzo dello stesso che possiamo vivere sulla nostra pelle emozioni e affetti, che a sua volta possono essere significati solo dopo che se n'è fatto esperienza. Il terapeuta dunque deve passare attraverso l'*Unheimlich* veicolato dal paziente, che per mezzo del controtransfert vive in se stesso come un'esperienza intima e sconosciuta al contempo, esperienza che necessita solo in seguito al suo essere stata vissuta, di un significato. Come dire che il terapeuta deve necessariamente fare i conti con ciò che è sconosciuto e tollerare la frustrazione che questo comporta (Blandino, 2009). Transfert e controtransfert allora si attueranno nel corpo e per mezzo dello stesso, consentendo ai due *partners* della relazione di percepire il movimento dell'altro, le sue aspettative, la risonanza delle sue memorie pregresse etc., tutto ciò per mezzo della "descrizione corporea" di tali manifestazioni, che ci consente di riflettere immediatamente l'altro, senza tuttavia un'immediata consapevolezza che ciò stia avvenendo. Tutto questo può essere spiegato attraverso le funzioni dei neuroni specchio, che come abbiamo già accennato, ci permettono un riscontro dal punto di vista scientifico

per ciò che concerne le dinamiche dell'identificazione proiettiva e le capacità empatiche (Rizzolatti & Sinigaglia, 2006). E' a partire dal contatto con ciò che spontaneamente viviamo nel corpo, per mezzo dell'interazione con l'altro, che possiamo prendere coscienza di ciò di cui facciamo esperienza e di ciò che è nostro e ciò che non lo è, riuscendo ad evitare il contagio emotivo per mezzo della consapevolezza che possiamo costruire solo "dal basso" così come, suggerisce Ferenczi (1931), va intesa l'analisi ed il processo terapeutico. In altre parole il nostro corpo vive sulla propria pelle determinate esperienze che nel suo linguaggio criptico necessitano di essere riconosciute e significate, altrimenti corrono il rischio di albergare nello stesso come vissuti *Unheimlich*. Ecco che risulta fondamentale che il terapeuta abbia sufficientemente elaborato anche i propri contenuti inconsci non rimossi, che non vanno incontro a rimozione in quanto formati prima che le strutture cerebrali preposte alla stessa si siano formate completamente (Siegel, 1999; Mancina, 2004). Gli aspetti impliciti dell'esperienza relazionale del terapeuta e del paziente risultano dunque la base del processo terapeutico ricostruttivo, che partendo dal *qui ed ora* delle dinamiche relazionali che prendono corpo nella seduta per mezzo appunto del transfert e del controtransfert, ne permettono un successivo riconoscimento e l'attribuzione di quei significati simbolici necessari all'integrazione del Sé. In conclusione come suggerisce Mancina (2004):

"Il transfert va osservato nella sua dimensione relazionale totale (Joseph, 1985), ma essenzialmente nelle sue componenti extra- e infraverbali. [...] Questa modalità, più che il contenuto della narrazione, costituisce la metafora transferale delle esperienze affettive, emozionali e traumatiche che hanno caratterizzato il modello implicito della mente del paziente. Essa è in grado di <<pungere>> la pelle controtransferale dell'analista (Joseph, 1985) più di qualsiasi contenuto di una narrazione, in quanto è la componente formale e musicale della comunicazione che veicola parti del Sé scisse e identificate proiettivamente nell'analista" (p. 71).

Spetta al terapeuta quindi di rendersi sensibile all'ascolto delle parole che il paziente non può pronunciare, in quanto facenti parte del suo inconscio non rimosso, e di significarle in senso simbolico. Nel processo terapeutico viene posta quindi una particolare attenzione sull'analisi del transfert, che in termini più generici può essere letto come la memoria di una relazione perturbata dall'esperienza traumatica pregressa del paziente. In tal caso il terapeuta deve, contemporaneamente al dispiegarsi delle dinamiche transferali, spostare

parallelamente e pian piano l'attenzione ai vissuti *tout court* del corpo del paziente, cercando di dare un nome a ciò che sta avvenendo e cercando di comprendere quell'esperienza a quale parte dissociata della personalità si "agganci". Al tempo stesso, il terapeuta deve agire con consapevolezza rispetto alle proprie dinamiche controtransferali, cercando di modulare e comprendere ciò che avviene nel proprio corpo, in modo tale da risultare il meno "minaccioso" possibile per il paziente.

4.3.2 LA FUNZIONE SIMBOLOPOIETICA¹⁸⁴ DEL SOGNO

Il contributo di Mauro Mancia

"Siamo fatti della stessa sostanza dei sogni"
(*William Shakespeare*)

Freud (1899b) fu il primo a sostenere che i sogni rappresentassero la via principale per accedere ai contenuti inconsci. Nella sua teoria l'enfasi è stata posta in particolare sul concetto di desiderio, secondo Freud (1899b) infatti nel sogno i desideri rimossi e inaccettabili trovano una via per essere espressi nel *Contenuto manifesto*, che cela invece il *Contenuto latente*, cui non è consentito svelarsi nella sua "essenza" dalla funzione di censura della coscienza. Il sogno può essere considerato quindi, già a partire da questi punti essenziali della teoria freudiana, come una forma di pensiero che si esprime principalmente per immagini, suoni, e sensazioni corporee e che ci permette di avere accesso a contenuti inconsci rimossi, sebbene in forma criptica. Freud (1899b) tuttavia concepiva le manifestazioni oniriche più come "processi distorsivi" in cerca di interpretazione, che come processi di pensiero. Oggi sappiamo che il sogno è anche la via regia per accedere alla memoria, dunque anche ai contenuti dell'inconscio non rimosso, in quanto ci consente una "rappresentazione pittografica e simbolopoietica" di tracce mnestiche implicite significative, a-verbali e a-simboliche (Mancia, 2004; p.69). Ciò è confermato anche in ambito neuroscientifico, dove diversi studi hanno dimostrato che durante il sonno REM (*Rapid Eye Movement*) si ha l'attivazione di ampie aree associative tra cui quelle temporo-parietali, frontali e limbiche, che possono essere considerate responsabili delle funzioni mnestiche, semantiche, simboliche ed emozionali che connotano il pensiero onirico. Nel sonno REM si verificano inoltre condizioni di

¹⁸⁴ Capacità del sogno di trasformare simbolicamente esperienze arcaiche rendendole, anche senza ricordo, rappresentabili, verbalizzabili e pensabili.

attivazione cerebrale che consentono il recupero di tracce mnestiche più definite e anche di narrazioni di una certa lunghezza (Antrobus, 1983; Mancina, 2004). Appare chiaro a questo punto il legame del sogno con la memoria, in quanto nelle sue espressioni non farebbe altro che allacciare, con la sua “logica” peculiare, tracce mnestiche esplicite e implicite, cercando una certa continuità con l’esperienza presente dello psicosoma:

“Su questa base, il sogno è definibile come <<religione della mente>>, in quanto <<re-liga>>, cioè unisce in un unico vissuto, le esperienze affettive ed emozionali con la funzione di rappresentare le cose <<sacre>>, cioè quelle figure interne che hanno acquisito per l’individuo un significato teologico. Su questo si basano le capacità simbolopoietiche del sogno [...]” (Mancina, 2004; p. 86)

Ciò ci permette di comprendere come a partire da Freud (1899) la concezione del sogno abbia subito un’evoluzione in concomitanza all’evolvere delle teorie psicanalitiche, dal “pulsionale” al “relazionale”, ma anche grazie alle nuove scoperte scientifiche. E’ ormai assodato infatti che il cervello durante il sonno non riposa, semplicemente cambia i suoi ritmi e alterna la funzionalità di determinate aree in modo tale da consentire l’omeostasi a livello biologico dello psicosoma, che tenderà a regolarizzare le sue varie funzioni vegetative, restringendo progressivamente ed in parallelo il campo di coscienza. Dunque dobbiamo trattare l’attività del cervello durante il sonno consapevoli che lo stesso si organizza secondo “turni di lavoro” differenti che cambiano, modificando la loro attività di conseguenza alla fase del sonno in cui ci troviamo (Mancina, 2004). Tra le varie fasi del sonno la fase REM è quella che da sempre ha suscitato maggiore interesse, e non solo in ambito scientifico, in quanto rappresenta la base neurofisiologica del sogno¹⁸⁵ nella sua forma più vivida e passibile di ricordo, consentendo al soggetto di dare sfogo al proprio inconscio, rimosso e non, per mezzo di intense allucinazioni e visioni, che appunto vanno di pari passo ad alterazioni dal punto di vista neurofisiologico, come il battito cardiaco e il respiro che diventano aritmici, la termoregolazione che viene sospesa e in sintesi l’intero sistema vegetativo che va in subbuglio per alcuni minuti (durante la notte comunque le varie fasi del sonno si alternano, accompagnando il soggetto fino al risveglio). Il sonno

¹⁸⁵ E’ bene precisare che anche nella fase NON-REM del sonno e durante l’addormentamento si hanno manifestazioni oniriche, tuttavia le stesse sono meglio definite per ciò che ne concerne l’organizzazione spaziale, l’autopartecipazione al sogno, il numero di parole per narrarlo e la sua bizzarria durante la fase REM; infatti è proprio in quest’ultima che si presentano condizioni di attivazione cerebrale migliori per ciò che riguarda il recupero della memoria, quindi la successiva narrazione del sogno (che sarà anche di una certa lunghezza e precisione rispetto a quella relativa alle fasi di addormentamento e NON REM) (Antrobus, 1983).

REM, per mezzo del sogno ci consente di collegare il nostro mondo interno, costituito da tracce mnesiche implicite ed esplicite del “*là e allora*”, al mondo esterno e presente dello psicosoma, costituendo un vero e proprio “ponte temporale” alla ricerca della continuità dell’esperienza e del significato simbolico della stessa, anche se forclusa dalla vita psichica del soggetto. Detto ciò appare chiara anche l’analogia tra le funzioni delle manifestazioni oniriche e del transfert, in quanto entrambi rappresentano processi che “trasferiscono” il *là e allora* nel *qui e ora*, permettendo una ricostruzione che consente la trasformazione del presente nel passato, infatti come suggerisce Mancina (2004):

“[...] con il sogno, la memoria fa il suo ingresso nel teatro della notte, in cui il nostro principale lavoro consiste proprio in questa, chiamiamola così, condanna mitica a rivivere il passato sotto diverse forme e dare la possibilità alla nostra memoria implicita ed esplicita di porsi come ponte tra le esperienze attuali e quelle dell’infanzia. Sogno dunque come pontifex della notte, in quanto artefice della costruzione del legame tra passato e presente. Un passato archiviato non solo nella memoria esplicita, che può essere riportata alla luce, ma anche nella memoria implicita, non passibile di ricordo, ma stimolo per una ricostruzione della storia emozionale e affettiva dell’uomo” (Mancina, 2000a,b) (p.89).

In altre parole il sogno rappresenta quel *link* mancante tra le esperienze del nostro passato e l’esperienza presente, in modo particolare per ciò che ne concerne relazioni interiorizzate e vissuti emotivi annessi. L’obiettivo delle produzioni oniriche dello psicosoma relazionale è dunque quello di “simbolizzare”, di cercare quei significati mancanti, che tuttavia non potendosi manifestare in quanto tali in forma diretta, si manifestano in forma di “*significanti* dai molteplici significati”, operando una trasformazione che ha molto in comune con l’espressione artistica¹⁸⁶ (Mancina, 2004; p. 91). In questo senso il sogno va concepito, non più come un processo di distorsione dei contenuti mentali inconsci, ma come una forma di pensiero da non scindere da quello diurno, dunque da concepire in continuità con lo stesso, sebbene si sviluppi a differenza di quest’ultimo con una logica ben

¹⁸⁶ Un approccio psicoanalitico al testo poetico suggerisce ad esempio, l’ipotesi che esso consista nella proiezione della struttura inconscia affettiva ed emozionale del poeta (asse paradigmatico) sull’asse sintagmatico dei suoi versi. Ciò permette di concepire il linguaggio poetico come un insieme di forme metaforiche (asse di sostituzione) la cui struttura è isomorfica a quella affettiva ed emozionale inconscia del poeta. Analogamente al linguaggio poetico, possiamo considerare il linguaggio musicale (asse di sostituzione) come proiezione delle strutture emozionali e affettive inconscie del compositore (asse paradigmatico) sull’insieme delle note della composizione (asse pentagrammatico). La stessa analisi vale per la creazione artistica in generale, che come asse di sostituzione rappresenta la proiezione sull’opera d’arte (asse iconico) della struttura affettivo-emozionale inconscia dell’artista (asse paradigmatico). Un’analisi del linguaggio transferale, basata sulla doppia semantica del linguaggio, ci permette di vedere la parola psicoanalitica (asse di sostituzione) come espressione della proiezione e interazione della struttura inconscia dell’analizzando (asse paradigmatico) sull’asse sintagmatico del suo discorso. In questa misura la parola transferale trasmette con le metafore quello che essa non dice, cioè che non sta nell’ordine del suo discorso (Mancina, 2004).

diversa, basata sulla metafora e su significati simbolici, un po' come accade nel linguaggio poetico, che nasce dalla "necessità dell'uomo di drammatizzazione del mondo interno e di elaborazione tesa alla costruzione del pensiero" (Mancia, 2004; p. 91). In definitiva le funzioni simbolopoietiche del sogno consentono anche ai contenuti registrati dalle strutture della memoria implicita, appartenenti all'inconscio non rimosso, di venire rappresentati per mezzo di immagini, suoni, sensazioni corporee, che attraverso il linguaggio onirico permettono la simbolizzazione e verbalizzazione della storia affettiva ed emozionale del soggetto. Il sogno può quindi rendere pensabili, anche esperienze prive di ricordi, divenendo il teatro in cui vengono messi in atto affetti ed emozioni appartenenti alla storia relazionale del soggetto, che contestualizzati nel *qui ed ora* della relazione terapeutica permettono di accedere al "mondo interno" del paziente, in particolare a quelle esperienze primarie presimboliche e preverbal, anche traumatiche, che altrimenti resterebbero non passibili di ricostruzione.

CONCLUSIONI

La scoperta della memoria implicita pone nuove e interessanti questioni alla clinica psicoanalitica, che ormai non può prescindere dal dare importanza anche alle manifestazioni corporee *tout court*, le quali si configurano come preziosi mezzi attraverso cui ci è possibile cogliere ciò che non può essere narrato, ma che comunque resta un essenziale “frammento” da integrare con coerenza e continuità alla storia della nostra vita. Questo in quanto il corpo conserva la nostra verità, così come l’abbiamo vissuta, la sua memoria è fedele all’esperienza che l’ha generata, ed è per questo che il nostro corpo non può ingannarci, ma è anche per questo che quando ci comunica un disagio, ci turba. Tutto ciò che è sconosciuto e sfugge ad ogni tentativo di essere compreso spaventa, angoschia e a volte terrorizza, ed il nostro corpo si fa custode proprio di tali vissuti. L’ *Unheimlich* che connota le manifestazioni corporee, non è altro che espressione della nostra verità. Il linguaggio del corpo ci appartiene, appartiene alla nostra sfera più intima e familiare, eppure non ci è dato comprenderlo in modo diretto e immediato, dargli un senso è a volte impossibile senza la presenza di un altro significativo che lo renda rintracciabile, e ciò in quanto le esperienze registrate nella *Memoria Implicita* sono inaccessibili, o forcluse, alla nostra coscienza. Il corpo dunque fin dal principio della vita rende necessaria la presenza di un altro significativo che dia senso ai nostri bisogni e ai nostri disagi, che li colga e li accolga bonificandoli. Esso è il primo mezzo di cui ci serviamo per comunicare, il primo strumento di cui necessitiamo per co-costruire i significati della nostra esperienza di vita e per fare in modo che il nostro percorso di sviluppo percorra vie all’insegna dell’integrazione psicosomatica e dell’individuazione. *Psicosoma relazionale* a questo punto sta ad indicare l’essenza dell’ individuo, ciò che sarebbe “naturalmente¹⁸⁷” destinato a diventare grazie ad un percorso di sviluppo che ha seguito tali vie, per mezzo di un’esperienza relazionale sufficientemente buona. Le prime esperienze relazionali, preverbalì e presimboliche, fin dal periodo prenatale, si configurano infatti come fondanti le sorti della nostra salute globale, a partire da apprendimenti precoci, che daranno vita alle tracce mnestiche archiviate nella memoria del nostro corpo. Alcune di esse possono essere

¹⁸⁷ Espressione che si riferisce alla nostra innata predisposizione alla relazione, che tuttavia può essere compromessa dalla qualità delle prime esperienze interattivo-relazionali, che compromettendo la salute psicofisica e il dispiegarsi dei processi maturativi *tout court*, di conseguenza comprometteranno anche le capacità relazionali dell’individuo e la sua motivazione all’interazione con gli altri.

traumatiche, mettendo in crisi il sistema di attaccamento (Bowlby, 1969/82), la funzione riflessiva del bambino (Fonagy e Target, 1999), e la formazione del suo Sé (Stern, 1985), esacerbando il clima relazionale, che andrà quindi a compromettere i processi di integrazione psicosomatica e di Individuazione. La chiave di lettura per comprendere a fondo queste dinamiche sta in particolare nel considerare due fattori interagenti, che arrivati a questo punto possiamo definire imprescindibili nel tentativo di comprendere la complessità dell'essere umano: la relazione e le emozioni. I recettori peptidici, base informazionale dell'emozione, sono presenti, in tutto il corpo e questo fa sì che abbiano il ruolo di “regia” al cospetto dell'interdipendenza tra Sistema Nervoso, Endocrino e Sistema Immunitario. Tali recettori “gestiscono” la salute generale dell'organismo e, comunicando con il Sistema Immunitario¹⁸⁸, consentono la vigilanza contro agenti patogeni di vario genere. Per tale ragione l'esperienza, dipendente dalla qualità della relazione psicobiologica madre-feto prima, e del “primo laboratorio emotivo-affettivo madre-neonato” dopo, è propedeutica al dispiegarsi di un percorso di sviluppo all'insegna della salute o della patologia. Questo in quanto le esperienze precoci forgianno il nostro funzionamento globale per mezzo di un *Imprinting Neurobiologico* che si realizza a partire dall'evidenza scientifica della natura plastica del Sistema Nervoso al cospetto dell'esperienza, in particolare nelle fasi precoci dello sviluppo, quando ancora le cellule gliali lavorano per creare connessioni nervose e conferire al cervello una struttura “completamente”formata. La qualità dell'esperienza relazionale precoce ha quindi effetti profondi sulla fisiologia e la neurochimica del nostro corpo, andando a influenzare di conseguenza la maturazione delle capacità cognitive superiori, l'abilità di gestire lo stress e dunque la nostra salute biopsicorelazionale. A questo punto è chiaro che stiamo trattando del corpo come diffusamente in connessione con la mente, in un primo momento dello psicosoma madre, come sostegno psicobiologico allo sviluppo di un “apparato per pensare autonomo”, che come suggerisce la Pert (2000) è sostenuto da un “cervello mobile”, radicato in tutto il corpo, perché è dal corpo e dai suoi vissuti che lo stesso cervello prende forma, nel percorso relazionale dalla simbiosi alla separazione, fino all'individuazione. Inoltre, carezze e contatto fisico regolare e prolungato, incidono sulla regolazione immunitaria, non solo mediante un incremento di regolazione emotiva, ma anche

¹⁸⁸ Inoltre le cellule immunitarie sono anche atte a produrre peptidi capaci di controllare l'umore e le emozioni, pertanto l'intero organismo (Pert, 2000).

attraverso l'aumento di produzione di sostanze neurochimiche quali gli oppioidi endogeni e l'ossitocina (i quali, come è noto, sono sostanze che hanno la facoltà di rallentare la crescita neoplastica). E' quindi ormai più che provato da studi in diverse direzioni, che una relazione positiva, a partire dal periodo prenatale, può rappresentare un fattore protettivo per la salute globale, mentre al contrario, relazioni disfunzionali e traumatiche, possono rappresentare una condizione predittiva rispetto al potenziale sviluppo di patologie psicosomatiche¹⁸⁹ (Fornari, 1985). Le esperienze primarie d'attaccamento infantile, a partire dal *Bonding prenatale*, influenzano quindi il funzionamento fisico e mentale dell'individuo anche da adulto, a partire dalle tracce mnestiche del corpo le cui manifestazioni vengono ricondotte all'espressione di un nucleo *Inconscio non rimosso* del Sé, in grado di operare nell'individuo lungo tutto il corso della vita (Mancia, 2004). Alla luce di ciò il corpo diviene il custode della nostra verità, poiché porta dentro di sé l'esperienza di tutta la nostra vita e con l'aiuto dei sintomi, e delle sue manifestazioni, ci costringe ad ammettere tale verità, suggerendoci di divenirne consapevoli, comunicando con il bambino che è vivo in noi e che in un "là e allora" lontano è stato privato di quell'amore necessario ad uno sviluppo sano. Il corpo dunque si attiene ai fatti e oggi sappiamo che, da un lato, conserva completa memoria di ciò che abbiamo vissuto costringendoci a "ri-attuarla" nel tentativo di prendere coscienza della nostra sofferenza, dall'altro, grazie al lavoro terapeutico sulle nostre emozioni ci può permettere di capire che non siamo condannati a ripetere ciecamente l'esperienza traumatica di cui si fa portavoce, e che si ripercuote a danno di noi stessi e di chi si relaziona con noi. Possiamo quindi liberarci dalle catene della "coazione a ripetere", soltanto quando saremo in grado di vivere liberamente e percepire le emozioni rimaste prigioniere nel nostro corpo. Se ciò non avviene invece sarà impossibile dare sfogo alla nostra autenticità e creatività, sarà impossibile conoscerci e farci conoscere per ciò che siamo, poiché la fonte di quella conoscenza è nei veri sentimenti in sintonia con le esperienze personali: e il custode delle esperienze autentiche è il corpo con la sua memoria. La negazione, repressione o svalutazione di alcune parti di sé può diventare quindi un limite per la nostra salute a partire dal legame e dalla stretta interdipendenza con i vissuti emotivi che creano quel *link* imprescindibile tra lo psichico ed il somatico. In situazioni in cui non si ha consapevolezza del fatto che i traumi subiti agiscono e si esprimono per mezzo del corpo, si diventa vittime di se stessi e della coazione a ripetere, che induce e ripetuti fallimenti fino a comportare la

¹⁸⁹ Nell'accezione che tutte le malattie vanno intese in ottica psicosomatica, vista la stretta interdipendenza psiche-soma.

perdita definitiva della speranza: proprio il sentirsi senza via d'uscita la situazione che per autonosia costituisce il più alto il rischio di sviluppare malattie psicosomatiche come ultimo tentativo del corpo di metterci a contatto con noi stessi. I meccanismi di difesa dell'Io, necessari per far fronte a sofferenze insostenibili, archiviate nell'*Inconscio non rimosso*, predisporrebbero quindi l'individuo ad esprimere i suoi conflitti sul versante somatico o sul lato ideativo-comportamentale (disturbi psichici). A tal proposito è interessante riportare l'ipotesi di Fornari (1985), sulla *citopsicosi*, infatti l'autore afferma che il trasferimento a livello somatico di traumi insostenibili, che non possono essere espressi o risolti sul versante psichico, potrebbero spiegare anche l'insorgere delle patologie tumorali, che alla luce della sua teoria si configurerebbero come il corrispettivo biologico della psicosi per la mente. Una sorta di *Somatopsicosi*, così come la definirebbe Mc Dougall (1989), tale per cui si avrebbe l'"impazzimento delle cellule" come processo biologico espressione di qualcosa che è già nella mente, ma che resta forcluso dalla coscienza. In tale ottica la patologia tumorale, alla stregua d'ogni malattia, è concepita quale risposta attiva di tipo adattivo, anche se paradossale, quindi può essere concepita alla stregua di una qualsiasi manifestazione patologica psicosomatica o psichiatrica. Infatti nella malattia tumorale le emozioni, con la loro azione integrativa a livello endocrino, immunitario e nervoso, occupano un posto privilegiato nel tentativo di spiegare il cancro come una malattia psicosomatica (Fornari, 1985). L'esempio del cancro, che oggi costituisce la principale sfida della Medicina, ci permette di comprendere l'importanza di ciò che oggi numerose ricerche attestano, ovvero gli effetti nocivi di un'affettività negativa¹⁹⁰, precocemente esperita, sui diversi processi psicofisiologici e psicobiologici, in particolare sul funzionamento neuroendocrino, autonomo e immunitario. Da vari anni, i neuroscienziati sanno che la mancanza di un buon legame con la madre nei primi mesi e fino al terzo anno di vita, lascia nel cervello e dunque nel corpo, tracce decisive e produce disturbi gravi, compromettendo la salute globale del bambino anche da adulto¹⁹¹. Ciò su cui andrebbe posto l'accento a questo punto, non è tanto trovare il corrispondente

¹⁹⁰ Per approfondimenti: "Chronic Stress that Impairs Reactivity in Rats Also Decreases Dopaminergic Transmission in the Nucleus Accumbens: A Microdialysis Study" (Carla Gambarana, Flavio Masi, Alessandro Tagliamonte, Simona Scheggi, Ombretta Ghiglieri, and *Maria Graziella DeMontis) *Journal of Neurochemistry Lippincott Williams & Wilkins, Inc.*, Philadelphia 1999

¹⁹¹ Il Premio Nobel della Medicina del 2009 è stato ottenuto da Elizabeth Blackburn con una ricerca sul danno ai meccanismi di riparazione dei Cromosomi tramite i Telomeri (complessi di DNA e proteine localizzati alle estremità dei cromosomi con il compito di conservare la stabilità dei cromosomi e la riparazione del DNA. La loro lunghezza si riduce ad ogni divisione cellulare ed è correlata inversamente con l'età. Sono Biomarcatori per l'età biologica e possono essere modificati da fattori genetici e epigenetici). La scienziata ha accertato al di là di ogni ombra di dubbio che le vittime di violenza invecchiano biologicamente in modo accelerato anche di 10 anni con conseguente danno alla salute (malattie e cancro) misurabile.

significato emozionale e mentale della malattia, quanto sottolineare che esiste un collegamento tra la ‘forma’ corporea attraverso cui la malattia si manifesta e la ‘forma’ psichica del disequilibrio e della sofferenza che potrebbe stare a rappresentare. Siamo abituati a mettere in luce solo i disagi che il corpo manifesta attraverso le sue diverse e molteplici espressioni attestanti una sofferenza globale, senza tuttavia sondare l’altra faccia della medaglia, quella dei “benefici sottesi” a tutto ciò. Il corpo si ammala paradossalmente per farci guarire, dunque finché la nostra mente utilizzerà il corpo per modificare le dinamiche relazionali, e avrà solo le sue manifestazioni per poter esprimere la sua sofferenza, sarà difficile poter creare un terreno fertile alla salute: una mente sana è la condizione indispensabile per un corpo sano e viceversa. Alla luce di quanto riportato, potremmo concludere affermando che seguire le cure che la medicina mette a disposizione è giusto e sensato, ma attenersi solo a questo può non essere sufficiente, e probabilmente ciò vale anche per l’intervento psicologico. E’ necessario che i saperi circolino e che in particolare Medicina e Psicologia costruiscano un dialogo aperto e favoriscano l’interscambio delle conoscenze in favore di un approccio olistico che renda giustizia alla complessità dell’essere umano, in quanto agente corporeo, mentale e relazionale. La vita di ciascuno di noi e la nostra storia personale si snodano rispettivamente a partire da questi tre livelli, in interscambio e continua interazione tra loro. La memoria del nostro corpo ci suggerisce ancora una volta che c’è un mondo *Inconscio non rimosso* in ciascuno di noi, che ogni giorno partecipa attivamente al dispiegarsi della nostra storia di vita, configurandosi come “espressione del presente e proiezione del futuro”, in funzione di un passato che è vivo e vive dentro di noi, per mezzo dei ricordi che il corpo appunto custodisce, e di cui si serve per raccontarci chi siamo realmente, qual è la nostra verità, il nostro Sé Autentico: la memoria del corpo pretende consapevolezza per questo non può mentire, mai !

BIBLIOGRAFIA

ABRAHAM, N. & TOROK, M. (1987), *La scorza e il nocciolo*. Borla, Roma (1993).

AINSWORTH, M. D. S., WITTING, B.A. (1969): "Attachment and the exploratory behaviour of one-year-olds in a strange situation." In B. M. Foss (a cura di), *Determinants of infant behaviour*. Vol. 4, Methuen, London, pp. 113-136.

AINSWORTH, M. D. S., BLEHAR, M. C., WATERS, E., WALL, S. (1978), "Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation". *Lawrence Erlbaum Associates Publishers*. Hillsdale, NJ.

ALBASI, C. (2004d), "Modelli Operativi Interni Dissociati. Contributi concettuali per la psicoterapia psicanalitica tra prospettive relazionali e teoria dell'attaccamento". *Psichiatria e Psicoterapia*, n. 13, 2; pp. 9-28.

ALBASI, C. (2006), *Attaccamenti traumatici*. UTET, Torino.

ALBASI, C. (2009), *Psicopatologia e ragionamento clinico*. Raffaello Cortina Editore, Milano (2009).

ALBASI, C. (2011), *Adolescenza e trauma*. Franco Angeli, Milano.

ALLPORT, G. W. (1937), *Personality –A psychological interpretation*. Henry Holt and Company, New York.

AMMANITI, M. (1989), *La nascita del Sé*. Laterza, Bari.

AMMANITI, M. (2001), *Manuale di Psicopatologia dell'Infanzia*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

ANDERSON, M. C., OCHSNER, K. N., KUHL, B., COOPER, J., ROBERTSON, E., GABRIELI, S. W., GLOVER, G. H., GABRIELI J. D. E. (2004), "Neural System Underlying the Suppression of Unwanted Memories". *Science*, vol. 5, pp. 562-568.

ANTROBUS, J. (1983), "Rem and Nrem Sleep Report: Comparison of World Frequencies by Cognitive Classes". *Psychophysiology*, vol. 5, pp. 562-568.

ANZIEU, D., (1987), *L'Io-pelle*. Borla, Roma (ed. or.1974).

- ATKINSON, R. C., & SCHIFFRIN, R.M. (1971), "The control of short term memory", *Scientific American*, n.225(2), pp. 82-90.
- ATTILI, G. (1990), "Temperamento e sviluppo: miserie e nobiltà di un costrutto controverso". *Giornale Italiano di Psicologia*, n. 17, pp. 583-602.
- ATTILI, G.(2004), *Attaccamento e Amore*. Il Mulino, Bologna.
- AXIA, G. (1994), *La valutazione del bambino*. La Nuova Italia Scientifica. Roma.
- BADDELEY, A., & HITCH, G. (1974), "Working memory". In Bowen, G. (Ed.), *The Psychology of Learning and Motivation* (pp.47-89). Academic Press.
- BADDELEY, A. D. (1986), *La memoria di lavoro*. Raffaello Cortina, Milano (1990).
- BALDARI, L. (2011), "Le prime interazioni madre-bambino". *Bollettino dell'Istituto Italiano di Micropsicanalisi*, n.38. Althes, Torino.
- BARBAS, H. (1995), "Anatomic basis of cognitive-emotional interactions in the primate prefrontal cortex". In *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, n.19, pp. 499-510.
- BARRCLAY, C.R. (1996), "Autobiographical remembering: narrative constraints on objectified selves". In D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past* (pp. 94-125), Cambridge University Press.
- BASSI, R. (1977), *Introduzione alla dermatologia psicosomatica*. Piccin Editore, Padova.
- BATES, J. E. (1986), "The measurement of temperament". In Plomin, R., & Dunn, J. (Eds.), *The study of temperament: changes continuities and challenges*, pp. 1-11. Hillsdale, N.J., Lawrence Erlbaum.
- BEER, A. E., BILLINGHAM, R. E. (1974), "L'embrione come trapianto". In *Le Scienze*; n. 7, Milano.
- BEIKE, D. R. , LAMPINEN, J. M. , & BEHREND, D. A. (2004). *The self and memory*. Psychological Press, New York.
- BERTINI, M. & VIOLANI, C. (1984), "Cerebral Hemisphere, Rem Sleep and Dreaming". In *Bosinelli e Cicogna*.
- BETERHEAT, T. , BERNSTEIN, C. (1978), *Guarire con l'Antiginnastica*, Oscar Guide Mondadori.

- BICK, E. (1968), *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali. L'osservazione diretta del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BION, W.R. (1962), *Apprendere dall'esperienza*. Armando Editore, Roma, (1988).
- BLANDINO, G. (2009), *Psicologia come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto*. UTET
- BOLLAS, C. (1987), *L'ombra dell'oggetto*. Borla, Roma (1989).
- BORGOGNO, F. (2002), *Ferenczi oggi*. Bollati Boringhieri, Torino (2004).
- BORGOGNO, F. (1999b), *Psicoanalisi come percorso*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BORGOGNO, F. (2011), *La signorina che faceva hara-kiri e altri saggi*. Bollati Boringhieri, Torino.
- BOSHAN, P. (2004), *Il bambino mai accolto e i suoi sogni*. In F. Borgogno (a cura di).
- BOSINELLI, M. & CICOGLIA, P. (1984), (a cura di) *Psychology of Dreaming*. Clueb, Bologna.
- BOWLBY, J. (1958), "The nature of the child's tie to his mother". *International Journal of Psychoanalysis*, 39, pp.1-23.
- BOWLBY, J. (1969/1982), *Attaccamento e perdita*. Boringhieri, Torino, 1972/1989.
- BOWLBY, J. (1979), *Costruzione e rottura dei legami affettivi*. Raffaello Cortina Editore, 1982.
- BOWLBY, J. (1988), *Una base sicura*. Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- BRAUN, A. R., BALKIN, T. J., WESENSTEN, N. J., CARSON, R. E., VARGA, M., BALDWIN, P., SELBIE, S., BELENKY, G., HERSCOVITCH, P. (1997), "Regional Cerebral Blood Flow through the Sleep-Wake Cycle". *Brain*, vol. 120, pp. 1173-1197.
- BREWER, W. F. (1986), "What is autobiographical memory". In Rubin, D. C. (a cura di), *Cambridge University Press*.
- BROMBERG, P. M. (1998), *Standing in the spaces. Clinica del trauma e della dissociazione*. Raffaello Cortina, Milano (2007).

- BROMBERG, P. M. (2006), *Destare il sognatore. Percorsi clinici*. Raffaello Cortina, Milano (2009).
- BROWNE, D. (1984), "Ritual and pain". *Partenon publishing group*, Casterton Hall, pp. 31-49.
- BUSS, A.H., & PLOMIN, R. (1984), "Temperament: early developing personality traits". Hillsdale,N.J., *Lawrence Erlbaum Associate*, Inc.
- CASSIDY, J. (1994), "Emotion regulation: Influences of attachment relationships."In: Fox N.A. (a cura di) *Biological e behavioral foundation of emotion regulation. Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59, pp.228-249.
- CHEOUR, M., MARTYNOVA, O., NAATANEN, R., ERKKOLA, R., SILLANPAA, M., KERO, P., RAZ, A., KAPIO, M. L., HILTUNEN, J., AALTONEN, O., SAVELA, J., HAMALAINEN, H. (2002), "Speech Sounds Learned by Sleeping Newborns". In *Nature*, vol. 415.
- COHEN, S. & HERBERT, T.B. (1996), "Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology". *Annual Review of Psychology*, n. 47, pp. 113-142.
- CRAMER, B. (1989), *Professione bebè*. Bollati Boringhieri, Torino (1992).
- DAMASIO, A.R. (1998), "Emotion in the perspective of an integrated nervous system." *Brain Research Reviews*, 26, pp. 83-86.
- DAMASIO, A.,R. (1999), "How the brain creates the mind". *Scientific American*, n. 281; pp. 74-79.
- DAMASIO, A.,R. (2004), *L'errore di Cartesio*. Adelphi, Milano.
- DAMASIO, A.R. (2010), "Self comes to mind: constructing the conscious brain". William Heinemann, *Random House*, London.
- DE CASPER, A. J. & FIFER W. P. (1980), "Of Human Bonding: Newborns Prefer Their Mother's voices". In *Science*, vol. 208, pp. 1174-1176.
- DE LUISE, F. , FARINETTI, G. (2010), "Lezioni di storia della Filosofia". In MyZanichelli (<http://online.scuola.zanichelli.it/lezionidifilosofia>); P. I. 03978000374
- DESCARTES (1637), *Discorso sul metodo*. Laterza, Roma (2004).

DOWLING, A.,L., S., & ZOELLER, T. (2000), “Thyroid hormone of maternal origin regulates the expression of RC3 / neurogranin mRNA in the fetal rat brain”. In *Molecular Brain Research*, n. 82, pp. 126-132, University of Massachusetts.

DOWNING, G.(1995), *Il corpo e la parola*. Astrolabio, Roma.

EDELMAN, G.M., (2004), *Più grande del cielo*. Einaudi, Milano.

EDELMAN, G.M. (2007), *Seconda natura*. Raffaello Cortina, Milano.

EMDE, R. & BUCHSBAUM, H. K. (1989), Verso una teoria psicanalitica degli affetti: sviluppo emotivo e comunicazione nell’infanzia. In Riva Crugnola, C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano (1993).

FAIN, M., KREISLER, L., SOULE’, M. (1974), *L’enfants et son corps*. PUF, Paris.

FANTI, S. (1981), *La micropsicoanalisi*. Borla, Roma (1983).

FERBAIN, W. R. D. (1929), “Dissociation and Repression”. In Birtles, E. & Scharff, D. (a cura di). From *Instinct to Self: Selected Papers of W. R. D. Ferbain*, pp. 65-91. Routledge e Kegan, London (1995).

FERBAIN, W. R. D. (1952), *Studi psicanalitici sulla personalità*. Bollati Boringhieri, Torino (1970).

FERENCZI, S. (1908a), *Il significato dell’ejaculazione precoce*. In *Opere*, vol.1. Cortina, Milano (1989).

FERENCZI, S. (1908b), *La nevrosi alla luce dell’insegnamento freudiano e la psicoanalisi*. In *Opere*, vol.1. Cortina, Milano (1989).

FERENCZI, S. (1909b), *Introiezione e transfert*. In *Opere*, vol. 1. Cortina, Milano, (1989).

FERENCZI, S. (1912), *Sintomi transitori nel corso dell’analisi*. In *Opere*, vol.1. Cortina, Milano (1989).

FERENCZI, S. (1919), *Fenomeni di materializzazione isterica*. Cortina, Milano.

FERENCZI, S. (1924), *Thalassa. Saggio sulla teoria della genialità*. In *Opere*, vol.3. Cortina, Milano (1992).

FERENCZI, S. (1927), *L’adattamento della famiglia al bambino*. In *Fondamenti di psicanalisi*. Guaraldi, Rimini (1974).

FERENCZI, S. (1928), *L'elasticità della tecnica psicanalitica*. In *Fondamenti di Psicanalisi*, vol. 3. Guaraldi, Rimini (1974).

FERENCZI, S. (1929a), *Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte*. In *Fondamenti di psicoanalisi*, vol.3. Guaraldi, Rimini (1974).

FERENCZI, S. (1929b), *Principio di distensione e neocatarsi*. In *Fondamenti di psicoanalisi*, vol.3. Guaraldi, Rimini (1974).

FERENCZI, S.(1931), *Fondamenti di psicoanalisi*. Guaraldi, Rimini (1974).

FERENCZI, S. (1932), *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In *Fondamenti di psicoanalisi*, vol. 2 Guaraldi, Rimini (1974)

FERENCZI, S. (1932), *Diario clinico* . Cortina, Milano (2004).

FIELDS, R. D. (2012), *L'ALTRO CERVELLO. Come le nuove scoperte sul cervello stanno rivoluzionando medicina e scienza*. Edizione italiana a cura di Alessandro Zennaro. Espress Edizioni.

FIVAZ-DEPEURSINGE, E. & CORBOZ-WARNERY, A. (2000), *Il triangolo primario*. Raffaello Cortina, Milano.

FIVUSH, R., HADEN, C. A., & REESE, E. (2006), "Elaborating on elaborations : Role of maternal reminiscing style in cognitive and socioemotional development". *Childe Development*, n.77, pp. 1568-1588.

FLEGENHEIMER, F. A. (1989), *Barriera autistica e creatività artistica*. Intervento presso il Centro Milanese di Psicanalisi.

FONAGY, P. & TARGHET, M. (1999), *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano.

FONAGY, P. (2001), *Attachment theory and Psychoanalysis*. Other Press, New York.

FONAGY, P., GERGELY, G., JURIST, E. L., TARGET, M. (2002), *Affect regulation, Mentalization, and Development of Self*. Other Press, New York.

FORNARI, F. (1981), *Il codice vivente*. Bollati Boringhieri, Torino.

FORNARI, F. (1985), *Affetti e cancro*. Cortina, Milano.

FRAINBERG, S. (1980), *Il sostegno allo sviluppo*. Cortina, Milano (1999).

FRAINBERG, S. (1980), "Clinical studies of infant mental health: the first year of life". *Tavistock Press*, London.

FREUD, S. (1895), *Progetto di una psicologia*. In *Opere*, vol.1; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1895), *Studi sull'isteria*. In *Opere*, vol. 1; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1899a), *Ricordi di copertura*. In *Opere*, vol.2; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1899b), *L'interpretazione dei sogni*. In *Opere*, vol. 2; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1914), *Ricordare, ripetere, rielaborare*. In *Opere*, vol.7. Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1915a), *La rimozione*. In *Opere*, vol.8; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1915b), *L'inconscio*. In *Opere*, vol. 8; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1919), *Il perturbante*. In *Opere*, vol. 9; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1920), *Al di là del principio del piacere*. In *Opere*, vol. 9; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1923), *L'Io e l'Es*. In *Opere* vol. 9; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1929), *Il disagio della civiltà*. In *Opere*, vol. 10; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

FREUD, S. (1937b), *Costruzione nell'analisi*. In *Opere*, vol. 11; Bollati Boringhieri, Torino (1967).

GABBARD, G. O. (2005), *Introduzione alla psicoterapia psicodinamica*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

GALIMBERTI, U. (1999), *Dizionario di Psicologia*, UTET.

GALIMBERTI, U. (2003), *Il corpo*. Feltrinelli, Milano.

- GAZZANIGA, M. S. (2000), "The New Cognitive Neurosciences". *MIT Press*, Cambridge, Mass.
- GIACONIA, G. & ROCABULTO, A. (1997), "Il circolo vizioso trauma-fantasma-trauma". *Rivista Psicoanalitica*, vol. 43, pp. 541-558.
- GOLDSMITH, H., & CAMPOS, J.J.(1982), "Toward a theory of infant temperament". In R.N. Emde, & R. Harmon (Eds.), *The development of attachment and affiliative system*, pp. 161-163.
- GRANIERI, A. (2011), *Corporeo affetti e pensiero. Intreccio tra Psicoanalisi e Neurobiologia*. De Agostini Scuola, Novara (2011).
- GRODDECK, G. (1923), *Il libro dell'Es*. Adelphi, Milano (1966).
- GUARNIERI, M., SERGIO, A., DI CARO, A., BRUNO, A. (2011), "La funzione materna dalla dipendenza all'indipendenza del bambino". In (a cura di) *Baldari* (2011).
- HOFER, M. A. (1981), "Toward a developmental basis for disease predisposition: the effects OF early maternal separation on brain, behavior and cardiovascular system". *Assoc Res Nerv Mental Disorders*; n. 57, pp. 209-22X.
- HOFER, M.A. (1994), "Early relationships as regulators of infant physiology and behavior". *Acta Paediatrica Suppl.*; n. 397, pp. 9-18.
- HOFER, M. A. (2006), Psychobiological roots of early attachment. *Current Directions in Psychological Science*; n.15, pp. 84-88.
- IACOBONI, M. (2008), *I neuroni specchio. Come capiamo ciò che fanno gli altri*. Bollati Boringhieri, Torino.
- IMBASCIATI, A. (1998), *Nascita e costruzione della mente*. Utet, Torino.
- JAKEL, B. (2011), "Le radici prenatali dell'attaccamento. Alla ricerca della relazione". In (a cura di) *Baldari* (2011).
- JANUS, L. (1997), *Come nasce l'anima. La nostra vita psichica prima e dopo la nascita*. Ed. Mediterranee, Roma.
- JONES, E. (1969), *Theorie et pratique de la psychanalyse*. PUF, Parigi.
- JOSEP, B. (1985), "Transference: the Total Situation. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 66, pp. 447-454.

JOSEPH, R. (1982), "The neuropsychology of development: hemispheric laterality, limbic language and the origin of thought". In *J. Clin. Psychol.*, n. 44, pp.3-34.

JOSEPH, R. (1996), *Neuropsychiatry, Neuropsychology and clinical Neuroscience*. Williams and Wilkins, Baltimore.

KHAN, M. R. (1979), *Lo spazio privato del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino.

KANDEL, E. R. (1998), "A new intellectual framework for psychiatry". *American Journal of Psychiatry*, Apr;155(4), pp. 457-69.

KANDEL, E. R. (1999), "Biology and the future of psychoanalysis: a new intellectual framework for psychiatry revisited". *American Journal of Psychiatry*, Apr; 156(4), pp. 505-24.

KANDEL, E. R. (2005), *Psichiatria, Psicoanalisi e Nuova Biologia della Mente*. Raffaello Cortina, Milano (2007).

KHAN, M. R. (1979), *Lo spazio privato del Sé*. Boringhieri, Torino.

KLAIN, M. (1932), *La psicoanalisi dei bambini*. Martinelli, Firenze (1969).

KLAIN, M. (1946), *Note su alcuni meccanismi schizoidi*. Bollati Boringhieri, Torino (1978).

KLEIN, M. (1948), Sulla teoria dell'angoscia e del senso di colpa. In "*Scritti: 1921 – 1958*". Bollati Boringhieri, Torino.

KLAIN, M. (1959), *Il nostro mondo adulto ed altri saggi*. Martinelli, Firenze (1972).

KOBLENZER, C.S., (1997), "Psychodermatology of women". In *Clinics in Dermatology*, n.15; (pp. 127-141).

KORNHUBER, H. H. (1973), "Neural Control of Input into Long Term Memory: Lymbic System and Amnesic Syndrome in Man". In *Zippel*.

LAPLANCHE, J. & PONTALIS, J. B. (1967), *Enciclopedia della psicanalisi*. Laterza, Bari (1968).

LEDOUX, J. (2002), *The Synaptic Self; how are brains becoming who me are?*. Penguin books, New York.

LICHTENBERG, J. (1989), *Psicanalisi e sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina, Milano (1995).

LYSEK, D.(1996), “Una riflessione micropsicoanalitica sulla nozione di inconscio”. *Bollettino dell'Istituto Italiano di micropsicoanalisi*, N.20,Torino.

LOWEN, A. (1985), *Il linguaggio del corpo*. Feltrinelli, Milano (2008).

MAHLER, M. S. (1975), *La nascita psicologica del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino (1978).

MAIN, M., KAPLAN, N., CASSIDY, J. (1985), “Security in infancy, childhood and adulthood: move to the level of representation”, in *Growingpoints of attachment theory and research. Monographs of the Society for Research in Child Development*, I. Bretherton, E. Waters, n. 50, 1-2, 209; pp66-104.

MAIN, M., GOLDWIN, R. (1991), “Adult Attachment Classification System”(Version 5). *Berkeley, Berkeley, CA.*, University of California.

MANCIA, M. (1981), “On the Beginning of Mental Life in the Foetus”. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol.62, pp. 351-57.

MANCIA, M. (1989), *Vita prenatale e organizzazione della mente*. In Ammaniti.

MANCIA, M. (2000a), “Il sogno: una finestra aperta sul transfert”. *Riv. Psicoanal.*, vol. 46, pp. 225-268.

MANCIA, M. (2000b), “Sulle molte dimensioni della memoria: neuroscienze e psicanalisi a confronto”. *Psiche*, vol. 2, pp. 181-193.

MANCIA, M. (2003a), “Dream Actors in the Teatre of Memory: Their Role in the Psychoanalytic Process”. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 84, pp. 945-952.

MANCIA, M. (2004), *Sentire le parole*. Bollati Boringhieri, Torino.

MANFREDI, P., IMBASCIATI, A. (2004), *Il feto ci ascolta... e impara*. Borla, Roma.

MARASCIANI, F., (2008), “Il Corpo”. In *Studi Culturali. Temi e prospettive a confronto*. McGraw-Hill, Milano.

MARAZZINI, D., RONCAGLIA, I., PICCINNI, A., DELL'OSSO, L. (2008), “Aspetti neurobiologici dell'attaccamento”. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, n. 14, pp. 58-71.

MARENCO, D. (2011), “Bambino immaginato e bambino fantasticato: interazioni fantasmatiche in gravidanza”. In (a cura di) *Baldari* (2011).

- MC DANIEL, M. & EINSTEIN G. O. (2000), "Strategic and Automatic Processes in Prospective Memory Retrieval: A Multiprocess Framework". *Applied Cognitive Psychology*, n. 14; University of New Mexico.
- MC DOUGALL, J. (1982), *Teatri dell'Io*. Raffaello Cortina Editore, Milano (1988).
- MC DOUGALL, J. (1989), *Teatri del corpo*. Raffaello Cortina, Milano (1990).
- MC EWEN, B. S., SAPOLSKY, R. M. (1995), "Stress and Cognitive function". *Neurobiology*,5(2), pp.205-216.
- MC LEAN, P. D. (1970), "The triune brain, emotion and scientific bias". *The Rockefeller Univ. Press*, New York.
- MELTZER, F. (1982), *Exploration in Autism. Psychoanalytic Study*. Karnac Books, London.
- MERLAU-PONTY, M. (1964), *Il visibile e l'invisibile*, Bompiani, Milano (1969).
- MILLER, A. (2004), *La rivolta del corpo. I danni di un'educazione violenta*. Raffaello Cortina, Milano.
- MONDELLO, M. L. (2011), "Dall'identificazione proiettiva ai neuroni specchio: note sull'intendersi tra madre e bambino". In (a cura di) *Baldari* (2011).
- MONTAGU, A. (1971), "Touching: the human significance of the skin". New York, Columbia University Press.
- MONTAGU, A. (1984), "The skin, touch, and human development" , In: Panconesi, E., (1989), *Stress and skin diseases: Psychosomatic Dermatology*. Lippincott, Philadelphia, pp. 17-26.
- MOTT, F. (1959), *The nature of the Self*. Allan Wingate, London.
- NATHANIELSZ, P. V. (1987), *Un tempo per nascere*. Bollati Boringhieri, Torino.
- NANNINI, S. (2005), "Mente e corpo nella filosofia analitica contemporanea". In *Laboratorio dell'ISPF* (www.ispf.cnr.it/ispf-lab); I, ISSN 1824-9817.
- NATOLI, S. (1986), *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale*. Feltrinelli, Milano.

NIEDERHOFER, H., REITER, A. (2004), “Lo stress materno prenatale e i movimenti fetali prenatali influenzano i fattori temperamentali nella prima infanzia e il rendimento scolastico all’età di sei anni”. *Il Giornale Italiano di Psicologia e di Educazione Prenatale*, N.4; pp. 27-29.

NIETZSCHE, F.(1968), *Così parlò Zarathustra*, tr. it. Di M. Montanari, in *Opere di F. Nietzsche*; vol. 6, tomo 1, Adelphi, Milano.

OGDEN, T. H. (1991), *La identificazione proiettiva e la tecnica psicoterapeutica*. Astrolabio, Roma (1994).

OGDEN, T. H. (1999), “ <<The music of what Happens>> in Poetry and Psychoanalysis”. *Int. J. Psycho-Anal.*, vol. 80, pp. 979-994.

OLIVERIO, A. (2008), “La mente e il cervello”. In M. Maldonato (Ed.), *L’universo della mente*. Meltemi, Roma:

OVTSCHAROFF, W. J., BRAUN, K. (2001), “Maternal separation and social isolation modulate the postnatal development of synaptic composition in the infrelimbic cortex of octodon degus”. In *Neuroscience*, n. 104, pp. 33-40.

PALLY, R. (1998a), “Bilaterality: Hemispheric Specialisation and Integration”. In *Int.J. Psycho-Anal.*, n.79, pp. 565.

PALLY, R. (1998b), “Emotional Processing: The Mind-Body Connection”. In *Int.J. Psycho-Anal.*, n.78, pp.349-362.

PANCONESI, E. (1989), *Lo stress, le emozioni e la pelle* . Ed. Masson, Milano.

PANKSEPP, J. (1982), “Toward a general psychobiological theory of emotions”, *The Behavioral and Brain Sciences*, N.5, pp. 407–467.

PANKSEPP, J. (1986), “The anatomy of emotions”. In Plutchik, R. (ed.), *Emotion: Theory, Research and Experience*, Vol. III. *Biological Foundations of Emotions*, pp. 91–124, Orlando, FL: Academic Press.

PANKSEPP, J. (1998), *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press, New York.

PANKSEPP, J. (2005), “Affective consciousness: core emotional feelings in animals and humans”. *ConsciousCogn.*, n.14(1), pp.30–80.

PANKSEPP, J. (2009), “Core consciousness”. In Bayne, T., Cleeremans, A. & Wilken, P. (eds.). *The Oxford*

Companion to Consciousness, pp. 198–200, Oxford: Oxford University Press.

PANKSEPP, J. (2011), “The basic emotional circuits of mammalian brains: do animals have affective lives?”. *Neurosci. Biobehav. Rev.*, 35(9), n.15, pp. 1791–1804.

PANKSEPP, J., BIVEN, L. (2012), “The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotion”. *WW Norton and Co. Inc.*, NY, USA.

PELUFFO, N. (1976), *Micropsicanalisi dei processi di trasformazione*. Books’Store, Torino.

PELUFFO, N. (2010), *La relazione psicobiologia madre-feto*. Borla, Roma.

PELUFFO, N. (2011), “Il narcisismo e l’io prenatale”. In (a cura di) *Baldari* (2011).

PERNER, J. & RUFFMAN, T. (1995), “Episodic Memory and Autothetic Consciousness: Developmental Evidence and a Theory of Childhood Amnesia”. *J. exper. Child Psychol.*, vol. 59, pp. 516-548.

PERT, C. (2000), *Molecole di emozioni*. Corbaccio, Milano.

PLOMIN, R. (1996), “Nature and Nurture: Genetic and Environmental influences on behavior”. *Genetic and Developmental psychiatry*, vo. 600, pp. 86-98.

POLLACK, S., D. (2005), “Early Adversity and Mechanisms of Plasticity: Integrating Affective Neuroscience with Developmental Approaches to Psychopathology”. In *Development and Psychopathology*.

RAFFAI, J. (2006), “Der intrauterine Mutterrepräsentant”. In *International Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine*, n.8; pp.357-365.

RANK, O. (1924), *Il trauma della nascita*. Brossura (1996).

REICH, W. (1933), *Analisi del carattere*. SugarCo, Milano (1973).

RICCIUTI, H.N. & BREITMAYER, B.J. (1988), “Observational assessments of infant temperament in the natural setting of the newborn nursery”. *Merrill-Palmer Quarterly*.

RIVA CRUGNOLA, C. (1993), *Lo sviluppo affettivo del bambino*. Cortina, Milano.

RIVA CRUGNOLA, C. (1999), *La comunicazione affettiva tra il bambino e i suoi partner*. Cortina, Milano.

RIZZOLATI, G., SINIGAGLIA, C. (2006), *So quel che fai*. Raffaele Cortina, Milano.

ROSE, S. (1992), *La fabbrica della memoria*. Garzanti, Milano.

ROSENFELD, H. A. (1965), *Stati psicotici*. Armando, Roma (1973).

ROSENFELD, H. A. (1987), *Comunicazione e interpretazione*. Bollati Boringhieri, Torino (1989).

ROTHBART, M., & DERRYBERRY, D. (1981), "Development of individual differences in Temperament". In M., Lamb, & A., Brown (Eds.), *Advances in development psychology*. Erlbaum. Boston.

ROTHBART, M. K. (1989), "Temperament and development". In G. A., Kohnstamm, J., Bates, & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood*, pp. 187-247. Chichester, Wiley.

RUBIN, D. C. (2005), "A basic system approach to autobiographical memory". *Current Directions in Psychological Science*, n. 14, pp. 78-83.

SALARDI, C., BIMBI, A. (1990), *L'ascolto del corpo in psicoterapia*. Unicopli, Abbiategrasso (Milano).

SANDER, L. W. (1962), "Issue in early mother-child interaction". *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, pp. (141-166).

SANDER, L. W. (1977), "The regulation of exchange in the infant-caretaker system and some aspect of the context-content relationship." In Lewis M. , Rosenblum L. (a cura di), *Interaction, Conversation, and the Development of Language*. Wiley, New York.

SANDER, L. W. (1985) Toward a Logic of Organization in Psychobiological Development. In KLAR, H., SIEVER, L., (a cura di) (1985) *Biologic Response Styles*. American Psychiatric Association, Washington, 1985.

SANDER, L. W. (1987), "Awareness of inner experience: a system perspective on self regulatory process in early development". *Child Abuse and Neglect*, pp. (339-346).

SANDER, L. W., (1988), "Il sistema di regolazione madre bambino". *Psicoterapia Clinica Epistemologia Ricerca*, 4 pp. 14-115. SCHAFFER, H.R. (1977), *L'interazione madre-bambino: oltre la teoria dell'attaccamento*. Franco Angeli, Milano (1984).

SAPIR, M. (2000) *Siamo tutti psicosomatici*, Borla, Milano.

SCHACTER, D. L. & TULVING, E. (1994), "Memory System". *MPT Press*, Cambridge, Mass.

SCHACTER, D. L. & CURRAN, T. (2000), "Memory without Remembering and Remembering without Memory". In *Gazzaniga*.

SCHACTER, D. L. (1996), "Searching for Memory. The Brain, the Mind, and the Past". *Basic Book*, New York.

SHORE, A. N. (2002), "Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and psychopathogenesis of post-traumatic stress disorder". In *Australian & New Zeland Journal of Psychiatry*, n.36, pp. 9-30.

SHORE, A. N.(2003), *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*. Astrolabio, Roma (2008).

SIEGEL, D. J. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaele Cortina, Milano.

SPERRY, R. W. (1974), "Lateral Specialization in the Surgical Separated Hemispheres". In *Smith e Wonder*.

SOLMS, M. (1995), "New Findings on the Neurological Organization of Dreaming: Implications for Psychoanalysis". *Psychoanal. Q.*, vol. 44, pp. 43-67.

SQUIRE, L. R. (1987), *Memory and brain*. Oxford University Press.1

SQUIRE, L. R. (1994), "Declarative and Nondeclarative Memory: Multiple Brain System Supporting Learning and Memory". In *Schacter e Tulving* (1994).

SROUFE, L. A. (1995), *Lo sviluppo delle emozioni*. Cortina, Milano (2000).

STEINER, J. (1993), *I rifugi della mente*. Bollati Boringhieri, Torino (1996).

STERN, D. N.(1985), *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino (1987).

TAYLOR, G. J. (1993), *Medicina psicosomatica e Psicanalisi contemporanea*. Astrolabio, Roma.

TARTARI, M. (2011), "La vita intrauterina". In (a cura di) *Baldari* (2011).

- TAVAZZA, G. (2006), *Teoria interpersonale della psichiatria. Feltrinelli*, Milano (1962).
- TODARELLO, O. & PORCELLI, P. (2002), *Medicina Psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costo sociale*. Franco Angeli Editore, Roma.
- THOMAS, A., CHESS, S., BIRCH, H.G., HERTZING, M.E., & KORN, S. (1963), *Behavioural individuality in early childhood*. University Press, New York.
- TREVARTHEN, C. (1977), “L’interazione descrittiva del comportamento comunicativo dei bambini”. In Shaffer, H. R. *L’interazione madre-bambino: oltre la teoria dell’attaccamento*. Franco Angeli, Milano (1984).
- TREVARTHEN, C. (1979), “Communication and cooperation in early infancy: A description of primary intersubjectivity”. *Before speech. The beginning of interpersonal* (pp. 321 – 348). Cambridge; Cambridge University Press.
- TREVARTHEN, C. (1980), “The foundation of intersubjectivity: Development of interpersonal and cooperative understanding in infants”. *The social foundations of language and thoughts*. New York: Norton.
- TREVARTHEN, C. (1993a), “The Self Born in Intersubjectivity: An Infant Communicating”. In Neisser, U. *The Perceived Self: Ecological and Interpersonal Knowledge of the Self* (pp.121-73). Cambridge University Press, New York.
- TRONICK, E. Z., ALS, H., ADAMSON, L., WISE, S., BRAZELTON, T.B. (1978), “The infant’s response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction”. *American Academy of Child Psychiatry*, vol. 17, pp. 1-13.
- TRONICK, E. Z. (1980), “The primacy of social skills in infancy”. In Sarwin, D. B., Hawkins, R. C., Walker, L. O., Penticuff, J.H., *Exceptional infants*. Brunner\Malzer, New York.
- TRONICK, E. Z., ALS, H., BRAZELTON, T.B. (1980), “Monadic phases: a structural descriptive analysis of infant-mother face-to-face interaction”. *Merril-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, vol. 26, pp. 3-24.
- TRONICK, E. Z. (1986), “Interactive mismatch and repair: challenges to the coping infant”. *Zero to Three . Bulletin National center of Clinic Infants Programs*, vol. 5, pp. 1-6.
- TRONICK, E. Z. (1989), “Emotions and emotional communication in infants”, *American Psychologist*. In Riva Crugnola, C., *La comunicazione affettiva tra il bambino e I suoi partner*. Cortina, Milano (1999).

TULVING, E. (1972), "Episodic and semantic memory". In TULVING, E., DONALDSON, W. (a cura di), *Organization of Memory*. Academic Press, New York.

VEGETTI FINZI, S. (1990), *Il bambino della notte*. Mondadori, Milano.

VIGNA, D. (2006), *La psicoterapia madre-bambino*. Borla, Roma.

VIGNA, D. (2011), "La relazione disfunzionale madre-bambino e il suo trattamento". In (a cura di) Baldari (2011).

WANG, S., BARTOLOME, J. V., SCHANBERG, S. M. (1996), "Neonatal Deprivation of Maternal Touch May Suppress Ornithine Decarboxylase via Downregulation of the Proto-oncogenes c-myc and max". *The Journal of Neuroscience*, n. 16, pp. 836-832; Department of Pharmacology, Duke University, Durham, North Carolina.

WATZLAWICK, P., BEAVIN., JACKSON, D. D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana*. Astolabio, Roma.

WEISS, R. (1982), *Il legame di attaccamento nell'infanzia e nell'età adulta*, in Parhes C., Stevenson-Hinde J. (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo della vita*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma (1995).

WINNICOTT, D. W. (1941), "L'osservazione dei bambini piccolo in una situazione prefissata". *Dalla pediatria alla psicanalisi*. Martinelli, Firenze (1975).

WINNICOTT, D. W. (1951), "Oggetti transizionali e fenomeni transazionali". In *Gioco e realtà*. Armando, Roma (1974).

WINNICOTT, D. W. (1956), "La preoccupazione materna primaria", *Dalla pediatria alla psicanalisi*. Martinelli, Firenze (1975).

WINNICOTT, D. W. (1964), *Il bambino e il mondo esterno*. Giunti, Firenze (1974).

WINNICOTT, D. W. (1965), *Sviluppo affettivo e ambiente*. Armando Editore, Roma (2007).

WINNICOTT, D. W. (1971), *Gioco e realtà*. Armando, Roma (1974).

WINNICOTT, D. W. (1976), "The capacity to be alone". *The maturational process and the facilitative environment*. Hogart Press, London.

WRITE, K. (1991), *Visione e Separazione. Tra madre e bambino*. Borla, Roma (2000).

ZANGRILLI, Q. (2011), “Imprinting intrauterino e destino psicobiologico”. In (a cura di) *Baldari* (2011).

ZIPPEL, H. P. (1973), “Memory and Transfer of Information”. *Plenum Press*, New York.

.

.

.

“Possano le madri comprendere, sentire: “Sono sua madre” e non “È’ mio figlio”.

È tra le due frasi c’è un mondo e tutto l’avvenire del bambino”.

(F. Leboyer)