

Vincenzo Caretti
La solitudine del curante,
la scissione mente-corpo
e il deficit della simbolizzazione

1. La solitudine è quello spazio mentale dove si confrontano, si rielaborano e si trasformano, nell'immaginazione, i significati della nostra esistenza e della nostra esperienza del mondo. È nella nostra più segreta intimità che avvengono i processi più importanti relativi al Sé, quelli che orientano il nostro modo di percepirci, di essere e di agire. Saper stare da soli rappresenta una preziosa risorsa quando è necessario modificare l'atteggiamento mentale o il nostro rapporto con gli altri, oppure quando dobbiamo risolvere un conflitto o una preoccupazione. Saper stare da soli significa saper stare, anche, con il proprio corpo: ascoltare le sensazioni degli stati fisici e come queste si correlano alle emozioni psichiche, ai vissuti e agli stati della coscienza.

La solitudine è difatti il luogo dove si svolge quella funzione integratrice dell'Io, detta funzione simbolica, che ha lo scopo di differenziare, integrare e trasformare le opposizioni che si sperimentano relativamente al Sé e al mondo esterno e, senza la quale, l'Io non regerebbe il confronto con le vicissitudini della vita. La funzione simbolica coincide con la capacità di mentalizzare le emozioni e le sensazioni a esse collegate nel corpo, di pensare i propri stati interiori, di riconoscere quelli degli altri e di poter utilizzare questa riflessività nelle relazioni interpersonali.

Al giorno d'oggi, le possibilità creative della solitudine vengono raramente considerate mentre invece se ne riscontrano, nell'accezione comune, il senso dello svuotamento e dell'impoverimento esistenziale. Solitudine, dal latino *solus* la cui radice indoeuropea è *se*, indica separazione e ha il significato del luogo desertico e dell'essere so-

li, isolati, abbandonati, senza aiuto. La solitudine è sempre valutata negativamente persino nei contesti psicoterapeutici dove l'interesse verte maggiormente sulla relazione interpersonale, sulla partecipazione di gruppo, sulla terapia riabilitativa, sugli incontri di reparto, sull'interazione personale-pazienti, sulla terapia occupazionale, sull'arte terapia e su qualsiasi altro mezzo utile a tenere costantemente impegnato chi è malato e ha bisogno di cure.

Ma che cosa significa oggi curare, prendersi cura di un malato ma anche di un individuo sano o bisognoso di terapie? E qual è la relazione tra solitudine e cura? Se riflettiamo sul concetto di cura noteremo come esso sia profondamente cambiato rispetto al passato, proprio in quanto la cura riflette un'enfasi attualmente presente sul concetto di individuo, un oggetto sempre più descritto dalle scienze della psiche, dalle scienze mediche, dalla nuova genetica nel tentativo di darne una definizione più obiettiva possibile, pur con tutte le cautele del caso. Come ha messo recentemente in evidenza Alberto Oliverio¹, già questo tentativo, cioè quello di costruire una sorta di carta geografica dell'individuo, ha in sé il significato di "prendersi cura" facendo dell'individuo un oggetto privilegiato di ricerca rispetto a un tempo passato, quando lo stesso oggetto era considerato alla stregua di un ingranaggio o come piatta espressione della società.

La biologia oggi ha riscoperto l'individuo verificando la fallacia di leggi formulate per individui tipo o individui medi, rivalutandone invece l'unicità biologica e storica. Inoltre, l'attenzione non solo alle dinamiche, ma anche verso le singolarità, le particolarità, le "bizzarrie" di un individuo, spesso compone un'immagine più completa dell'uomo e della sua esistenza, e ciò è tanto più vero nel processo di cura dove il clinico può rendersi conto che alcune particolarità non sono necessariamente patologiche ma sono uno dei tanti modi di "stare al mondo".

Andiamo verso una rivalutazione dell'individuo come singolarità, e della cura come processo individuale e non come ritorno alla cosiddetta normalità. In realtà – e non solo nel campo della psicopatologia – quello che sta accadendo, sostiene ancora Oliverio, è che con il progredire delle conoscenze biologiche e mediche, con il progredire degli strumenti di indagine, aumenta parallelamente il catalogo di eccezioni e di particolarità che un tempo venivano trascurate, espul-

se proprio perché in contrasto con le norme generali conosciute e che invece oggi spingono la clinica verso categorizzazioni ugualmente generali ma meno assolute, in continua trasformazione.

L'attenzione all'individuo, alle dinamiche delle sue trasformazioni "storiche", alle eccezioni piuttosto che alle regolarità, obbliga il curante a essere capace di essere da solo di fronte all'individuo che ha bisogno di cure. Nel senso che solo accettando un certo grado di distanza e di solitudine che riuscirà a riconoscerlo come una persona singola, a empatizzare con il suo caso, a stabilire con lui una relazione autentica e anche ad aiutarlo.

Il concetto di isolamento personale da Winnicott fino a Ogden² è stato riconsiderato come centrale per la comprensione dello sviluppo umano.

Vediamo quali sono le condizioni psichiche alla base della capacità di essere da solo del curante: *a)* l'autonomia; *b)* un certo grado di onnipotenza non patologica, ovvero la fiducia; *c)* la capacità di regressione al servizio dell'Io e della relazione interpersonale. L'*autonomia* può essere definita come la capacità di essere se stessi, come la capacità di essere da soli, come la capacità di rimanere integri nel confronto con i conflitti che si sperimentano sia relativamente al Sé sia al mondo esterno. Il concetto di autonomia è solo in parte correlato al concetto di indipendenza, nel senso che non si deve confondere l'autonomia psicologica dal non dipendere da nessuno. Essere autonomi significa essere indipendenti nelle relazioni di dipendenza. Il che comporta che il concetto di autonomia è legato anche a quello di dipendenza matura. L'*onnipotenza* è originariamente una reazione difensiva contro l'angoscia di morte sperimentata all'inizio della vita psichica e nella prima parte dello sviluppo. Essa è caratterizzata da una serie di immagini e da certi particolari vissuti il cui scopo è la costruzione interna di una realtà più favorevole di quella sperimentata oggettivamente. Quest'operazione di stravolgimento della realtà oggettiva permette all'individuo non ancora maturo di sopravvivere a gli urti e alle frustrazioni del mondo esterno. Gli permette pure di "inventarsi" una realtà e di orientarsi per poterla realizzare effettivamente. L'onnipotenza, intesa qui come ordinaria fiducia, ha quindi valore adattivo e se adeguatamente integrata all'autonomia che si conquista nel corso dello sviluppo è anche la fonte di ogni creatività.

L'onnipotenza senza l'autonomia coincide invece con lo sviluppo del narcisismo patologico ed è alla base di tutti i successivi esiti ansioso-depressivi. La concezione moderna della *regressione* è particolarmente complessa: come per l'isolamento, essa è stata sottratta alla psicopatologia e riveduta e riconsiderata nell'ambito delle teorie evolutive. Esiste una forma di *regressione patologica* (così come viene attualmente inteso dalla psicopatologia) che è al servizio della difesa e della dimenticanza: si tratta in questo caso di un'operazione mentale dove non c'è presa di coscienza e quindi dove non c'è trasformazione. Esiste invece una forma di *regressione creativa* al servizio dell'immaginazione e della presa di coscienza, che si nutre della relazione tra l'Io e l'inconscio e che favorisce la trasformazione. Questa forma di regressione creativa coincide, nello spazio psichico, con il lavoro simbolico che permette l'integrazione delle sensazioni e delle emozioni nell'immaginario personale, allo scopo di riconfigurare la nostra esperienza con la realtà con cui siamo in relazione. Paul Schilder³ scriveva negli anni Trenta che una forma di regressione patologica consiste nella sopravvalutazione della coesione del nostro corpo: sentire il corpo non è una cosa scontata: sentire il corpo è la conseguenza dell'amore di sé e per gli altri, cioè del lavoro simbolico che permette l'elaborazione di ogni forma di scissione e l'accesso a nuove forme di coscienza di sé e del mondo. L'immagine del corpo è costruita di continuo durante tutto l'arco di vita – l'infanzia, l'adolescenza, la maturità, la vecchiaia – forze d'amore la tengono insieme forze di odio la disgregano. Quando si manifestano tendenze distruttive, il corpo si sparge per il mondo, divenendo sconosciuto al lavoro simbolico, scisso dal suo senso e dal suo valore sia a livello cognitivo che affettivo.

2. La scissione mente-corpo consiste in una difesa psichica primitiva la cui conseguenza implicherebbe la negazione e la dissociazione dei vissuti corporei – in particolare le sensazioni e le emozioni dolorose, oppure quelle relative al desiderio e al piacere – che non possono essere immaginati, pensati e simbolizzati nella relazione con se stessi e con gli altri.⁴

Al posto di rappresentazioni dei propri stati interiori, dell'esistenza di pensieri, di emozioni e di sensazioni in se stessi e negli altri, nella scissione mente-corpo si sperimenta un senso disturbante di al-

terità e di vuoto esistenziale che deriva dall'aver vissuto in modo particolarmente aggressivo la scoperta della separazione e del distacco nelle prime fasi dello sviluppo, con la conseguenza di essere afflitti da un pervasivo sentimento d'impotenza mai elaborato nelle fasi successive.

Giovanni era un uomo di quarantacinque anni affetto da un disturbo depressivo ricorrente. Manager di una banca, era un uomo di successo, sposato con due figli e con una famiglia che gli era molto vicino nei momenti difficili.

Nel suo lavoro era in cima a tutte le graduatorie di produttività. Prestante fisicamente, praticava differenti sports e qualche anno addietro aveva salvato due bambini dall'annegamento in mare.

Giovanni proveniva da una famiglia con un padre violento e crudele che gli suscitava terrore. Ricordava con angoscia la paura che gli prendeva quando la sera il padre tornava a casa e i suoi risvegli al mattino quando si metteva presto in movimento per controllare quello che poteva succedere in casa. A scuola Giovanni era stato definito dai suoi insegnanti come disattento e iperattivo.

La disperazione di Giovanni appariva incontenibile all'inizio della terapia, spesso passando la seduta a piangere senza motivo come un bambino impotente.

Nel corso del trattamento due sono stati i passaggi principali che hanno permesso a Giovanni di mentalizzare la sua esperienza e di trasformare la relazione con se stesso e con la realtà.

Il primo passaggio importante si verificò quando chiesi a Giovanni che cosa interveniva nella sua immaginazione quando sentiva di precipitare nella disperazione. Emerse da questa ricerca che ciò che lo angosciava non erano fatti oggettivi ma situazioni di lavoro future che nelle sue fantasie non avrebbe saputo affrontare e risolvere. L'impotenza di non poter "aggreire" ciò da cui si sentiva aggredito, ci permise di collegare questo terrore senza nome alle angosce infantili e di cominciare a dare un significato alla sua disperazione.

Il secondo passaggio decisivo nella terapia fu quando mi accorsi che Giovanni non denunciava mai di essere stanco: questo paziente o era distrutto da un dolore privo di senso, oppure era continuamente attivo e pieno di energie.

Emerse nel corso delle sedute che Giovanni non riusciva a riconoscere i segnali fisici della stanchezza e che li aveva completamente dissociati dalla sua esperienza cosciente in quanto associati alla minaccia di poter subire una violenza da chiunque. Non poteva pensare e rappresentarsi le emozioni dolorose collegate al corpo e utilizzarle al servizio della sua identità e del suo benessere.

Giovanni cominciò a questo punto a chiedere ai suoi conoscenti che cosa succedeva nella loro mente quando il corpo si stancava ed era affaticato, scoprendo progressivamente come gli altri si regolavano in questa circostanza. Questa ricerca gli permise di cominciare a pensare e a simbolizzare la stanchezza e la fatica e di superare la scissione difensiva mente-corpo, riuscendo finalmente a fermarsi e a curarsi.

La qualità delle relazioni primarie e delle modalità di attaccamento costituiscono attualmente un aspetto significativo nella comprensione di quei disturbi della regolazione affettiva connessi alla scissione mente-corpo e all'uso della dissociazione. La dissociazione, infatti, impedisce la formazione di espressioni verbali dell'esperienza di sé e degli altri. Questo coincide con quella condizione patologica che oggi è studiata dai ricercatori con il nome di *alessitimia*: la difficoltà di accedere al proprio mondo interno, ai sogni e alle fantasie e di poterle regolare, utilizzare e scambiare nelle relazioni interpersonali.

Le ricerche condotte da Fonagy e Target⁵ forniscono una spiegazione dei fenomeni della scissione mente-corpo da un punto di vista evolutivo. Questi studi hanno dimostrato come il sistema dell'attaccamento e il sistema della riflessività siano strettamente interrelati e pertanto non solo è più probabile che i genitori con un'elevata capacità riflessiva promuovano un attaccamento sicuro nei figli, ma anche che l'attaccamento sicuro rappresenta il precursore fondamentale del consolidamento della funzione riflessiva e della capacità di pensare il proprio corpo e di giocare con la realtà. I bambini i cui bisogni di attaccamento trovano una risposta adeguata sono infatti liberi di esplorare le menti degli altri e quindi di sviluppare una conoscenza degli stati mentali. Secondo Fonagy e Target, la consapevolezza nel bambino della natura degli stati mentali in se stesso e negli

altri, dipende dal suo percepire in modo non persecutorio o confusivo la condizione psichica dei suoi genitori. Risulta così importante il “giocare insieme” come esperienza decisiva per essere nella realtà in modo sicuro e creativo. Quando un genitore per gioco “fa finta”, il bambino inizia a mettere a confronto ciò che è apparente e ciò che è reale rendendo chiara al contempo la distinzione tra la modalità del “fare finta” e quella dell’“equivalenza psichica”.

Nella modalità dell’*equivalenza psichica* il bambino piccolo si comporta come se la sua realtà interna fosse equivalente alla realtà esterna e quindi la rispecchiasse fedelmente, e come se gli altri dovessero avere le stesse esperienze che ha lui. Fonagy sostiene che il senso soggettivo di questa identità tra interno ed esterno è una fase universale dello sviluppo del bambino.

Nella modalità del *fare finta*, attraverso il gioco e l’attività ludica, il bambino sperimenta sentimenti e idee come qualcosa il cui carattere è meramente rappresentazionale, o simbolico, privo cioè di qualsiasi implicazione relativa al mondo esterno.

Il bambino piccolo quando gioca può pensare ai pensieri come pensieri perchè essi sono a questo livello spogliati delle loro connessioni con il mondo reale delle persone e delle cose.

L’essenza del processo non è semplicemente il gioco, ma il giocare insieme, cioè la relazione che permette di superare l’equivalenza psichica.

Capire la natura del mondo e giocare con la realtà non è cosa che si possa realizzare da soli in quanto richiede la scoperta e il riconoscimento del Sé negli occhi di un altro. La non corretta integrazione delle due modalità, generata da una qualsiasi condizione traumatica – dall’abuso alla trascuratezza psicologica – determinerà o il persistere disturbante della modalità dell’“equivalenza psichica” nello sperimentare la realtà interna (con il risultato che quando non si può pensare all’esperienza mentale in termini simbolici, i pensieri e i sentimenti hanno un impatto diretto e qualche volta devastante che può essere evitato solo per mezzo di movimenti drastici e difensivi); oppure il bambino che non ha avuto immagini riconoscibili ma modificate dei propri stati affettivi potrà incontrare dei problemi a differenziare la realtà dalla fantasia e la realtà fisica da quella psichica. La conseguenza di una condizione simile è la propensione a passare di

continuo alla modalità del “fare finta” come rifugio della mente, specialmente attraverso l’uso difensivo della scissione mente-corpo e della dissociazione. La mentalizzazione della relazione mente-corpo può aiutare l’individuo a raggiungere un più alto livello di intersoggettività, in termini di esperienze più profonde con gli altri, e, in definitiva, una vita vissuta come maggiormente piena di significato.

Il lavoro di elaborazione dei fenomeni corporei richiede una “base sicura”, o come ha segnalato Milner⁶ la consapevolezza intuitiva di una madre non ansiosa ancorata con soddisfazione al proprio corpo e in felice comunione con esso.

3. Altri autori si sono interessati recentemente allo studio dei processi di simbolizzazione della relazione mente-corpo, in particolare Wilma Bucci⁷ con il suo modello denominato “teoria del codice multiplo”. In questa teoria vengono differenziate tre modalità fondamentali con cui gli esseri umani elaborano le informazioni sensoriali e quelle emotive formando rappresentazioni interne della loro esperienza: a) il modo subsimbolico non-verbale, b) il modo simbolico non-verbale, c) il modo simbolico verbale. *L’elaborazione subsimbolica non-verbale* riguarda tutti quegli stimoli e sensazioni viscerali non-verbali che vengono processati “in parallelo”: per esempio, riconoscere le emozioni nell’espressione facciale altrui o comporre un brano musicale o riconoscere una voce familiare nella confusione di una festa, o intuire il *timing* dell’interpretazione al paziente. *L’elaborazione simbolica non-verbale* riguarda invece quelle immagini mentali (un volto, una musica, un’emozione che, pur presenti nella coscienza, non sono ancora tradotte in parole. *La modalità simbolica verbale*, infine, riguarda quello straordinario strumento mentale mediante il quale l’individuo comunica il proprio mondo interno agli altri, e conoscenza e cultura vengono trasmesse da un individuo a un altro.

Il modello della Bucci è molto vicino al costrutto dell’*allessitimia* – concetto che, nato nell’ambito delle teorie psicosomatiche, è stato in seguito esteso a indicare più in generale un deficit nella simbolizzazione proprio anche di altre patologie (nella fattispecie le dipendenze patologiche) – e al concetto di “disregolazione affettiva” elaborato dal gruppo di Toronto di Taylor, Bagby e Parker.⁸

Se la traduzione di *allessitimia* è “emozioni senza parole”, il mo-

dello di somatizzazione, secondo il codice multiplo della Bucci, può diventare “stati somatici senza simboli”. Il processo della scissione mente-corpo appare come una dissociazione fra i vissuti corporei, le emozioni e le parole intese come rappresentazioni simboliche di condizioni sensoriali di cui facciamo esperienza a livello subsimbolico. È il mancato passaggio dall’elaborazione simbolica non verbale a quella verbale che comporta un deficit della simbolizzazione. Questo deficit non permette al soggetto di utilizzare l’immaginazione e l’affettività come mediazione attraverso le parole della sua esperienza interiore, di individuo nella realtà che lo circonda.

L’immaginazione è il più potente strumento di adattamento dell’umanità in quanto è il luogo dove si svolge il processo relativo alla funzione simbolica. Senza questo strumento, non sarebbe possibile affrontare i cambiamenti nella realtà, rappresentarsi un’alternativa mentale ai disagi, alle perdite e in genere alle sofferenze, né pianificare il corso futuro di un’azione, o ripensare in modo creativo al passato per adattarlo al presente o al futuro.

La capacità di immaginare le vicende somatiche dei sentimenti e di simbolizzare l’esperienza del proprio corpo, è un processo mentale che si realizza nei primi stadi evolutivi soltanto quando il corpo è investito libidicamente, cioè quando viene mentalizzato, da parte delle figure di riferimento.

È nell’immaginazione che si svolge il processo simbolico in cui elementi opposti dell’esperienza, che si contrappongono, possono essere integrati e ricombinati in un intero di ordine superiore, trasformando il conflitto in una nuova configurazione della realtà e dando luogo a nuove forme di coesistenza.

Note

- ¹ A. Oliverio, *Esplorare la mente. Il cervello tra filosofia e biologia*, Raffaello Cortina, Milano 1999. Id., *Dove ci porta la scienza*, Laterza, Roma-Bari 2003.
- ² T.H. Ogden, *Soggetti dell'analisi* (1994), tr. it. Dunod Masson, Milano 1999.
- ³ P. Schilder, *Immagine di sé e schema corporeo* (1935), tr. it. Franco Angeli, Milano 1990
- ⁴ V. Caretti, D. La Barbera (a cura di), *Alessitimia. Valutazione e trattamento*, Astrolabio Ubaldini, Roma 2005.
- ⁵ P. Fonagy, M. Target, *Attaccamento e funzione riflessiva*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2001.
- ⁶ M. Milner, *La follia rimossa delle persone sane* (1987), tr. it. Borla, Roma 1992.
- ⁷ W. Bucci, *Psicoanalisi e scienza cognitiva* (1997), Fioriti, Roma 1999.
- ⁸ G.J. Taylor, R.M. Bagby, J.D.A. Parker, *I disturbi della regolazione affettiva* (1997), tr. it. Fioriti, Roma 2000.