

PLINIO KOUZNETZ MONTAGNA

## **Affetto, somatizzazione e simbolizzazione**

TRADUZIONE DI ENRICO STENICO E APARECIDA ANTONIETTA CAPUZZI

Abstract. Questo lavoro presenta e discute i movimenti nel campo transferale e controtransferale e i possibili vissuti nel contesto dell'interazione analitica emersi durante l'analisi di un paziente che si è sottoposto a due precedenti trapianti di cornea con rigetto tissutale. Si osserva lo sviluppo dell'interazione a partire dall'ascolto e dalla prospettiva dell'intervento, enfatizzando un vertice estetico e si discutono le questioni attinenti alla relazione mente-corpo, nell'ambito degli affetti, dei campi pre-simbolico e simbolico. Durante l'analisi, un momento acuto di "rêverie" è emerso dall'intuizione puntuale di una rappresentazione che ha mutato il flusso dell'associazione ideativa da parte del paziente e il corso dell'interazione analista-analizzando e ha permesso un approfondimento ai vari livelli del mondo mentale del paziente e lo stabilirsi di nuove correlazioni nell'ambito della relazione di coppia.

*Keywords: Revêrie, Psico-soma, Trapianto, Transfert-Controtransfert, Identità.*

## **Affect, Representation and simbolization**

Abstract. The paper is based on clinical material originated in an analytical interaction with of a man who looked for analytical help after unusual previous graft rejections in two attempts of corneal transplantation, and the prospect of a new surgery. The state of reverie is shown as an important psychoanalytical tool, as well as transference and countertransference movements, which enable contact with deep levels of communication of mind-body configurations. Theoretical elements are discussed.

*Keywords: Reverie, Psycho-soma, Transplantation, Transference-countertransference, Identity.*

*Già docente di Psichiatria presso l'Università di San Paolo  
Psicoanalista didatta e supervisore  
Past-President della Società Psicoanalitica Brasiliana di San Paolo  
Past-President della Federazione Brasiliana di Psicoanalisi*

## Materiale clinico

Josè risiedeva a San Paolo da poco tempo. Nato in uno stato del sud del paese, arrivò in studio in uno stato di intensa angoscia che metteva in relazione al trapianto della cornea del globo oculare a cui doveva sottoporsi. A quaranta anni d'età gli era stata fatta una diagnosi di cheratocono, una dilatazione della superficie corneale del globo oculare, frequentemente responsabile della perdita progressiva e invalidante della vista con possibile evoluzione graduale verso l'amaurosi. Aveva già sofferto di una forte perdita della visione dell'occhio sinistro e più moderata del destro.

I pazienti con questa diagnosi sono indicati per il trapianto della superficie corneale, soprattutto quando il disturbo ha già raggiunto uno stadio avanzato e gli altri trattamenti sono falliti. Questo era il suo caso. Sebbene il rigetto del trapianto sia abbastanza infrequente, tale eventualità esiste, nella pratica, in un limitato numero di casi.

Dopo due tentativi chirurgici di trapianto, José aveva sofferto di rigetto del tessuto trapiantato. Quando questo accade, la prospettiva di un nuovo tentativo comporta un'altra difficoltà: aumenta la possibilità di rigetto nella misura in cui il tessuto della cornea diventi vascolarizzato nel processo di rigetto, e i tessuti vascolarizzati tendono a rigettare di più di quelli sprovvisti di strutture vascolari (Allansmith, 1982).

Ho accolto la sua domanda proponendo una frequenza di tre sedute settimanali senza alcuna finalizzazione speciale rispetto alla sua malattia o al suo trattamento.

Venne a galla frequentemente, fin dall'inizio, lo stress collegato all'intenso timore della sua prossima operazione chirurgica, il terzo tentativo di ricevere il trapianto di cornea, tentativo che affrontava come definitivo e con grande sfiducia, dato l'insuccesso di quelli precedenti.

Dentro di sé era convinto che sarebbe rimasto cieco durante l'operazione chirurgica o in seguito o anche che sarebbe morto durante l'operazione. Le sue fantasie amplificavano molto qualunque timore realistico che potesse sentire in relazione all'operazione.

Dopo il divorzio non litigioso con la sua prima moglie, si era sposato per la seconda volta e aveva avuto figli da entrambi i matrimoni. Si preoccupava per il futuro di tutti loro, che dipendevano da lui per la sopravvivenza materiale così come per il loro benessere emotivo.

Ci vollero alcune settimane di lavoro analitico perché José potesse stabilire un'alleanza con me, e si instaurasse una confidenza sufficiente per una franca libertà d'espressione. Non si fidava molto, all'inizio, dell'analisi e delle eventuali abilità che un'analista potesse esercitare su di lui.

Presento di seguito il materiale di una seduta dell'inizio del quarto mese di analisi, come punto di partenza per le questioni che saranno discusse.

Il paziente arriva come al solito puntualmente. Si dirige verso il divano, si sdraia e, dopo un silenzio introduttivo, inizia un discorso che ci rimanda ad alcuni viaggi che aveva avuto l'opportunità di fare fino a quel momento nella sua vita, per via di attività e circostanze varie. Parla di differenti paesi di diversi continenti che aveva visitato, delle differenze che c'erano tra loro e tra loro e la sua cultura, brasiliana. Menziona la diversità delle persone, i costumi esotici con cui era entrato in contatto, le abitudini inaspettate di certe regioni. Lui era rimasto impressionato in modo particolare, da alcuni paesi dell'Africa. Si entusiasma nella narrazione e inserisce dettagli geografici. Mi sta dando l'impressione di sentirsi un pioniere nella scoperta dei luoghi che aveva visitato. La sua descrizione che includeva le abitudini culinarie, alcune particolari, e le persone stravaganti con cui era entrato in contatto, è minuziosa e attraente.

Il suo discorso mi incuriosisce e allo stesso tempo mi coinvolge, ma qualcosa suona strano nell'atmosfera che si è installata, costruita col suo racconto. Sentendomi catturato dalla narrazione, mi permetto di viaggiare con lui, di entrare liberamente nel mondo che mi presenta e di approfittarne. Mi percepisco curioso, lasciando da parte qualsiasi impulso di tentare d'identificare in quel momento le angosce di José che potessero emergere dalla direzione in cui indirizzavano le sue parole; apprezzo la sua narrazione in uno stato che descriverei come oniroide, tentando di concepire, nella mia immaginazione, i luoghi, le persone, le abitudini e le cucine che lui descrive. Senza dubbio è uno stato piacevole.

Senza che me ne renda conto incomincio a mutare il fuoco della mia attenzione. Di colpo mi vedo lasciare da parte il contenuto del suo discorso e incomincio a prestare attenzione alla sua "musica", alla prosodia musicale del suo discorrere che s'infiltra nella mia mente, anche senza una decisione cosciente da parte mia. Ritmi, suoni delle comunicazioni sorgono di fronte a me. Con molta sorpresa e stranezza, incomincio a sentire, nel parlare del paziente, una cadenza genuinamente portoghese di Portogallo, fatto completamente atipico. La sua intonazione, il ritmo del suo parlare si presentano a me sia come lingua sia come cadenza di matrice portoghese il che non si incastra, in alcun modo, con l'abituale modo di parlare brasiliano del mio paziente. Attento a questa discrepanza rimango concentrato sul significato di quello strano evento. Sto allucinando?

L'impressione si dissolve, i suoni nella mia mente a poco a poco suggeriscono un'immagine che riconosco come appartenente a Camões, così come posso conoscerlo per le sue rappresentazioni che ho già visto in diverse occasioni. Di colpo, Luiz de Camões, il più eminente tra i poeti portoghesi, autore

dell'epopea epica "*Os Lusíadas*"; i cui versi sempre fecero parte degli insegnamenti di letteratura portoghese come il maggiore degli autori della nostra lingua, compare in scena dentro lo studio, nella seduta. Mi ricordo dei versi epici, e di ciò che i loro racconti insegnano sopra gli eroi lusitani che scoprirono il cammino per le Indie, dopo la traversata del Capo delle Tormente, rinominato di Buona Speranza, nell'Africa del Sud. I suoi versi raccontano di guerra e di pace, di riposo e avventura, di sensualità ed interrogativi etici, di grandezza e sentimenti vissuti. Egli esalta infine le scoperte portoghesi.

Camões fu anche un guerriero che, in terra africana, in una battaglia, restò cieco da uno occhio.

Quando possibili comprensioni contestuali della interazione con il paziente richiamano la mia attenzione, sono solito utilizzare delle costruzioni parziali e segmentarie che possano stimolare la partecipazione dell'analizzando, un po' come il gioco dello scarabocchio di Winnicott (1968/1971), ma verbale.

Così gli dico: "Il suo racconto sembra solenne e carico di orgoglio, a tal punto che mi fa ricordare Camões e il suo poema maggiore. Lei forse vuole mettermi in contatto con le sue realizzazioni di vita ma allo stesso tempo sento che sta esprimendo preoccupazione per la sua vista e per la sua operazione chirurgica".

Comprensibilmente sorpreso dal mio discorso, risponde di colpo: "Mio padre è sempre stato un grande ammiratore di Camões; egli sempre desiderò conoscere il suo famoso tumulo a Lisbona, nel Monastero dos Jeronimos".

E prosegue: "Poi questo mi fa ricordare Ines de Castro<sup>1</sup>"

Immediatamente aggiungo: "Quella che dopo morta divenne regina".

Il commento riverbera efficacemente in lui, che risponde: "Anche mia madre è morta quando io ero piccolo e mio padre non si curò mai molto di lei; ho sempre avuto nostalgia; lei iniziò ad essere sempre ricordata e ad occupare un posto speciale nella mia casa solo dopo morta".

Dopo una pausa di silenzio, continua: "Mi ricordo che durante l'ultima operazione chirurgica io sentivo parlare delle persone nella sala e non riuscivo a muovermi, non potevo reagire". Aggiunge che la paura dell'operazione aveva a che fare con la paura dell'isolamento, e che nell'intervento chirurgico precedente aveva sentito come di stare sprofondando in un buco profondo e che, arrivando là in basso, alla fine del buco, aveva visto un chiarore e, quando aveva recuperato la coscienza, scomparso l'effetto dell'anestetico,

---

<sup>1</sup> Ines de Castro personaggio delle *Lusíadas* e leggenda della storia portoghese, bella amante di Pedro, principe e poi re di Portogallo nel sec. XIV. Seppur pressato da suo padre e dalla corte, il principe non accettò di sposarsi con un'altra donna; stando così le cose, si racconta che fu assassinata su ordine di suo padre Afonso IV, per ritorsione. Il fatto suscitò l'ira di Pedro che ordinò la sua incoronazione come regina in una cerimonia lugubre.

la prima cosa che aveva detto era stata: “*Fa freddo*”, un’espressione che utilizzava la madre di origine italiana.

Questo significa che ora posso valutare la sua paura di morire e il fatto di avere percepito la propria morte, e, nel medesimo tempo, che mi si presenta alla mente la sua identificazione con la madre che traspare da tutto ciò. Forse anche l’identificazione con Ines de Castro. Sentimenti anche di colpa, di abbandono e paura di ritorsioni si dimostrano verosimilmente presenti.

Nel proseguo dell’analisi si evidenziò che questa “invasione” aveva creato un’effettiva turbolenza dentro di lui. Il clima dell’interazione mutò, passò ad essere decisamente meno sereno. José cominciò a reagire intempestivamente ai miei eventuali interventi. Rigettava subito qualunque cosa potessi dire, indipendentemente dal tono, contenuto e tempo del discorso. Sembrava mostrarsi timoroso dell’analista e, talvolta, del possibile potere che questi avrebbe potuto esercitare sopra di lui. Arrivò in ritardo alle sedute e il suo atteggiamento passò a essere di sistematica opposizione; *actings* in cui preponderavano odio e rappresaglia incominciavano ad emergere. Il focus dell’analisi passò ad essere l’interazione tra di noi, ossia, il campo trasferale – controtrasferale divenne, nei miei pensieri, il focus principale. E in tale senso la mia sensazione era di essere trattato come se fossi un “corpo estraneo intrusivo”, come i tessuti esterni ricevuti da lui nei trapianti che aveva subito.

Nel proseguo della conversazione gli mostrai che sembrava trattarmi come una cornea estranea, trapiantata della quale voleva liberarsi perché gli appariva eccessivamente intrusiva, venuta da fuori, da altra persona, e, forse, anche perché poteva fargli notare cose dolorose, ma che, dall’altro canto, la cornea era utile, ovviamente, per fargli vedere cose interessanti.

Le sue successive associazioni portarono a galla lo sconforto per il fatto di poter alloggiare dentro di sé il tessuto di qualcuno che era già morto. Appariva evidente l’angustia legata alla fantasia di qualcuno che era morto perché lui sopravvivesse, appariva lampante l’esplicitarsi di ciò che si usa definire “il sentimento di colpa dei sopravvissuti”. Questa sensazione poté essere estesa, nella conversazione, ai sentimenti di colpa relativi anche alla morte di sua madre. Quanto al trapianto, la fantasia che emerse nello scorrere delle sue associazioni era quella di avere ucciso qualcuno per poter sopravvivere e vedere. Per quanto riguarda la madre, traspariva il sentimento di colpa per essere sopravvissuto alla sua morte, e, da questo punto di vista, incolpava il padre, il quale venerava il poeta morto, cieco da un occhio, di avere dato valore alla madre solo dopo la sua morte.

Collegato a questo tema, José insisteva sulla questione dell’angoscia di vedere con “l’occhio di un morto”. Discutemmo sui sentimenti di colpa collegati a fantasie di attacco contro sé stesso, auto-attacco, e sulla prospettiva di

salvaguardia della vita connessa al trapianto. Appariva chiara anche la sua angoscia proveniente dalla fantasia di avere lui stesso distrutto la propria visione, in modo autopunitivo.

Discutemmo anche esplicitamente sugli interrogativi, che ruotavano nella sua mente, relativi alla paura di un possibile rigetto del trapianto al terzo tentativo di ricevere una nuova cornea. Gli interventi chirurgici già subiti e quello futuro si rivestivano nella sua mente di una aureola di giudizio su di lui e sui suoi atti, sul meritare o meno di continuare a vedere e ad avere una vita piena. Il giudizio poteva venire da chiunque, inclusa, eventualmente, la madre.

Da un certo punto di vista si poteva dire che anche Camões, eroe accecato in una giornata epica, ma che, paradossalmente, vedeva e mostrava nuovi orizzonti ai suoi conterranei, si presentava a lui come un “Edipo-Tiresia” con il quale si identificava.

Nel medesimo tempo traspariva anche una fantasia di essere pieno di Morte.

Circa tre mesi dopo questa sequenza di sedute, José decide di affrontare il suo terzo intervento chirurgico, il terzo tentativo di ricevere una cornea trapiantata. Aveva vinto il terrore che questa gli ispirava.

Questa volta l'intervento fu coronato da successo, il tessuto trapiantato fu incorporato dal suo organismo senza rigetto.

### **Sfumature dell'ascolto e dell'intervento dell'analista.**

Conoscenza e terapia sono due dimensioni inseparabili della pratica analitica. La contraddizione tra loro, quando esiste, è solo apparente. È esattamente l'espansione del contatto con il mondo interno del soggetto, nel contesto dell'interazione duale, nell'ambito dell'esperienza emozionale vissuta nel connettersi con l'Altro, che permette la trasformazione del campo esistenziale del paziente. Segal fa notare che quello che varia in questa equazione tra due componenti, è l'importanza che può essere attribuita a uno o l'altro degli elementi e l'importanza attribuita ad altri fattori rilevanti del processo. Ma quello centrale, per definizione, è l'esistenza dell'*insight* (Segal, 1962,1983).

L'esperienza del nuovo può essere vista in analogia con la capacità del sistema olfattivo di ciascun individuo di riconfigurarsi, basandosi sulla molteplicità degli aromi già sentiti, e organizzati in modo tale che quando si sente un determinato aroma, già conosciuto, questo è subito identificato dall'organismo. Ma se per caso si entra in contatto con un nuovo odore, il circuito olfattivo si riconfigura, in modo da incorporare anche questo nuovo aroma, integrandolo e rendendolo conosciuto e pronto per una nuova avventura dell'odorare. Al sopraggiungere di un nuovo spruzzo aromatico, quello che

prima era il nuovo, ora è a disposizione per aiutare ad analizzare il nuovo componente. Così è l'insight, che modifica lo psichismo e rapido si incorpora in attesa di nuove "illuminazioni".

In ogni caso assume un innegabile valore la questione di ciò che va cercando il paziente, il quale può essere effettivamente orientato ad un semplice percorso di auto-conoscenza oppure può avere invece un preponderante interesse a trasformare le sue condizioni psichiche. L'esistenza di ambo i vertici è di importanza capitale per lo sviluppo di una buona analisi. Ciò che di solito accade è che nello svolgersi della propria analisi i due termini si vanno incrementando, aumentando, amalgamando, con il prevalere ora dell'uno ora dell'altro. Ma è ben interessante osservare che anche quei pazienti che non dimostrano interesse a ricevere *insight* su sé stessi, hanno bisogno di vivere l'esperienza di sentirsi compresi dall'analista, ossia, necessitano di essere compresi effettivamente dall'analista.

Questo ci rimanda all'importanza del contenimento, in quanto elemento fondamentale della relazione analitica. Connesse a questa stanno le molteplici dimensioni della comunicazione umana, della coppia analista-analizzando, come per esempio quella del lavoro interiore realizzato dall'analista nella interazione ludica con il suo paziente, fino ad incontrare una formulazione verbale che appaia appropriata.

L'esercizio del contenimento include la capacità di contenere le espulsioni derivate dal quel tipo di fantasia inconscia denominata identificazione proiettiva, e, per mezzo di uno stato mentale che conosciamo come *rêverie*, di trasformare questi contenuti psichici in prodotti digeribili, metabolizzati. Un requisito basilico per questo viene ad essere la permeabilità dell'analista al contatto con i vissuti profondi del suo analizzando.

Il vissuto proprio del paziente di percepire la permeabilità dell'analista e vedere il suo mondo "riverberare" entro questi, in una prova sincera del suo esistere per l'altro, può essere uno degli elementi più significativi di ogni contatto umano incluso quello analitico. Mehlson puntualizza che la seduta analitica non è solamente un campo di osservazioni, e che il paziente e l'analista sono avvolti in una trama emozionale reciproca, spettando all'analista il compito di comprenderne il senso e trasformarlo in accesso alla parola (2001).

Di fatto, nel materiale clinico presentato, ciò che è fondamentale in discussione, all'interno di questa ottica, è la possibilità di rappresentabilità, di rendere raffigurabile ciò che rimaneva lontano da qualsiasi possibilità di simbolizzazione.

È il contatto emotivo con il paziente, che verrà a costituirsi come primo passo per questo insieme di elementi metabolizzatori, a promuovere l'elaborazione nella mente dell'analista nella ricerca di una costruzione di vissuti

autentici contestualizzati. Differenti vocabolari, ritmi e caratteristiche sonore, sequenza di immagini sono in gioco come componenti di questo lavoro.

Da questo punto di vista, un'importante dimensione della comunicazione è la dimensione estetica inerente alle parole tanto del paziente come dell'analista.

Kant vede la bellezza come l'aspetto della forma che non è legato a funzionalità o intenzionalità. E' percepita al di fuori della presenza di qualsiasi investimento sull'oggetto. Trasferendo questa problematica specificatamente nella prassi clinica, Likierman caratterizza l'attitudine estetica di fronte all'oggetto, come una condizione nella quale non richiediamo niente all'oggetto, "non ci aspettiamo nessuna soddisfazione di qualsiasi delle nostre serie necessità" (1989). L'estetico sarebbe l'aspetto dell'identità dell'oggetto che è indipendente dalla sua utilità per noi. Questo aspetto apre la via alla possibile scoperta dell'indipendenza dell'oggetto dai dettami delle nostre necessità, indicandoci l'esistenza di un mondo al di fuori di noi stessi, in altre parole dell'alterità e del mondo oggettivo.

Così, la bellezza rappresenta, secondo questo punto di vista, l'alterità essenziale, dal momento che non può essere donata, non ce ne possiamo appropriare, è una qualità che fondamentalemente l'oggetto custodisce per sé stesso. Essa si riferisce alla sua identità impari, unica. Ossia, la dimensione estetica rappresenta tanto l'indipendenza quanto la singolarità dell'oggetto.

È importante anche considerare che nella relazione forma-contenuto di un elemento artistico il valore estetico ricadrà principalmente sul primo termine. "Essere o non essere" di Amleto ha un suo fraseggio proprio, non è, per esempio: "Io ho un conflitto". È la forma, la composizione particolare, che è estetica.

D'altro canto, l'intervento dell'analista sarà inscritto nella unicità di ciascun momento di ciascuna comunicazione, nell'intertesto tra singolarità e alterità, soggettività e oggettività. Se questo si configura come un elemento di liberazione, è possibile che questo accada per entrambi.

Di certo l'interpretazione racchiude re-incontri, dell'analizzando con il suo mondo in espansione, e dell'analista con la sua propria identità, o meglio di entrambi con nuovi aspetti della loro identità. E' la successione di esperienze di questo tipo che produrrà la crescita in analisi.

### **Sul materiale clinico propriamente detto.**

Il lavoro ai livelli della castrazione, angoscia di morte, colpa persecutoria, con la specificità di cercare di connettere esperienze emotive del presente con eventuali fantasie o fatti riguardanti la vita passata di José, ha toccato

l'universo dei suoi vissuti traumatici collegati agli interventi chirurgici precedenti, come pure altre relative al lutto e al suo mondo familiare.

Dal discorso del paziente furono desunte le condizioni perché egli potesse intravedere un mondo di fantasie connesse ad angosce psicotiche. Non contenute nello spazio mentale, quest'ultime si dispongono interposte in uno spazio sterile tra psichismo e soma, come propone McDougall (1989).

Proprio il fatto di tradurle in parole dentro un contesto "protetto", in una interazione significativa, può modificare la memoria di un'esperienza traumatica e organizzare un'esperienza emotiva collegata ad essa, conferendole maggiore coerenza, il che facilita la sua assimilazione (Pennebaker, 1987).

Ma importantissimo è stato il fatto che i movimenti intorno a queste questioni e temi sono accaduti nell'ambito di una esperienza intersoggettiva vivace e penetrante. Durante le sedute, il rigetto del tessuto trapiantato è stato attualizzato e, in un certo senso, rappresentato in una forma inusitata che assomiglia, in qualche modo, alle "azioni psicodrammatiche", dentro l'analisi, da parte del paziente. All'analista restava la prospettiva di comprendere, nella relazione bi-personale, i movimenti che ogni giorno gli si presentavano davanti, spontaneamente, senza, chiaramente, nessuna determinazione previa. Il punto di svolta nell'analisi di questo paziente è avvenuto nel momento in cui è prevalsa la condizione di *rêverie* da parte dell'analista, che ha rappresentato uno strumento di grande rilevanza per *una scalata in direzione del simbolico* (Ogden, 1997).

Questo ha costituito la base per un lavoro di rappresentabilità (Botella e Botella, 2005). La condizione di *rêverie* facilita la decodificazione di elementi che si mescolano per comporre anche il vertice cognitivo delle ansie del paziente, conferendo significato al suo "teatro della mente", permettendo la denominazione dell'angoscia e la restituzione di questa con un nuovo grado di metabolizzazione, disintossicata nello scorrere del processo (Bion, 1962). Ossia la rottura del campo nella seduta e la sua riorganizzazione attraverso l'appropriata connessione degli stati emotivi, è alimentata dall'impatto dell'analista sull'analizzando, determinato dallo "stato oniroide" della *rêverie*, che rappresenta un'espansione di quello che si usa denominare "attenzione fluttuante". Dal punto di vista del contenuto è fondamentale una narrativa credibile ancorata alla costruzione della maggiore verosimiglianza possibile, incontrata come una verità nella mente dell'analista.

Insistendo, l'elemento connettivo dell'insieme è l'emozione.

Il paziente si sente riconosciuto dall'analista quando vive l'esperienza di ricevere un discorso "genuinamente suo", a partire dall'altro. Egli può sentirsi così "dentro l'altro", avendo un suo spazio, un luogo, nella mente del suo interlocutore, il suo analista, esistendo vivamente dentro di lui.

Deve essere segnalato che questa dimensione, al di là dell'accoglimento, di poter dare senso ad una esperienza del paziente, nel percorso che va dal corporeo alla mentalizzazione, si costituisce in un contesto transferale. Entrambi i soggetti devono essere coinvolti e, di fatto, convinti di quello che si propongono. Questo aspetto facilita, senza dubbio, il passaggio dalla dimensione corporea a quella simbolica.

Levi-Strauss nei suoi classici lavori antropologici *Lo stregone e la sua magia* e *L'efficacia simbolica* (1949) riafferma l'importanza della fede dello sciamano nel suo metodo e nel suo potere di cura, e, inoltre, della vitalità e della natura della esperienza vivida della condivisione, nella cura psicologica, nel passaggio dall'universo fisiologico a quello mitico-universale e viceversa. Anche la fiducia del paziente è di grande importanza. La cura consiste nel rendere pensabile una situazione che inizialmente era appena vissuta emotivamente, rendendo più accettabile allo spirito, il dolore che il corpo si ricusa di tollerare. Levi-Strauss prosegue: "Non è importante che la mitologia dello sciamano non corrisponda alla realtà oggettiva. È importante che la persona dolente la accetti e che sia membro di una società che l'accetta" (1949). Questo ci rimanda ovviamente al lavoro di Freud, "Costruzioni in analisi" (1937). Queste questioni appaiono inevitabilmente presenti in una discussione seria a riguardo della cura analitica e del processo di transfert. Roustang, per esempio, considera il transfert come uno stato lievemente ipnoide, dal momento che manifestazioni di questo tipo permeano la relazione analista-analizzando. La presenza dell'affettività non può essere sottostimata, nell'interazione connessa a questo "oggetto esterno" vincolante (1991).

Inoltre, si deve tenere a mente che, in questo caso, stiamo lavorando in un'area in cui i limiti tra ideazione e affettività sono imprecisi. È in gioco la questione della possibilità per l'emozione di essere "incarnata" (*embodiment*), nella misura in cui possiamo definire l'espressione corporea delle emozioni come la prima modalità di comprensione del mondo. L'emozione può essere vista come un modo di percepire il mondo, una forma di coscienza dell'oggetto e del *self* che dà senso al mondo (Melhson, 2001).

Tornando specificatamente al caso, le emozioni del paziente erano connesse ai ricordi derivanti dalle operazioni chirurgiche precedenti e dalle sensazioni di sofferenza. La sensazione di morte imminente o la totale perdita di controllo sul *self* e sul mondo circostante, di essere alla mercé di un destino imperscrutabile, ancorché temuto, poteva ripetersi, nel suo universo immaginario, la morte della madre. A sua volta, la fantasia di ricongiungimento con la madre è espressa ad un livello corporeo primitivo.

Il materiale inoltre ci mostra che anche il paziente vede il suo intervento chirurgico come un giudizio su sé stesso. La paura di morire è vissuta nel contesto delle angosce persecutorie connesse ad aggressioni fantasmatiche,

“cose cattive” che egli poteva avere commesso (o pensato o sentito) nei confronti di sua madre. La paura è certamente aggravata dai rigetti occorsi nei due tentativi chirurgici anteriori di trapianto, suscitando la fantasia che sua madre lo avesse rigettato o anche che potesse avere desiderato che egli proprio morisse.

È interessante notare gli elementi di profonda identificazione che si possono incontrare in situazioni di trapianto, non di rado con timore intenso di alterazioni dell'identità da parte del ricevente. Crombez e Lefebvre (1972) descrivono questo tipo di fantasia in pazienti sottoposti a trapianto renale. In un caso per esempio, l'informazione che il donatore di rene era stato un omosessuale sollevò nel ricevente un intenso terrore paranoide. In un altro esempio, dalla nostra esperienza, un paziente ricevente un trapianto cardiaco, tifoso fanatico della squadra del San Paolo, venuto a sapere che il donatore del suo cuore trapiantato era un tifoso fanatico del Palmeiras, decise di cambiare la sua squadra “del cuore” per il Palmeiras, come omaggio al suo donatore.

Un cambiamento di questo tipo trasporta anche con sé l'aspetto della pacificazione delle ansie persecutorie.

Nel caso di José, lo sconforto e la paura di incorporare la propria morte risaltavano come una delle fantasie preminenti. Alcune ansie vissute nel transfert avevano mimetizzato, effettivamente, le ansie del paziente in relazione alle operazioni chirurgiche e ai trapianti. L'analista prese il posto di un corpo estraneo, intrusivo, connesso alla nuova cornea acquisita, una specie di situazione di “trapianto psicologico” che poteva avere il senso, per il paziente, di essere dominato, soggiogato da qualcuno. A rigore non è infrequente che le interpretazioni analitiche possano essere vissute come corpi estranei che devono essere rigettati. Nulla di più chiaro, per esemplificare questo punto, di quelle che vengono chiamate le “reazioni terapeutiche negative” che, in qualche modo, aiutano a comprendere determinate reazioni del paziente.

Mi sembra che la comprensione emotiva dei vari conflitti coinvolti nella situazione abbia contribuito all'accettazione psicologica del trapianto, aprendo una via all'accettazione organica, concreta, del trapianto, dopo la terza operazione chirurgica di José.

L'espansione della sua consapevolezza emotiva ha permesso l'istallarsi di nuovi modi di interpretare l'intervento chirurgico e il trapianto. La nuova percezione può effettuare una “separazione” dell'emozione rispetto al corpo, che permette una riorganizzazione immunologica del sistema, la qual cosa può avere contribuito alla possibilità che il paziente potesse gestire in modo diverso la nuova operazione.

Le ansie possono essere mitigate quando è installata la rappresentazione simbolica.

La *rêverie* si può esprimere o manifestare in diversi modi, alcuni dei quali abbastanza poco usuali: immagini sensazioni corporee, suoni, percezioni e così via. Come parte della funzione di contenimento, ciò dà impulso alla rappresentazione nella direzione del simbolico. Questo aiuta alla formazione e all'espansione dello spazio mentale dell'analizzando, nel senso di "eclissare" il corpo, come afferma Ferrari (1995). Così si permette la (re)installazione del livello di comunicazione metaforica, al posto del livello di concretezza del rigetto tessutale. In questo senso, possiamo considerare la comunicazione mente-corpo come integrazione di due lati della stessa medaglia.

Le emozioni possiedono un significato integrativo nella connessione tra mente e corpo di ciascun individuo, ma anche nella connessione dell'individuo con sé stesso (Pally, 1998), e quando processate incoscientemente, formano un sistema non verbale di comunicazione attraverso piccoli segnali non verbali che potranno, o meno, favorire l'attaccamento, il legame e il *rapport tra* le persone. Al giorno d'oggi sappiamo, in base alla scoperta dei neuroni specchio, che quando una persona entra in sintonia, empatizza con lo stato emotivo dell'altro attraverso la percezione di tracce mimiche, facciali, intonazioni dialettali, prosodia, questo ricrea dentro la persona delle modificazioni speculari allo stato emotivo dell'altro (Pally, 1998). Sentiamo letteralmente ciò che l'altro sente. Questo fenomeno è di primaria importanza per il campo transferale e la situazione di *rêverie*. Inoltre, dà conto della natura profonda della relazione mente-corpo coinvolta, così come dell'emozione come organizzatore del campo.

Se le emozioni si rivelano una questione centrale nella somatizzazione, è fondamentale che prendiamo in considerazione i possibili vertici cognitivi connessi con queste, manifestati dal linguaggio corporeo. È celebre la frase dell'illustre psichiatra inglese del sec. XIX, il quale afferma che "le emozioni che non vengono arieggiate nelle lacrime fanno piangere gli altri organi" (Montagna, 1996). In questo modo possiamo formulare l'ipotesi che le emozioni connesse ai pericoli di un rigetto possono essere espresse concretamente attraverso il corpo, come effettivo rigetto.

La letteratura medica mostra che i fattori emotivi possono influenzare l'accettazione da parte dell'organismo di organi trapiantati. Per esempio, uno studio dettagliato su trapianto del midollo osseo mostra che talvolta un trapianto può essere un'esperienza stressante per coloro che vi si sottomettono e che i fattori emotivi hanno rilevanza in questo (Oliveira e al. 2007).

Il processo di incorporazione di un trapianto è graduale, così come la scatala alla simbolizzazione mediata da emozioni. Ciò che si manifesta inizialmente con il corpo, come linguaggio corporeo, andrà ad incrociare diversi livelli di astrazione sub-simbolica prima che si installi un simbolo reale.

Il “terrore senza nome” di Bion sostituirà i fenomeni somatici nel registro psicotico, quando l’ansia non trova un altro mezzo di espressione. Questo aspetto appare palese nel caso presentato, prima come terrore senza nome; in seguito, in un registro prevalentemente nevrotico, predomina la fantasia dell’operazione chirurgica come giudizio, con possibilità o meno di punizione. Possiamo ancora osservare, nella sfera del nevrotico, le fantasie di rinascita di José.

La prospettiva di coordinare la connessione tra mente e corpo (Pally, 1998), le emozioni, l’organizzazione della percezione, la memoria, il pensiero, il comportamento, l’interazione sociale, permette una mentalizzazione graduale. Questo trasformerà l’opzione segno-sintomo in simbolo, liberando il simbolo dalla sua concretezza (Montagna, 2001).

L’interazione analista-paziente ha potuto mettere in movimento una serie di emozioni e significati correlati che hanno dovuto essere “sbrogliati”, costruendo un ponte interno al paziente dai vissuti corporei alla rappresentazione e al simbolo, la qual cosa ha offerto al paziente nuovi strumenti per affrontare il suo terzo intervento chirurgico.

### **Bibliografia.**

- Allansmith, M. (1982). *The eye and immunology*. Toronto: The C.V. Mosby.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. Londres: William Heimann.
- Botella, C. e Botella, S. (2005). *The work of figurability. Mental states without representations*. New York: Brunner-Routledge.
- Crombez, J. C. e Lefebvre, P. (1972). The behavioural responses of renal transplant patients as seen through their phantasy life. *Canadian Psychiatric Association Journal*, 17, 19-23.
- Ferrari, A. (1995). *Eclipse do corpo*. Rio de Janeiro, Imago.
- Freud, S. (1975). Constructions in Analysis. In S. Freud, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (vol. 23, pp. 255-270). Londres: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1937)
- Kant, E. (s/d). The critique of judgment. *Great Books of Western World*. Enc. Brittanica.
- Lévi-Strauss, C. (1985a). A eficácia simbólica. In *Antropologia Estrutural*. Tempo Brasileiro. (Trabalho original publicado em 1949)
- Lévi-Strauss, C. (1985b). O feiticeiro e sua magia. In *Antropologia Estrutural*. Tempo Brasileiro. (Trabalho original publicado em 1949)
- Likierman, M. (1989). Clinical significance of aesthetical experience. *International Review of Psychoanalysis*, 16 (2), 133-50.

- McDougall, J. (1991). *Teatros do Corpo*. São Paulo: Martins Fontes. (Trabalho original publicado em 1989)
- Mehlsion, I. (1991). Notas críticas sobre o inconsciente; sentido e significação. *Ide*, 21, 18-33.
- Mehlsion, I. ( 2001 ) – Psicanálise em Nova Chave. São Paulo, Perspectiva.
- Montagna, P. (). O rapto das metáforas.
- Montagna, P. ( 1996 ) – Algumas Reflexões sobre Relação Mente-Copo em Psicanálise e Função do Analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, XXX, 2, 463-479.
- Montagna, P. (2001). Afeto, somatização, simbolização e a situação analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35 (1), 77-88.
- Ogden, T. (1997). Reverie and metaphor. *International Journal of Psychoanalysis*, 78 (4), 719-732.
- Oliveira, E. A et ali. (2007). Repercussões psicológicas do transplante de medula óssea no doador relacionado. *Psicologia; ciência e profissão*, 27, 3.
- Pally, R. (1998). Emotional processing; the mind body connection. *International Journal of Psychoanalysis*, 79, 349-372.
- Pennebaker, W. (1987). Confession, inhibition and disease. *Advanced Exp. Soc. Psychology*, 79, 349-362.
- Roustang, F. (1991). Ninguém. *Ide*, 21, 121-35.
- Segal, H. (1962). Symposium on the curative factors in Psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 43, 232-235.
- Segal, H. ( 1983 ) – Fatores Curativos em Psicanálise. In Segal, H. – A Obra de Hanna Segal, Rio de Janeiro, Imago.
- Winnicott, D. (1968/1971) – The Squiggle Game. In: *Therapeutic Consultations in Child Psychiatry*. London, Hogarth Press.