

LA BOA

Un lavoro su ipocondria, somatizzazione, conversione somatica e intimità

Paziente: *“Ho fatto un sogno, mi ha ricordato un quadro di Klimt, le bisce d’acqua, in cui ci sono come dei serpenti che escono dall’acqua e che stringono, tipo un Boa”.*

Terapeuta: *“Quanti significati può avere la parola Boa?”*



La relazione mente-corpo

Chiamiamo mente un insieme di elementi, una struttura che è un’architettura fisica costituita dal cervello, un organo che ha funzioni diverse e complementari. Questo è il luogo in cui, a partire dagli albori della vita, nel corso dello sviluppo, si struttura un ricco mondo interno, costituito di rappresentazioni di sé, rappresentazioni degli altri e di sé con gli altri. È stupefacente come tutto questo si sposi in modo complesso ed intrecciato con il corpo. Le ricerche scientifiche degli ultimi 50 anni, avanzate esponenzialmente grazie allo sviluppo delle tecniche di neuroimaging, hanno mostrato che esiste un dialogo continuo tra cervello, mente e corpo, un dialogo che attraverso meccanismi di informazione e retroazione determina in modo significativo lo stato di salute o di malattia di ogni persona.

Ci ammaliamo e siamo portatori di sintomi in un modo che è unico e al tempo stesso ha caratteristiche generali riconoscibili che sono collegate con coerenza al personale funzionamento interno. Il modo in cui un paziente descrive al terapeuta il proprio malessere aiuta il clinico fin da principio a formulare ipotesi, sottoposte a continui processi di verifica e a tracciare strade, che agevolano il compito di

comprendere più profondamente come ciò che osserviamo descrive implicitamente la storia delle relazioni di quella persona. Come raccogliamo i pezzi del puzzle? Abbiamo la descrizione consapevole che il paziente fa attraverso le parole e anche una mole importante di informazioni indirette che raccogliamo attraverso qualcosa che accade “con” noi in terapia: il transfert, il controtransfert e l'enactment.

Che le nostre esperienze, soprattutto quelle infantili, abbiano un peso è ormai un fatto riconosciuto e le ricerche purtroppo sono impietose (Ireton R. e altri, 2024): il trauma ha un ruolo nello sviluppo del cervello come struttura. Un esempio emblematico è quello del ruolo della regolazione affettiva nella relazione bambino – caregiver sullo sviluppo della dimensione dell'Ippocampo (Bremner e altri 1995, 2000; Mc Ewen e Sapolsky 2000) per comprendere la portata della questione, e di come essa condizioni, insieme all'ambiente, lo sviluppo della struttura stessa e del legame di attaccamento. Una ricerca del febbraio 2024 fatta in Inghilterra ha mostrato che 1 bambino su 5 ha vissuto traumi, per la maggior parte legati al maltrattamento (violenze fisiche, sessuali, mancanza di accudimento). Il cervello umano, ancora in via di sviluppo nel bambino, elabora queste esperienze con le immature possibilità che ha a disposizione. Queste esperienze modificano la struttura anatomica del cervello, creando quella che spesso viene considerata una predisposizione genetica all'ansia, come nel caso del mancato sviluppo dell'Ippocampo che, sottodimensionato, ha un compito impossibile nel regolare il funzionamento dell'amigdala. È stato dimostrato che i pazienti che non possono accedere ai propri sentimenti di dolore, sofferenza e rabbia rispetto agli avvenimenti della vita raddoppiano il rischio di contrarre una malattia come l'asma, artrite, le ulcere, le emicranie e i problemi cardiaci (Fleshner 1993 e Friedman e Boothby-Kewley 1987, Irwin e altri 1980).

Questo breve scritto ha lo scopo di mostrare come l'utilizzo di un modello psicoanalitico, informato dai principi dell'Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP), possa essere un valido approccio, uno tra altri, per lavorare con alcune sintomatologie la cui eziologia resta spesso oscura, come nel caso delle somatizzazioni, delle conversioni somatiche e dell'ipocondria. Questo è un resoconto che descrive i primi 8 mesi di una psicoterapia ancora in corso in cui si può osservare un significativo cambiamento sul piano sintomatologico, che ha portato all'eliminazione dell'iniziale sintomo ipocondriaco e anche a un cambiamento da un punto di vista strutturale, testimoniato dal cambiamento dello stile difensivo e dal recupero di alcune capacità dell'io.

L'incontro con questa paziente mi ha mostrato come il rapporto con il proprio corpo, che ora è un corpo osservato scrupolosamente, ora un corpo che fa male, ora un corpo che perde sensibilità, possa avere diverse declinazioni e assumere differenti significati a seconda del momento o dell'area personale che viene toccata dalla persona durante il percorso terapeutico.

Ipocondria, conversione somatica e somatizzazione

Possiamo immaginare la preoccupazione ipocondriaca lungo una linea in cui può essere in un punto il prodotto di un'identificazione con una persona malata, perdita o oggetto della propria rabbia, in un altro come una modalità ossessiva che ha la funzione di torturare l'individuo. Questo

meccanismo auto-torturante è un reperto storico di antiche relazioni, la persona può aver imparato a stare in relazione a un oggetto interno incapace di tollerare l'ostilità e contenere stati affettivi disturbanti. Questa relazione esterna, nel corso dei primi anni di vita, attraverso i normali processi di introiezione e identificazione, è diventata la relazione con un oggetto interno, un modo di stare in relazione con sé stessi. Tutto ciò ha prodotto uno stile di attaccamento insicuro. Questo nel transfert si ripete con il terapeuta facendo emergere quella specifica storia di vita che ha contribuito a creare la personalità di quel paziente.

Il termine conversione somatica, come sostiene Nancy Mc Williams, indica una grave menomazione fisica che non può essere spiegata fisiologicamente e ha un'importante componente difensiva. Questo termine è stato coniato da Freud per definire la presenza di sintomi somatici che emergono come conseguenza della rimozione di eventi e desideri intollerabili; nella conversione somatica si manifesta un sintomo fisico oggettivo: l'ansia inconscia, si scarica nel sistema nervoso autonomo che, quando collassa crea un disturbo cognitivo percettivo; osserviamo sintomi quali l'indebolimento, l'anestesia, la perdita del tono della muscolatura ed è conseguenza di un'ansia disregolata. La conversione diventa difesa proprio per ridurre lo stato stesso di angoscia che l'esperienza emozionale ha mobilitato, la persona esteriormente potrebbe apparire calma. La presenza del meccanismo della rimozione è importante da un punto di vista metapsicologico e psicodiagnostico perché sono necessarie una serie di condizioni di evoluzione psichica per arrivare all'acquisizione di questo meccanismo quali la presenza di un Super-Io post-Edipico e un inconscio dinamico in grado di produrre simbolizzazioni.

La somatizzazione è una menomazione fisica legata a tensione emotiva, ha una connotazione dolorosa: mal di testa, gola stretta, dolore addominale, ecc.. Molto spesso è presente un importante aspetto simbolico: il sintomo fisico patito è il risultato dell'identificazione con l'oggetto della propria rabbia o con l'oggetto perduto, nei confronti del quale si nutrono sentimenti ambivalenti. Questa identificazione serve precisamente a evitare i sentimenti conflittuali a esso collegati. In alcune fasi della psicoterapia, come quella del portrayal (Rappresentazione dell'impulso inconscio), diventa evidente il legame tra mondo emotivo interno e sintomo fisico. Questo costrutto teorico trova una validazione nella scomparsa o affievolimento del sintomo al raggiungimento dell'impulso nel sistema conscio.

Una teoria della mente basata su fondamenti scientifici, come è lo status ad oggi delle psicoterapie psicoanalitiche, consente di organizzare i dati che osserviamo in una forma coerente. La comprensione delle cause che producono i sintomi ci indica il modo in cui possiamo trattarli; senza questa organizzazione tendiamo a muoverci in un modo ritualistico dettato dalla teoria della mente a cui ci affidiamo, come ciechi che vagano per una chiesa e si affidano al culto piuttosto che a ciò che hanno davanti. Il pensiero scientifico, all'opposto del ritualismo o alla devozione a una teoria, si basa sull'osservazione dei fenomeni, del paziente e soprattutto delle sue risposte ai nostri interventi (Jon Frederickson). Una volta che comprendiamo questi aspetti ecco la parte più difficile ma anche più bella e coinvolgente: aiutare il paziente a sviluppare un'integrata comprensione di sé. Qui il nostro lavoro è accompagnare in questo percorso di scoperta. La nostra comprensione diventa psicoterapia quando aiuta il paziente a conoscere più profondamente sé stesso e diventa la "sua comprensione", questo è il propulsore di un cambiamento profondo e stabile.

“Sto morendo!”. La fase dell'Ipocondria

Fiorella mi contatta per iniziare una psicoterapia perché sta molto male, la sua vita è pervasa da un malessere generale e da una preoccupazione così intensa che non la lascia dormire, il pensiero di morire la affoga nella vita e solo continue visite mediche la tengono a galla. Vive questa condizione da un paio di anni ma ciò che l'ha spinta a contattarmi era che un pensiero terribile si stava facendo largo: sarebbe morta nel giro di pochissimo tempo. La consapevolezza che la sua angoscia non fosse supportata da un dato medico, unita ai consigli dei curanti, l'hanno spinta a chiedere una psicoterapia. Questa è la sua seconda psicoterapia.

Fiorella è una donna di 47 anni dall'aspetto gradevole, porta con sé un'essenza retrò che rimanda ad altri tempi, ha un modo di muoversi e di parlare introverso, quasi timido, che alterna a momenti in cui dimostra di essere capace di maggiore apertura. È figlia unica, il padre e la madre si sono separati quando lei era piccola a causa delle ripetute infedeltà di lui. È stato un uomo violento che ha picchiato sia lei che la madre dall'infanzia fino alla pubertà; è ancora vivo e nel corso del tempo si è risposato mentre la madre è morta una ventina di anni fa, a causa di un'influenza che ha fatto collassare un già precario stato di salute. Dopo la nascita di Fiorella, la mamma ha sviluppato una nefrite renale.

Prima seduta:

Durante la prima seduta emerge un aspetto importante del quale non era cosciente, la data di inizio delle sue preoccupazioni ipocondriache coincide completamente con il sopraggiungere della stessa età in cui la propria madre è morta, a 44 anni e mezzo, nel mese di giugno. (ndr. fine giugno 2023 coincide anche con il mese in cui mi ha contattato). La morte della madre ha cambiato il modo in cui percepisce il proprio corpo, dice che sebbene sia sempre stata un po' "fifona", da quel giorno ha iniziato ad osservare scrupolosamente e angosciosamente ogni segnale proveniente dal proprio corpo. Le è chiaro il collegamento tra morte della madre e sintomi.

Dal min 23 al 28

P: Mi rendo conto che, quando parlo di mia madre, mi commuovo (piange) penso che non l'ho ancora metabolizzato.

T: Cosa potrebbe averle impedito di metabolizzarlo?

P: Che se ne è andata via così...

T: Che cosa prova per sua madre che se ne è andata via così?

P: Mi manca molto, mi dispiace, a volte penso... forse avrei potuto fare qualcosa (piange) [*Difesa dell'auto-rimprovero. Quando le difese di ordine superiore, quelle del sistema di resistenza dell'isolamento dell'affetto, collassano, lasciano lo spazio a difese più arcaiche come questa che appartiene al sistema di resistenza della rimozione. In questa circostanza parlare dei sentimenti misti nei confronti della madre attiva pensieri auto-rimproveranti*].

T: *[interrompo l'auto-rimprovero intervenendo per evitare che questa difesa possa avere l'effetto di deprimerla]* È evidente quanto le manca, cosa sente per sua madre che è andata via così?

P: Sento la sua mancanza

T: È bravissima a descrivere come si sente, l'effetto che ha avuto su di lei il fatto che sua madre sia andata via così, ovviamente non ha potuto scegliere, cosa le fa provare per lei?

P: Le dico una cosa (sussurra), quando ho raggiunto l'età in cui è morta mia madre ho pensato "ho vissuto più di mia madre". *[Qui c'è una comunicazione inconscia, "le dico una cosa", sussurrata (Abbass A. whispers from unconscious), espressione dell'alleanza terapeutica inconscia – UTA (Unconscious Therapeutic Alliance), come se stesse facendo una confidenza dal profondo di sé, aprendo il campo al possibile tema della colpa]*

T: Quando ha superato l'età in cui è morta sua madre?

P: 2 anni e mezzo fa

T: più o meno quando ha iniziato a manifestare queste preoccupazioni.

P: (Sorpresa) Effettivamente sì, effettivamente è vero, più o meno... anzi... lei è morta a giugno ed il dolore e la preoccupazione è iniziata a fine giugno *[Qui ha un insight, ha un'espressione meravigliata]*

T: Questa sintomatologia è iniziata in maniera più forte quando ha raggiunto l'età in cui è morta sua madre.

P: Qualche anno prima mi sono svegliata con le braccia e le gambe addormentate. *[Fa un'associazione a quel periodo e descrive di aver sofferto probabilmente di sintomi di conversione somatica].*

Durante questa prima seduta Fiorella mostra fiduciosamente già molto di sé, del suo funzionamento, delle proprie ferite non rimarginate, dei modi in cui ha affrontato il dolore della perdita e delle difficili relazioni familiari. Descrive con tenerezza il rapporto con la madre, il dolore profondo per la sua perdita. Inizia a raccontare anche del padre, con il quale ha sempre avuto un rapporto ambivalente causato dai comportamenti maltrattanti di quest'ultimo e dice, con tono colpevole, di aver desiderato che morisse lui e non la madre.

Dopo le prime tre sedute Fiorella dichiara di non aver più sintomi ipocondriaci, ha ripreso la sua vita, esce con il compagno e torna a fare una vita sociale dalla quale si era ritirata. Oltre ai sintomi ipocondriaci anche la vertigine e la stitichezza (ansia nel SNA ramo simpatico) sono andate via ed il suo intestino ha ripreso a funzionare regolarmente. Nel momento in cui scrivo a otto mesi dall'inizio della psicoterapia questi sintomi non si sono ripresentati.

Il trauma e la conversione somatica

Nella quarta seduta compare la figura della nonna materna, la descrive come fobica, critica, colpevolizzante; si sente accusata da lei della morte della madre perché alla gravidanza è seguito il lupus renale. L'esplorazione dei sentimenti per la nonna la mette in contatto con molto dolore e

rabbia; questo ponte affettivo la conduce a uno sblocco parziale del proprio inconscio, che fa riemergere prepotentemente un altro vivido ricordo, le violenze del padre. Durante questa seduta inizia a piangere addolorata e spaventata, come se si trovasse nuovamente in presenza di una persona pericolosa. Ha un momento di dissociazione primaria, il suo corpo reagisce come se si trovasse in presenza di una persona che le può fare male e temporaneamente facesse fatica a distinguere me dall'emergere di questo ricordo. Questa seduta si conclude aiutando Fiorella a recuperare l'esame di realtà e uno stato di ansia più tollerabile, regolata, e a vedere tutto il processo perché possa essere in condizione di elaborare ciò che ha appena vissuto in terapia; lo scopo è aiutarla a differenziare l'emergere del ricordo dall'esperienza presente [*ristrutturare una dissociazione primaria*].

Sesta seduta:

Inizia la seduta parlando di un temporaneo aumento dell'ansia dovuto ad una visita medica che aveva programmato e racconta che si è accorta che, quando è in ansia sente dolore al ventre (si tocca la pancia). Questa affermazione mostra come in questa fase sia consapevole del meccanismo della somatizzazione e di come l'ansia le procuri questo dolore alla pancia e una contrazione pelvica dolorosa. In questa seduta mi dice di soffrire di vaginismo e che questo ostacola una felice e piacevole vita sessuale; per questa condizione è stata un anno in trattamento da una sessuologa, della quale ha un buon ricordo, una professionista capace che in qualche modo l'ha aiutata, pur non avendo ottenuto significativi miglioramenti rispetto al problema sessuale.

Sbobinatura tra il Min 25 e 30

Fiorella dice che non si fida di me, la incoraggio ad esplorare questa percezione e provare ad individuare cosa nello specifico le stia creando questa sfiducia, le dico che da una parte questo è un luogo sicuro in cui non le succederà nulla [*gli rimando l'esame di realtà*] e anche che stava sentendo una percezione di pericolo che non la portava a fidarsi [*la invito a osservare ciò che succede internamente in lei*]. Inizialmente risponde che dipende da lei e che questo non ha a che fare con me [*La sua risposta mostra veloce recupero dell'esame di realtà*], la invito a esplorarmi con libertà per capire cosa la sta allarmando.

P: Ora mi è venuta in mente una cosa, una cosa assurda (la voce si incrina), non so perché mi è venuta in mente, hai sempre delle maglie molto colorate, con dei disegni, mio padre ha sempre maglie non in tinta unita ma con fantasia, lo so che è assurdo... (la voce trema)

T: stai facendo un collegamento, questa maglia ti ha ricordato tuo padre [*facendo riferimento al ricordare la invito a differenziare il presente dal passato*] e tu ti trovi in relazione con me che rappresento anche un padre di cui non ti devi fidare.

P: esatto (piena di lacrime)

T: cosa noti che accade dentro di te mentre realizzi questo passaggio?

P: mi aumenta molto l'ansia.

T: dove noti l'ansia nel tuo corpo?

P: sempre qui (tocca la pancia), sembra che i miei organi si contraggano [*il pianto, la postura che denota una mancanza di energia e il termine "organi" fanno pensare all'ansia viscerale nella muscolatura liscia anche se usa un verbo che suggerisce una contrazione addominale*], ho anche difficoltà a deglutire, come se avessi delle mani al collo (prova a deglutire) [*la sensazione di stretta al collo rappresenta l'identificazione di Fiorella con l'oggetto della propria rabbia e la sua comunicazione è sia espressione dell'alleanza terapeutica inconscia che anticipazione di quale sarà la direzione degli impulsi*], ma dico, una maglia mi può fare un effetto così (sorpresa)?

Più avanti min 28.50

T: Quindi sembra che tu ti trovi di fronte a una figura paterna di cui non ti puoi fidare, quali emozioni hai per questa figura paterna che io rappresento? [*questa formula, invece di, "cosa provi per me in questo momento" ha lo scopo di radicare l'esame di realtà e permettere il lavoro su un ricordo in una condizione di ansia regolata nel sistema nervoso somatico*]

P: Ho paura, prima avevo più rabbia adesso ho paura

T: Ti sto spaventando?

P: Sì ho paura [*indebolimento dell'esame di realtà*]

T: Sto facendo qualcosa che ti sta spaventando?

P: No, tu no, però ricordare sì [*rapido recupero dell'esame di realtà*]

T: Quali ricordi ti spaventano?

P: Principalmente che dal niente tu mi possa picchiare, e ora che lo dico ho ancora più paura (piange) [*con l'aumento dei sentimenti transferali Fiorella ha una lieve perdita dell'esame di realtà, questo sembra essere il punto in cui ha la soglia di tolleranza affettiva oltre la quale perde il contatto con la realtà e deve usare la dissociazione*]

T: Senti che io sono pericoloso?

P: No (tono dubbioso) [*No conscio, si inconscio*]

T: Ok, sta emergendo un ricordo, un ricordo doloroso

P: (piange) no però ho paura lo stesso

T: Sei nel 2023, sei ad Aulla, con Imerio Tonelli, e sta emergendo un ricordo, e mentre sei con me non puoi fidarti perché emerge il ricordo di essere picchiata, questo ti mette in allarme [*continuo a lavorare sulla differenziazione tra il ricordo di un'esperienza traumatica nel passato ed il presente, utilizzando una pressione al riconoscimento della realtà e a prendere un po' di distanza, osservando, quindi chiamando in causa, le funzioni superiori dell'io, l'emergere di un ricordo*].

P: Ora tu mi parli così, e io sto meglio, molto meglio [*L'ansia diminuisce e recupera l'esame di realtà*]

Arriva il Boa

14 seduta (min 40)

Questa seduta si sviluppa in un clima relazionale positivo, a dieci minuti dalla fine descrive di sentirsi come dentro una teca, [*questa metafora usata dalla paziente è una comunicazione inconscia significativa, espressione della sua alleanza terapeutica inconscia e del suo desiderio di essere compresa ed aiutata*] e dice che, quando esploriamo i suoi sentimenti, sente che questa teca ha un vetro che diventa più spesso. Le faccio osservare che, se il vetro diventa più spesso, probabilmente ci sono sentimenti più forti che premono dentro.

P: Più questa teca diventa spessa e più mi manca il fiato

T: e quando diventa spessa i tuoi sentimenti iniziano a ribollire

...dopo...

P: Perché tengo i sentimenti nella teca?

T: se stanno dentro una teca è possibile che tu mi voglia proteggere?

P: Ah.. (espressione sorpresa, gli occhi si riempiono di lacrime)

T: E' cambiato qualcosa ora dentro di te

P: si è vero, la paura di farti del male [*sta irrompendo nella coscienza il desiderio di farmi del male*], ho paura di perdere il controllo e farti tanto male (respira affannosamente). Mi è venuto in mente che la posso rompere a pugni e una volta che l'ho rotta, posso metterti le mani al collo.

T: In che modo?

P: Così (mette le mani sul suo collo)

T: (interrompo l'auto-attacco) Aspetta, non era a te, ma a me.

P: Ti metterei le mani al collo e poi stringerei (le sue mani non stanno stringendo, sono tese verso di me prive di energia)

T: la rabbia dentro le tue mani come stringerebbe il mio collo?

P: No... oddio... ho paura

T: Non mi stai facendo nulla in realtà, stiamo vedendo quell'impulso dentro di te, come stringerebbe il mio collo quell'impulso?

P: Ho paura di farti del male (cambia la sua espressione facciale)

T: cosa stai capendo? *[qui la invito a intellettualizzare piuttosto che a sperimentare i propri sentimenti, questo mio intervento avrebbe potuto allontanarla da far emergere i sentimenti ma i suoi sentimenti transferali stavano già irrompendo, così, fortunatamente il mio intervento non ha impedito l'emergere delle emozioni]*

P: capisco che voglio proteggerti, ho tantissima paura, tanta paura (con un tono di rabbia crescente) di farti del male, di strozzarti, tanta paura di farti male

T: e tanta voglia.... (Fiorella stringe le mani davanti a me) come ti senti mentre stringi? *[la seconda metà di questo intervento avrebbe potuto nuovamente bloccare la rappresentazione dell'impulso ma ormai i suoi sentimenti hanno fatto irruzione nella coscienza e questo non ha condizionato questa fase del lavoro, un intervento più appropriato avrebbe potuto essere "quell'impulso nelle tue mani che altro vuole fare?"]*

P: molto meglio, va bene? (voce arrabbiata)

T: che altro farebbe quella rabbia?

P: (lascia la presa)

La seduta si conclude con Fiorella che dice che si è accorta che la persona di cui ha più paura è se stessa, mi parla sussurrando, con intimità e proprio mentre racconta si rende conto che il suo sintomo somatico di costrizione della gola è completamente sparito e che ha capito che è proprio quello che lei avrebbe voluto fare a qualcun altro.

È interessante che tra questa seduta e quella successiva Fiorella abbia una serie di flashback, riemergono vecchi ricordi e torna ad utilizzare il quadro di Klimt "le bisce d'acqua" per parlare del proprio mondo interno. Nota che adesso osservandolo le sembra molto più luminoso di come lo ricordava prima. Riprende la vecchia passione della fotografia che aveva abbandonato e mi dice di aver provato ad avere un rapporto sessuale con il proprio partner; ha potuto avere una penetrazione quasi completa ma poi ha iniziato a sentire dolore e ha dovuto smettere. In questo caso oltre al contenuto manifesto di ciò che dice è importante anche il contenuto latente: la psicoterapia mi sta permettendo maggiore apertura ma ad un certo livello di profondità-penetrazione sento che devo fermarmi.

Colpa e la riparazione

"... e ancora proteggi

La grazia del mio cuore

Adesso e per quando tornerà l'incanto

L'incanto di te... di te vicino a me..."

Seduta n 15 (min 28)

Nei primi 10 minuti parla del desiderio di rompere la teca e della paura di non farcela. Ha un breakthrough di rabbia che inizialmente viene diretto al divano, dopo aver identificato la difesa dello spostamento, può dirigere questo impulso verso me. Dall'impulso iniziale a colpire con i pugni il mio petto, si manifesta nuovamente, andando avanti nel portrayal, l'impulso di strozzarmi. Non appena arriva a contattare questo impulso immediatamente non sente più la stretta alla gola e sente entrare nei polmoni aria fresca. *[questo fenomeno è il prodotto della disidentificazione dall'oggetto della propria rabbia]*.

Mi chiede tempo, dice che non c'è più una teca, non c'è un vetro che ci divide ma che ha bisogno che io stia lontano. Dopo questa fase di transizione, torniamo nel transfert e ai sentimenti ambivalenti nei miei confronti. Prendere tempo, considerando le difese di dissociazione primaria mostrata precedentemente è un modo per permetterle quel tipo di distanza che ritiene opportuna e contemporaneamente fare un'esperienza emotiva correttiva. Utilizza ora dei meccanismi di diniego per evitare di accedere a sentimenti di colpa. Immagina di avermi colpito e strozzato, immagina che io sia a terra davanti a lei e dice "ti vedo... sei sorridente" (lei ha un'espressione sorridente e tranquilla) "non hai nessun segno" "non ci sono lividi". In questo modo attraverso la scissione ed il diniego non le è possibile accedere al sentimento di dispiacere e colpa per le conseguenze del suo impulso omicida e anche all'amore che è il motore di un senso di colpa sano, non nevrotico, che porta al desiderio di riparare.

(min 34)

P: Ok, non sono ancora pronta *[negazione]*, ti vorrei abbracciare. E' come se tu me lo chiedessi. *[proiezione del suo desiderio di vicinanza emotiva]*

T: Ma non ti sto chiedendo nulla, quale noti essere la tua reazione? *[disattivo la proiezione e la invito a osservare la sua reazione interna]*

P: Ti voglio consolare, stai tremando

T: cosa stai provando per me?

P: sono contenta, sfogati pure (sussurrando) hai gli occhi chiusi *[Immaginare che io sia con gli occhi chiusi è un'altra difesa contro la vicinanza emotiva]*

T: Se permetti che i nostri occhi si incontrino, quale reazione hai?

P: Come un bambino che è rassicurato dalla mamma

T: di che colore sono i miei occhi

P: verdi (piange)

T: cosa ti sei appena ricordata?

P: (tutta la frase è sussurrata, proviene da un luogo molto lontano e intimo) io ho gli occhi verdi, mia mamma che mi rassicura, quando c'è qualcosa che non va lei mi abbraccia sempre e io mi sento al sicuro, è la cosa che mi piace di più.

Qui ricorda la paura per la malattia della mamma, la paura di perderla e di come abbia iniziato ad aver paura di essere una donna malata, un modo per tenere la madre ancora vicino a sé, impedendo così l'elaborazione emozionale del lutto.

In questo momento le torna in mente un ricordo, un fenomeno comune una volta che l'inconscio si è aperto:

P: I primi giorni di ricovero non sono andata a trovarla. Vederla che dormiva, in coma, mi è venuto da piangere. Il dottore in modo carino, poco carino, mi ha detto "se sapevo che avrebbe pianto non l'avrei fatta entrare!" mia madre sta morendo, secondo lei non devo piangere? (piange) allora lui è stato zitto, sono rimasta (piange singhiozzando) e le ho dato un bacio. Non me lo ricordavo più, l'ho salutata, il giorno dopo è morta (sussurrando...dopo il pianto il suo volto si distende e inizia a sorridere).

Recupera un ricordo importante, un tassello che mancava e che adesso la pacifica con il rimprovero di non aver fatto abbastanza e la colpa, il suo inconscio, più aperto, permette un contatto con i sentimenti sia di rabbia che di amore e dolore per la malattia e la morte della mamma. Il recupero del ricordo è prova che la rimozione è stata ristrutturata e che da qui in avanti incontreremo forse altre difese per una nuova e più funzionale organizzazione psicologica.

Intimità

Per Freud il "*Complesso di Edipo*" segna una fase di passaggio dalla relazione diadica alla relazione a tre; il raggiungimento di questa organizzazione psichica da un punto di vista psicodiagnostico denota la presenza di una mente che ha raggiunto un certo livello di strutturazione. Freud chiama "*Scena Primaria*" la rappresentazione dei genitori nel rapporto sessuale, questa può essere un ricordo, una scena che è stata osservata, o anche solo fantasticata. L'elemento centrale è che esclude, eccita, addolora e fa arrabbiare il bambino; da questa condizione originaria si originano le angosce di seduzione e castrazione di cui Freud parla. Pietra miliare su questo tema è il noto caso clinico dell'uomo dei lupi e del sogno in cui si spalanca improvvisamente la finestra della sua stanza e il paziente vede un grande noce con 6/7 i lupi bianchi sui rami. Freud arriva, attraverso il metodo psicoanalitico e l'analisi del sogno, a recuperare un ricordo d'infanzia del paziente: il coito da tergo tra i genitori.

Fiorella, attraverso il contenuto latente, introduce nella ventesima seduta la tematica sessuale: racconta di aver visto la sera prima un film che l'ha molto scossa: una bambina era picchiata

violentemente dalla madre; immediatamente ha sentito “il suo dolore allo stomaco”, quel dolore che le è familiare, e aggiunge che in questo film c’era una “certa sensualità”. Le domando se ha qualche ricordo di questa sensualità a casa dato che lei per prima aveva collegato il film alle dinamiche famigliari. Subito lo associa ad un episodio in cui il padre era stato molto affettuoso con la mamma, si trovavano in cucina e lui “da dietro” le dava un regalo prezioso e lei era arrabbiata con lui che trovava sempre il modo di farsi perdonare e anche con la madre che tutte le volte lo perdonava. Già in una seduta precedente aveva mostrato un impulso a “prendere da dietro” per i capelli una donna; questa è un’immagine con una forte carica affettiva. Si chiarisce un aspetto importante: quando, durante la fase del portrayal, è in contatto con il proprio impulso, colpendo il padre sente dolore al proprio corpo esattamente nello stesso punto in cui l’impulso ha colpito lui; quando invece colpisce la mamma il dolore va via. Questo apre ad alcune ipotesi e considerazioni che troveranno ulteriori dati e qualche risposta nella ventiseiesima e ad oggi ultima seduta.

Seduta 26 del 04/03/24

Inizia la seduta raccontando un sogno, vuole condividere con me la sua interpretazione. In questo inizio di incontro c’è una convergenza di elementi: il sogno, il contenuto latente ed il transfert sono ora molto vicini alla sua coscienza.

Sbobinatura dal min 1 al min 5

P: Ero dalla mia vicina di casa, entravo ma in realtà non era casa sua, l’entrata sì, la sala lontano e poi vedevo in lontananza una casa bellissima, un interno di una casa molto bello, tutti i colori chiari, tutto sul bianco, pulito, tenuto bene, si vedeva, una casa anche di design, con pochi mobili. Ho detto “ma che bella!”, sono andata di là per vederla, mentre ero in queste stanze bellissime, molto belle, mi è iniziato a venire, né ansia né paura ma una specie di... non volevo stare più lì, all’inizio ero attratta da questa cosa poi quando ero lì mi sembrava una stanza tipo quelle da ospedali seri, troppo perfette, troppo pulite, troppo di design con... c’erano delle opere di cracking art (installazione urbana di animali giganti in plastica colorata rigenerata che a lei piacciono) e mi sono sentita a disagio. Sogno sempre un giorno o due dopo la seduta, mi sono fatta un’idea: è come se fosse il mio rapporto con il sesso, nel senso che inizio bene, mi piace, vado e poi c’è qualcosa, quando sono nella stanza, che mi blocca. Non mi piace più. Questa è stata la mia interpretazione. Il sogno finisce che sono rimasta a ispezionare questa casa che più andava avanti e più era grande, c’erano sempre altre stanze, molto belle, molto particolari ma più andavo avanti più non mi piaceva. *[Nel sogno ci sono molti aspetti che possono essere letti attraverso la lente del contenuto latente e della relazione terapeutica: la vicina rimanda al tema della vicina/vicinanza emotiva nella sua vita e con me, la casa bella a cui è interessata potrebbe rappresentare sia l’altro, i suoi aspetti interni ed esterni, ma anche la scoperta meravigliata di nuove cose di sé. Nel sogno aggiunge in più punti che quello che le piace, le stanze o la cracking art, sono lo stimolo che le crea angoscia e sintomo di irrigidimento e questo è un elemento che ha un potere esplicativo significativo. L’ospedale è un luogo di cura ed è facile collegarlo alla cura della psicoterapia, al transfert. Mentre nella mia mente si muovono queste associazioni aspetto le associazioni di Fiorella e vedere se queste ipotesi trovino conferma oppure disconferma e vadano*

abbandonate e soprattutto come aiutarla a passare da questa conoscenza cognitiva in parte conscia e in parte inconscia ad un'esperienza emotiva ed esperienziale]

T: In che modo è collegata al rapporto con il sesso? *[la invito a descrivere il problema]*

P: nel senso, parto sono tranquilla, nel momento che sento dolore fisico mi irrigidisco, forse l'ho associato perché nel momento in cui mi trovavo in questa stanza mi sono irrigidita.

T: e anche noti che sogni dopo la seduta *[preparo il collegamento a come vive la psicoterapia, al transfert]*

P: sì, mi sono resa conto che da quando vengo ricordo di più o sogno di più, quando non ci vediamo sogno di meno o non me lo ricordo, penso che sia collegato. Nel sogno la mia vicina è una persona diversa. *[La persona vicina con cui parla in questo momento sono io]*

T: Quindi nel sogno c'è questo schema, tu ti avvicini a qualcosa che ti piace, diventi ansiosa e ti irrigidisci. Giusto? *[Ricostruisco attraverso il sogno il triangolo del conflitto per aiutarla a osservare il proprio funzionamento psichico]*

P: Sì, esatto.

tra il min 12 e il min 23 il lavoro sulla Resistenza Transferale

Fiorella concorda che ci sia una somiglianza su sogno e relazione con me, e dice che si accorge che mentre parla con me sente che si irrigidisce nella zona del ventre e dei genitali, nota che questo le accade quando inizia a sentire rabbia.

P: sento che questa rabbia mi sale dai genitali allo stomaco, come un fuoco divampa.

T: però non sembri infuocata, sembri distaccata, come senti la rabbia nel tuo corpo?

P: no perché dall'altro lato la mia immaginazione è come se io cercassi di uscire e dall'altra parte mi viene un'onda d'acqua che mi spegne *[intellettualizza per allontanarsi emotivamente e al tempo stesso collabora -Unconscious Therapeutic Alliance- usando la metafora dell'onda, significativa e poetica perché generalmente quando sente rabbia il pianto spegne l'emozione che sta emergendo]*

T: che spegne il calore della rabbia. *[mostro la funzione del pianto difensivo]*

P: è come se l'avessi, la usassi da anni per calmarmi e non innervosirmi tanto. *[la paziente è consapevole della difesa]*

T: cosa vuoi fare con questa onda d'acqua che spegne la tua potenza?

P: l'onda d'acqua mi è piaciuta tanto in questi anni, mi ha aiutato a stare in silenzio e calmarmi *[con questa risposta "mi è piaciuta tanto" mostra ancora egosintonicità]*

T: certo è servita, ma se ora tu rimani qui in silenzio qui con me, cosa succederà a questa terapia?
[mostro le conseguenze, il prezzo, della difesa]

P: non si accenderà. *[a questo punto vede la difesa, la funzione ed il prezzo e nuovamente c'è UTA nel verbo che sceglie perché fa riferimento al fuoco di cui parlava all'inizio]*

In questa fase di lavoro sulla resistenza transferale, Fiorella, dice di sentirsi arrabbiata e poi utilizza difese quali l'auto-attacco, il distaccarsi, il ricorrere ad un discorso ipotetico, l'intellettualizzazione e la pseudo-impotenza. Inizia a vedere questi aspetti ma mostra una certa sintonia, questo porta le difese a cristallizzarsi nella relazione di transfert.

P: Sono sincera, ho paura e mi rendo conto che ti sto dicendo tutte queste cose per non avere una relazione con te, dall'altro lato è una cosa che vorrei tanto. *[E' cosciente della sua difesa, tranquilla, è un indice di sintonicità, non c'è ansia, non c'è conflitto vero]*

T: e questo assomiglia alla tua vita sessuale, non ti pare?

P: sono completamente d'accordo, io parto sempre molto bene e poi...

T: e siamo qui in quel punto, mi dici, ho paura che tu mi farai male, ti sto facendo male?

P: no

T: ok, quali emozioni nascono qui nei miei confronti?

P: non lo so *[prende una posizione di pseudo-incapacità di impotenza]*

T: senti come arriva perentorio il "non lo so"? Come una pietra tombale sui tuoi sentimenti.

P: è come se quando mi chiedi io ti chiudo la porta in faccia *[cosciente della difesa e della sua funzione]*

T: fantastico che lo noti, mi chiudi la porta come si chiudono i genitali con il tuo compagno

P: uguale!

Fiorella nota che la contrazione muscolare al ventre e ai genitali è forte in questo momento *[Aumento dei sentimenti transferali]*.

... dopo qualche minuto...

P: nel momento in cui cerco di avvicinarmi non so che cosa sia e mi accorgo che divento cerebrale, me ne rendo conto quando lo faccio. Ma veramente non lo so. *[è cosciente della resistenza transferale, è tranquilla, comoda con la sua resistenza, ruota le difese sempre allo scopo di evitare la vicinanza emotiva]*.

In questo momento la resistenza transferale è cristallizzata e le sue difese sono sintoniche, è necessario entrare in una fase di head on collision con la resistenza transferale per evitare un conflitto

relazionale ed aiutarla a vivere il proprio conflitto intrapsichicamente, solo una volta che è interno potrà elaborarlo. Dopo 5 minuti di questa fase di *Head on Collision* ha un accesso ai sentimenti di rabbia e nella rappresentazione dell'impulso diventa chiaro che lei vorrebbe colpire la mia pancia e i miei genitali e mentre fa questa esperienza nota, con sorpresa, che il dolore nel suo corpo non c'è più, il suo ventre ed i genitali sono rilassati. Come nel portrayal precedente non è più identificata con l'oggetto della propria rabbia.

La scena primaria ha mosso sentimenti ambivalenti verso entrambi i genitori. Lei, identificata con il padre, per evitare di sentire emozioni e impulsi nei suoi confronti, infligge a quel corpo lo stesso dolore che avrebbe voluto infliggergli da bambina. Essere identificata con il padre le permette di evitare i sentimenti di colpa per questa coppia di genitori ma al tempo stesso le ha impedito, fino ad oggi, di vivere una serena ed appagante intimità nella vita di coppia.

Conclusione

La storia di questi otto mesi di psicoterapia con Fiorella conferma ciò che è già stato evidenziato da tante ricerche sull'efficacia dell'ISTDP nel trattamento delle somatizzazioni. Non bisogna dimenticare che questo insieme di principi che costituisce l'Intensive Short Term Psychodynamic Psychotherapy appoggia saldamente un piede nella psicoanalisi e l'altro nella ricerca che continuamente modifica le conoscenze che abbiamo sulla vita psichica. L'incontro con il paziente si basa sulla continua valutazione della sua risposta al nostro intervento. Questo elemento, unito alla videoregistrazione, permette di fare ricerca nel campo della psicoterapia aiutando i terapeuti a rivedere e valutare il proprio lavoro, agevolando così la crescita professionale con un impatto notevole sul lavoro con i pazienti. La solidità delle radici psicoanalitiche permette di leggere la relazione terapeutica a molti livelli arricchendo la nostra comprensione: il conflitto, la risposta del paziente all'intervento, il contenuto manifesto e il contenuto latente, il ruolo transferale, il controtransfer, l'enactment e la valutazione costante del processo terapeutico. Questo insieme di elementi è ciò che permette lo sviluppo del pensiero clinico.

Spesso siamo guidati da una psicologia ingenua o da una psicodiagnosi categoriale estrema in cui si dice "Questo paziente è un ipocondriaco, è un anoressico, è psicosomatico, è un tossicodipendente, è un bipolare, è depresso e così via..."; queste affermazioni sono descrizioni dei fenomeni e non spiegazioni; pertanto, descrivere un fenomeno non aiuta a comprendere cosa lo crei e in quale struttura psicologica quel fenomeno si manifesti. Comprendere fenomeno e struttura è una caratteristica del pensiero clinico e il pensiero clinico è ciò che dà una direzione alla cura. Sappiamo cosa fare solo quando comprendiamo il funzionamento di ciò che osserviamo (Jon Frederickson comunicazione personale). Quando usciamo dal pensiero clinico possiamo trattare sintomi come se fossero cause e offrire trattamenti qualunquistici mentre ciò di cui ha bisogno il paziente è di un trattamento personalizzato. È difficile immaginare un medico che dica ad un collega "Questo paziente soffre di febbre": la febbre, così come tutto ciò che ho elencato sopra, è la descrizione del sintomo; il buon medico cercherà di comprendere cosa produce l'aumento della temperatura e non scambierà il sintomo per la causa: è il suo pensiero clinico che guida il tipo di trattamento che proporrà al paziente.

E' evidente che ci sia un'enorme differenza tra il trattare una febbre causata da un'infezione, da un virus o da un'influenza.

Quello che facciamo in una psicoterapia psicodinamica e nell'ISTDP è la conseguenza di ciò che comprendiamo del paziente, della funzione di sintomi, difese, ansia, emozioni ed impulsi e della relazione terapeutica. Usiamo una diagnosi di tipo dimensionale per comprendere chi abbiamo di fronte e collochiamo l'individuo su una linea immaginaria rispetto ad uno specifico aspetto del carattere, in posizioni variabili, lungo una linea su cui si colloca tutta l'umanità e soprattutto sottoponiamo il nostro intervento e le nostre ipotesi a costante verifica: la risposta del paziente al nostro intervento è il nostro "vero supervisore" (Jon Frederickson Israel supervision group 2024). Per fare un esempio, la preoccupazione per il proprio corpo può presentarsi in una struttura nevrotica come una preoccupazione ipocondriaca, in una struttura più fragile può manifestarsi come dismorfofobia e in una struttura psicotica invece come una preoccupazione che una parte del corpo sia controllata dalla CIA e questa parte del corpo scissa minacci la propria vita dall'interno.

Quando abbiamo compreso ciò che abbiamo davanti diventa più semplice riflettere sul "come intervenire": possiamo cercare un modo di relazionarci a una persona che usa una difesa senza accorgersene, possiamo aiutarla a osservarsi, a vedere funzione e conseguenze delle difese e di come queste siano collegate al suo malessere. Se invece un paziente è in uno stato d'ansia sopraffacente avremo l'opportunità di trovare un modo di relazionarci ad una persona il cui corpo è in uno stato di paura offrendogli una relazione diversa, sicura. Tutto quello che facciamo esprime momento dopo momento ciò che comprendiamo stia succedendo nel paziente e nel rapporto tra lui e noi nel qui ed ora.

Fiorella non poteva lasciare andare una mamma che ha tanto amato e si è appoggiata all'identificazione con una figura malata come a una boa, scambiando l'esperienza del distacco con l'interessa della propria personalità; la boa poi, nel tempo, è diventata zavorra, ansia, ipocondria e somatizzazione.

Questa è la storia di ciò che le è accaduto e di come è sopravvissuta alle proprie esperienze. Se volgiamo lo sguardo indietro, possiamo ricordare anche ciò che è accaduto a noi, e come abbiamo affrontato traumi e sofferenze. Come esseri umani abbiamo vissuto, ognuno secondo le proprie esperienze, perdite, violenze e angosce profonde. Siamo così lontani, diversi eppure così vicini. Ogni relazione nel presente, se siamo nella condizione di tollerare e accettare incertezza e ansia, può essere una terraferma che incoraggia a credere sia possibile raggiungerne la sponda. Costruire un clima di fiducia invita ad abbandonare la nostra boa personale e a prendere la via che porta al nostro luogo nel mondo, in cui può accadere allora la meraviglia: incontrarsi.

Bibliografia

Abbass A. *"Superando la resistenza"*, Cluep, Padova, 2018.

- Abbass A. *“Somatizzazione: come diagnosticarla più in fretta tramite il colloquio focalizzato sulle emozioni”*, The Journal of family practice, Vol. 54/N 3, 2005.
- Bremner J., Randall P., Scott T., Bronen R., Seiblyl J., Southwick S. *“MRI based measurement of hippocampal volume in patients with combat related post-traumatic stress disorder”* in American Journal of Psychiatry, 152,973, 1995.
- Coughlin P. *“Emotional processing in the treatment of psychosomatic disorders”*, Journal of clinical psychology, Vol 62, 2006.
- Frederickson J. *“Co-Creating Change”* Seven Leaves press 2013.
- Frederickson J. *“Co-Creating Safety”* Seven Leaves press 2021.
- Freud S. *“Caso clinico dell’uomo dei lupi”* (1914) in Opere Volume 7, Bollati Boringhieri, Torino, 1989.
- Friedman H., Boothby-Kewler S., *“The disease – prone personality: a meta analytic view”* American Psychologist, 42, 539-555, 1987.
- Ireton R., Anna Huges A., Klabunde M. *“An FMRI Meta-Analysis of Childhood trauma”* in Science Direct, 2024.
- Mc Dougall J. *“Teatri del corpo”* Raffaello Cortina Editore, Milano,
- Mc Williams N. *“La diagnosi psicoanalitica”* Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1999.
- Mc Williams, Lingiardi *“PDM 2”* Raffaello Cortina Editore, Milano, 2018.
- Smadja C. *“La via psicosomatica e la psicoanalisi”* Franco Angeli Editore, Milano, 2010.
- Van der Kolk B. *“Il corpo accusa il colpo”* Franco Angeli Editore, Milano,