Abstract

Diletta La Torre

La sofferenza (psico)somatica nella stanza di analisi. "Che cosa si sente essendo umani".

Come affrontiamo la sofferenza somatica nella stanza di analisi? È necessario un vertice specifico per questo compito?
Parlerò di alcune esperienze cliniche, una supervisione e due analisi, di cui una terminata e l'altra in corso.
Il mio contributo si articola attorno al tema della dissociazione psicosomatica, di quelle condizioni in cui il dialogo corpo mente-mente corpo non funziona e il corpo parla attraverso i sintomi di ciò che la mente non dice, non conosce o ha dimenticato. A volte il corpo utilizza un codice che può essere tradotto, nelle condizioni psicosomatiche invece non esisterebbe un significato simbolico da indagare.
Tuttavia io penso che proprio in questi casi sia indispensabile **un assetto dell'analista** che non si appiattisca in una difesa collusiva che lascia le cose come stanno, nella convinzione che non ci sia un senso da ricostruire, un messaggio da ricevere ma che sia sufficiente e anzi preferibile "contenere". Ritengo al contrario che **la capacità di rêverie** dell'analista, sia pure sotto scacco per il clima asfittico della seduta, (privato del respiro vivo dello psichesoma) si debba risvegliare ed attivare, quasi perfezionare nella sintonizzazione non facile. Per curare le pazienti "psicosomatiche" di cui ho parlato, malate della loro pelle e nella pelle, espropriate di una parte del proprio Sé, che si trova esposto all'esterno e non protetto, ho dato valore a tutto il mondo dell'analisi e alle comunicazioni tra di noi, paziente e analista, in particolare attraverso una presentazione/immaginazione preziosa degli stati corporei e mentali che mi ha aiutata a **metaforizzare.** Ho anche ricostruito che è stato necessario un tempo prima che potessi visualizzare l'immagine corporea delle pazienti in modo empatico. Pensando al salto di cui si parla in medicina psicosomatica, *il misterioso salto dalla psiche al soma*, piuttosto penso che il salto sia uno iato, una mancanza di collegamento tra sistemi che non si parlano o che si urlano o che si ignorano a vicenda, e che il mio Controtransfert ha intercettato una modalità inconscia delle stesse pazienti (e del loro ambiente primario) di evitare la frustrazione legata ad una sofferenza mentale impossibile da trattare, ha riflettuto la stessa dissociazione psicosomatica, l'attacco al legame tra emozioni e pensieri. La rêverie mi è servita da bussola in cui trovavo dei vettori che se esplorati mi avrebbero, ci avrebbero, condotto al punto centrale, al cuore. Le angosce catastrofiche, le agonie primitive.
Per Winnicott lo scopo della malattia psicosomatica è *il ritiro della "psiche dall'intelletto per ricondurla alla sua associazione intima originale con il soma*" (1949).
Winnicott (1966) insisteva nel conservare il trattino nel termine psico-somatica, esso non esprime l'unità psiche-soma (dato che il corpo è sempre comunque coinvolto nei fenomeni psichici), non la completa scissione della psicosi, ma uno stato intermedio. Il trattino tra le due parti vuole rappresentare il caratteristico legame sia pure debole che rimane e impedisce una scissione più profonda. La richiesta di cure esprime l'esigenza che la psiche possa costruirsi e mantenersi sulla base del funzionamento corporeo e quindi in qualche modo contenga il corpo. È questo l'elemento di speranza implicito nella tendenza psicosomatica.
Penso che anche noi come analisti abbiamo ipertrofizzato l'intelletto e ci siamo

allontanati dal nucleo originario dell'esperienza. A tal proposito cito Bion:
"*il bebè sa cosa che cos'è avere emozioni soggioganti –cose alle quali diamo nomi grossolani, come paura, depressione, amore, odio, -però non sa come chiamarli: quando arriva a dominare il linguaggio articolato ha già dimenticato cosa si prova ad essere un bebè. E noi, che abbiamo già acquisito la capacità del linguaggio articolato, abbiamo quasi dimenticato che cosa si sente essendo umani".*