

QUADERNI DI PSICOLOGIA,  
ANALISI TRANSAZIONALE  
E SCIENZE UMANE

n° 55-56 - 2011

EMOZIONI E COPIONI DI VITA

a cura di  
Susanna Ligabue

**PENSARE ALLA REGOLAZIONE AFFETTIVA  
IN TERMINI DI STATI DELL'IO\***

*Dominique Vaquié-Quazza\*\**

*Traduzione di Maria Gorla*

***Riassunto***

Partendo dalle ultime scoperte basate sull'*imaging* della risonanza magnetica, Dominique Vaquié-Quazza ci permette di stabilire collegamenti tra il cervello, gli stati dell'Io, la regolazione affettiva del neonato e l'identificazione proiettiva. Il suo articolo chiaro, preciso, ben documentato, mostra la correttezza dell'eredità teorica berniana nella sua dimensione intrapsichica così come nel suo funzionamento intersoggettivo.

***Abstract***

THINKING OF EMOTIONAL REGULATION IN TERMS OF EGO STATES  
Starting from the most recent discoveries based on magnetic resonance imaging, Dominique Vaquié-Quazza allows us to make connections between the brain, the ego states, a baby's emotional regulation, and projective identification. Her clear, accurate, and well-documented article shows the accuracy of Berne's theoretical legacy in its intrapsychic as well as in its intersubjective dimension.

È emozionante constatare come oggi le neuroscienze diano un fondamento scientifico alle teorie psicoanalitiche. In effetti, quello che Freud e poi Berne scoprirono intuitivamente comincia a essere documentato dal lavoro dei neurobiologi.

\* *Penser la régulation affective en termes d'états du moi*. L'articolo comparso su «Actualités en Analyse Transactionnelle-AAT» n. 137, Janvier 2011, pp. 33-46 viene tradotto e ripubblicato con il permesso dell'autore e della rivista AAT.

\*\* Dominique Vaquié-Quazza analista transazionale certificato CTA-EATA, Nanterre France.  
(e-mail: dominique.vaquie@wanadoo.fr)

Periodicamente riviste di divulgazione scientifica pongono la stessa domanda: le ricerche fatte sul cervello attraverso la RM convalidano o smentiscono il modello freudiano dell'apparato psichico? Quando si leggono gli articoli di approfondimento dedicati alla questione, si osserva che le risposte dipendono generalmente dai presupposti di partenza sul modello freudiano. Il tema veicolato da questi presupposti è verosimilmente troppo importante perché il lavoro scientifico non ne sia influenzato. Nondimeno, con caparbità e lontano dalla sfera mediatica, un certo numero di neurofisiologi e psicoanalisti anglosassoni lavorano insieme da una quindicina di anni e ci mostrano come i modelli teorici psicoanalitici non siano rimessi in discussione dalle ricerche sul cervello ma possano piuttosto essere affinati. I ricercatori hanno voluto fondare un nuovo campo di ricerca "la neuropsicoanalisi" (1); nulla ci dice ancora che possa diventare indipendente dalle discipline da cui deriva, tuttavia la sua influenza all'interno della comunità psicoanalitica francese è sensibile (2).

In Analisi Transazionale le inglesi Charlotte Sills e Helena Hargaden (2002) fanno riferimento ai lavori derivati da questa corrente. Infine, gli analisti transazionali che seguono da vicino i lavori di Fonagy o di Stern sviluppano sempre di più una sensibilità teorica in tale direzione.

Questo articolo mira a rendere più visibili alcuni contributi in grado di sostenere la nostra pratica psicoterapeutica e a interrogarci sulla validità del nostro modello degli stati dell'Io nell'ambito di queste nuove prospettive.

Prima di addentrarci in questo argomento, bisogna precisare che quando i neuropsicologi parlano di inconscio si riferiscono a processi inconsci che vanno distinti dalle rappresentazioni rimosse, che sono la base dell'inconscio freudiano (3). Anche se Freud si è interessato all'inconscio non-rimosso, particolarmente quando cominciò a costruire la sua teoria e comprendere il meccanismo della memoria (4), la nozione d'inconscio sulla quale ha elaborato la teoria delle nevrosi è appunto quella della rimozione inconscia. Questa precisazione è ancora più importante per noi analisti transazionali che siamo eredi di un Evermero, Berne, la cui rappresentazione della psiche si posiziona altrove rispetto

---

alla nozione d'inconscio. A questo punto siamo in difficoltà nel capire di quale inconscio si tratti quando egli vi fa riferimento. Ora, dopo avere a lungo ignorato i suoi scritti precursori, cominciamo a interessarcene di nuovo e scopriamo che ci possono fornire alcune chiavi di lettura su questo argomento. In tal senso Ingo Rath (2010) mostra che le nozioni di "immagini primarie", di "giudizio primario" e di "immagini dell'Io" che Berne (1953, 1957) elabora nella metà degli anni '50, rappresentano le fondamenta della sua successiva costruzione teorica. Quando Ingo Rath scrive: "le 'immagini primarie' costituiscono una sorta di memoria profonda fondamentale; Berne le descrive come delle 'rappresentazioni presimboliche di transazioni interumane', esse comportano sia un aspetto pulsionale che un aspetto di dinamica relazionale" (Rath, 2010), si vede chiaramente che Berne si riferisce qui a quello che noi abbiamo chiamato inconscio non rimosso. Si può dunque ipotizzare che ci siano alcune convergenze tra l'inconscio pensato da Berne negli anni '50 e quello attuale di riferimento per i neuropsicologi.

Nel crogiuolo della riflessione dei neuropsicoanalisti su questi fenomeni inconsci che non hanno niente a che vedere con la rimozione, desidererei affrontare in questa sede un processo di "apprendimento" largamente inconscio ma fondamentale, dal momento che consiste nel saper regolare i nostri affetti negativi. Questo apprendimento avviene nei primi mesi di vita e si dimostra fondamentale. Infatti, se mal sviluppato, gli individui rischiano fortemente di avere grosse difficoltà ad auto-rassicurarsi di fronte a elementi di una realtà frustrante o francamente penosa.

Come pensare a questi fenomeni di regolazione affettiva in termini di stati dell'Io? Cosa succede quando la relazione madre-neonato è stata deficitaria e in che modo può il processo terapeutico intervenire su questo apprendimento precoce? Sono questi gli interrogativi cui cercherò di rispondere con questo articolo.

### *La regolazione affettiva o la prima competenza vitale da sviluppare*

Al tempo in cui Berne frequentava la facoltà di medicina, si scoprì che la mancanza delle sensazioni legate al contatto fisico portava alla depressione. In *Fare l'amore* (Berne, 1970), egli allude a questa scoperta

nata in un momento buio della storia, in particolare durante i processi staliniani degli anni '30, e si può capire come essa sia servita da base alla sua teoria dei bisogni psicologici (*soifs psychologiques*). A proposito del bisogno di contatto che fanno dell'uomo un essere relazionale, egli scrive:

un neonato che non viene mai preso in braccio, si trova in una situazione alquanto critica. È coricato sul suo lettino a sbarre, ora dopo ora, giorno dopo giorno, senza cambiamenti né stimoli, tranne quando viene nutrito, e tutto questo lo porta verso la depressione fisica e mentale. Ciò accade perché una zona particolare del cervello il “sistema di veglia” deve essere regolarmente stimolata per mantenere uno stato di salute (Berne, 1970).

L'intento di Berne è di mettere l'accento sulla dipendenza del neonato dall'ambiente circostante, non solo per soddisfare i propri bisogni corporei (nutrimento, pulizia) ma anche per il suo equilibrio psicologico. Sotto questo aspetto, la relazione sembra essere al servizio del bisogno di stimoli, necessari per il buon funzionamento del sistema nervoso. L'approccio psicoanalitico post-freudiano, di Winnicott, di Bion e delle relazioni oggettuali, considera la relazione come il fondamento stesso della psiche. Il ruolo para-eccitativo della madre (5), che consentirà al neonato il controllo delle emozioni interne o esterne, sarà all'origine della funzione fondamentale dell'apparato psichico, ossia un incontro non traumatizzante con la realtà (interna o esterna).

L'approccio di Berne pone la relazione accanto al modello psicobiologico mentre l'approccio psicoanalitico la porta su un piano psicodinamico dove l'apparato psichico si differenzia completamente dal sistema nervoso.

Se è importante tener conto delle differenze tra le teorie, è altrettanto essenziale considerare che non si escludono a vicenda. Si sa, per esempio, che le interazioni madre/neonato producono effetti sul funzionamento del cervello e sullo stato psichico del bambino. Così, durante uno scambio di sguardi, il viso della madre attiva, nel cervello in via di sviluppo del bambino, la produzione di endorfine che, agendo sui neuroni dopaminergici, producono uno stato di elevata eccitazione (Schore, 2003). Queste interazioni sono state oggetto di numerose osservazioni,

tra l'altro, da parte dei ricercatori della corrente fondata da Bowlby sulla teoria dell'attaccamento (Bowlby, 1969). Per comprendere il funzionamento di tale fenomeno, ci riferiremo alla nozione di Identificazione Proiettiva che è stata sviluppata dai neuropsicoanalisti.

*Verso una nuova visione della Identificazione Proiettiva.*

Melanie Klein fu la prima ad aggiornare il concetto di Identificazione Proiettiva come meccanismo di difesa in grado di proiettare sull'altro (significativo) le parti rifiutate di sé, e contemporaneamente una identificazione dell'altro a esse. Quando l'*imaging* a Risonanza Magnetica, che ci permette oggi di osservare il comportamento del cervello, non esisteva ancora, uno psicoanalista inglese W. Bion (1962), discepolo di Melanie Klein, ipotizzò che l'Identificazione Proiettiva non fosse soltanto un fenomeno difensivo ma che fosse, per il neonato, anche un modo di comunicare alla madre i propri stati emozionali.

Da allora, questo concetto è stato ripreso e sviluppato. Scharff (1992) ha parlato di un collegamento tra Identificazione Proiettiva (io identifico nell'altro delle parti di me che gli proietto) e Identificazione Introiettiva (l'altro, sul quale ho proiettato delle parti di me, vi si identifica).

L'ipotesi attuale basata sul lavoro dei neuroscienziati è che Bion abbia ragione: l'Identificazione Proiettiva sarebbe una forma di comunicazione precoce tra la madre e il neonato che permetterebbe di creare la relazione di attaccamento necessaria alla sopravvivenza psicologica degli esseri umani.

Allan Schore, che fa parte dei ricercatori che stanno mettendo in relazione le teorie psicoanalitiche con il lavoro dei neuroscienziati nell'ambito delle emozioni, riprende questa idea e lancia l'ipotesi che tra la madre e il bambino esistano "transazioni affettive modificate psicologicamente per enfatizzare gli effetti positivi e minimizzano quelli negativi" (Schore, 2003). Tali transazioni creano un legame sicuro tra madre e bambino e questi, interiorizzandolo, saprà trovare le risorse per regolare le emozioni negative.

Con questa definizione di Schore siamo molto vicini all'idea di transazione empatica espressa da Hargaden e Sills, (2002) nel quadro dell'alleanza di lavoro tra terapeuta e paziente, ma allo stesso tempo, siamo lontani dalla definizione berniana di transazione: Stimolo-Risposta. Tuttavia non è forse possibile pensare a queste interazioni precoci in termini di stati dell'Io?

Per capire il processo di comunicazione attraverso l'Identificazione Proiettiva propongo, attraverso un diagramma, di mostrare ciò che avviene tra la madre e il neonato separando due momenti o meglio due fasi identificative.

#### *Transazioni psicologicamente modificate e stati dell'Io*

Per una migliore comprensione di quanto segue vorrei segnalare che sulla scorta di José Grégoire (2007) ho scelto di non diagrammare gli stati dell'Io della madre (G1, A1, B1, o addirittura G0, A0, B0), come si usa fare seguendo Ken Mellor (1980), all'interno di G2 o di B2. Infatti, condivido, con José Grégoire, l'idea che, nella prospettiva della distinzione dei 3 sistemi e allo stesso tempo della loro interazione, il modo "melloriano" di fare diagrammi, anche se accattivante da un punto di vista grafico, possa generare confusione. Spero comunque che il lettore possa raffigurarsi, prescindendo dallo schema (G2, A2, B2) da me disegnato relativamente alla madre, i funzionamenti degli stadi anteriori dei suoi stati dell'Io. Per quel che riguarda gli stati dell'Io del neonato, sono ovviamente gli stadi B0, A0 e G0 in costruzione, o B1, A1 e G1 in costruzione, secondo l'età del neonato.

Anche se la scomposizione di ogni fase (Fig. 1) in tempi diversi può considerarsi un artefatto poiché in realtà tutto accade in pochi secondi, essa consente tuttavia di capire come ogni stato dell'Io sia coinvolto in questa comunicazione da Identificazione Proiettiva (IP).

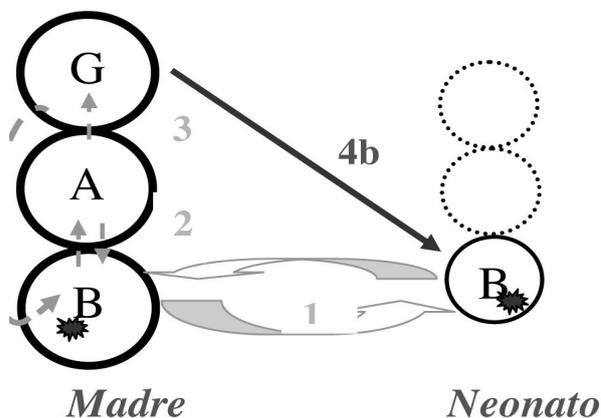


Figura 1

Regolazione affettiva madre-neonato: prima fase identificatoria

Legenda:

- le frecce in grigio indicano sia i processi intersoggettivi inconsci che i quelli intrapsichici.
- la freccia nera indica un processo intersoggettivo inconscio
- la macchia nera nello stato dell'Io B del neonato indica l'affioramento di effetti negativi avvertiti per empatia nello stato dell'Io B della madre.

In 1, si assiste ad un fenomeno di sincronizzazione affettiva tra madre e neonato: lo stato dell'Io B invia una IP alla madre che introietta nel proprio stato dell'Io B le sensazioni del suo bambino. Su un piano fisiologico, è noto che questo tipo di comunicazione accade tra l'emisfero destro del bambino, che a quella età è incompleto (corteccia non sviluppata) e l'emisfero destro della madre (6).

In 2, lo stato dell'Io A della madre (sufficientemente buono) decodifica entrambi i bisogni del B materno (in allarme) e i bisogni dello stato dell'Io B del neonato.

Dal suo A1 (addirittura A0), si tratta di una decodifica intuitiva inconscia (si può immaginare che A1 si associ con dei messaggi antichi di vissuto di B1 (addirittura B0) e che possa elaborare un senso senza rappresentazioni cosce).

Dal suo A2, la madre cerca il senso di ciò che capita di sgradevole al

suo bambino e cerca alternative per rimediarsi, si tratta di una decodifica conscia.

In 3, lo stato dell'Io A della madre attiva il suo stato dell'Io G nel suo ruolo nutritivo.

In 4 bisogna dissociare:

- 4a, dove lo stato dell'Io G della madre rassicura il proprio stato dell'Io B (processo intrapsichico di autoregolazione degli stati affettivi)
- 4b, dove lo stato dell'Io G della madre rassicura lo stato dell'Io B del bambino e risponde ai suoi bisogni psico-affettivi (processo intersoggettivo conscio).

Illustriamo ora la seconda fase (Fig. 2):

In 1, la comunicazione inconscia attraverso l'Identificazione Proiettiva tra la madre e il bambino da una parte e il modo in cui la madre si prende cura del suo neonato serviranno come matrice allo sviluppo di connessioni tra gli stimoli interni e le risposte esterne. È ciò che Edelman (1989), neuroscienziato, chiama la coscienza primaria e che localizza nell'emisfero destro. A mio parere, questa coscienza primaria corrisponde alla costruzione dello stato dell'Io A del neonato (A1).

In 2, l'Identificazione Proiettiva madre-neonato genera nel bambino lo stesso circuito della madre: A1 (coscienza primaria in costruzione) attiva un G1 (in elaborazione) che produce una autoregolazione delle emozioni forti e degli stimoli biologici (3). In fondo, ciò che si osserva nello schema, è che la funzione crea l'organo: la coscienza primaria crea A1 e la capacità di autoregolazione crea un G1+.

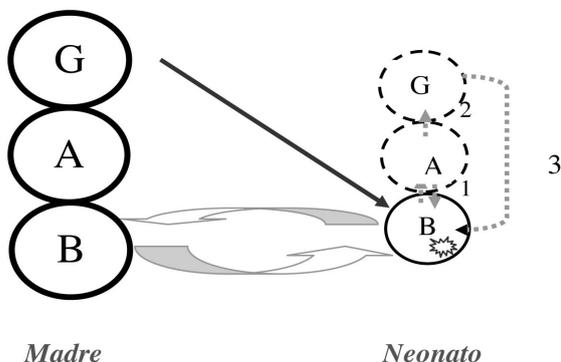


Figura 2

Regolazione affettiva madre-neonato: seconda fase identificatoria

Si può affermare che le fasi 1/2/3 corrispondano a una codifica delle strategie di regolazione affettiva, si può anche parlare di apprendimento inconscio per identificazione.

Questo apprendimento mi sembra essere uno degli aspetti della costruzione del protocollo di copione presentato da Bill Cornell: cioè come si costruisce l'interiorizzazione del vissuto delle nostre prime relazioni. Egli scrive :

Il comportamento indotto dal protocollo non è una forma di comunicazione a doppio fondo, come nei giochi psicologici, ma un ricordo profondo, vincolante e implicito (cioè privo di parole) che è rivissuto a livello dell'immediatezza dell'esperienza del corpo (Cornell, 2005).

Di fronte a persone e a incontri importanti della nostra vita, i protocolli funzionano come matrici di valutazione. Ciò non significa che siano necessariamente patologici, poiché sono l'incarnazione della capacità innata di dare inconsciamente senso alla vita con gli altri (Cornell, Landaiche, 2005).

Questa citazione di Bill Cornell pone la questione delle conseguenze del protocollo sullo sviluppo dell'individuo. Seguendo le sue tracce, desidererei considerarne gli effetti sulla vita successiva del soggetto nel caso in cui l'apprendimento della regolazione affettiva sia deficitario e osservare a cosa ci troviamo di fronte come terapeuti.

*Cosa succede quando vi è un trauma o una carenza nell'ambito della regolazione affettiva?*

Come già visto il processo di regolazione affettiva interiorizzato dal bambino è il risultato di una serie di situazioni. Quindi in questo ambito i traumi saranno di tipo II, cioè si producono all'interno di una relazione dalla quale non si può scappare (contrariamente al trauma di tipo I, acuto e che si verifica una sola volta).

Si possono individuare due tipi di trauma:

- *l'abuso*: una iperstimolazione neurochimica con insufficienza di pacificazione e di riparazione;
- *la negligenza*: una ipostimolazione neurochimica.

Rispetto a questi traumi, esistono due modalità di difesa:

- *l'iper-attivazione emozionale*: stato di terrore-angoscia-rabbia
- *la dissociazione emozionale*: stato di sofferenza

Nell'iperattivazione, gli effetti negativi “angoscia e collera” raggiungono il parossismo. Nella dissociazione le emozioni (*les affects*) non raggiungono più la consapevolezza della persona e spesso nessun tipo di emozione, anche se positivo, può essere percepito. Sia in un caso che nell'altro, l'individuo è incapace di regolare le proprie emozioni negative e di creare le condizioni interne e esterne per provare delle emozioni positive.

Complessivamente direi che questa incapacità si ritrova soprattutto nelle patologie pre-edipiche psicosi, melancolia, borderline, ecc. Quel che è certo, è che il trauma si colloca in un periodo in cui l'individuo non ha ricordi. Quindi in questo caso non è possibile ricostruire ricordi che consentano, in ultima analisi, di riscrivere il copione.

Come comportarsi con questi individui? Non ho risposte precise da dare e meno ancora protocolli terapeutici da proporre, ma ho tentato di formalizzare quanto facciamo nella pratica della regolazione affettiva, che nel caso del *transfert* potrebbe produrre degli effetti terapeutici.

### *Limiti e possibilità in terapia*

Trattare queste patologie significa raccogliere una sfida, poiché si tratta di lavorare su traumi che non sono mai stati detti (ma che si inscenano nella relazione con gli altri) mentre il nostro approccio terapeutico è prettamente verbale. Credo quindi che la co-costruzione del senso del sintomo, del malessere, debba essere preparata attraverso un lavoro di regolazione affettiva terapeuta/paziente che assomiglia al processo di regolazione affettiva madre/neonato.

Innanzitutto, è utile sapere che l'emisfero destro dei pazienti individua i nostri stati affettivi dal mutamento d'espressione facciale in meno di 100 millisecondi (Lehky, 2000), questo lasso di tempo è inferiore alla soglia della coscienza. Ma, per quanto inconsapevole, questo rilevamento può produrre degli effetti, cosicché è altrettanto importante che noi restiamo concentrati non soltanto su ciò che i nostri pazienti esprimono ma anche su ciò che noi proviamo davanti a loro.

La regolazione affettiva in terapia richiede alcune competenze da parte del terapeuta (7) che tenterò di elencare qui di seguito:

Nel lavoro sugli oggetti esterni al setting terapeutico, *una capacità affettiva* a percepire gli affetti (emozioni) negativi del paziente, legati alla sua storia o alla sua vita contemporanea, senza sentirsi distrutti o invasi da un sentimento di impotenza paralizzante.

Nel lavoro sugli oggetti propri del setting terapeutico, *una capacità affettiva* ad accettare gli affetti (emozioni) negativi del paziente, quando la situazione terapeutica gli fa rivivere dei vissuti intollerabili del suo passato, capacità associata a sua volta a *una capacità riflessiva* per poter dare un senso a cosa può accadere al paziente. Questo in funzione:

- della conoscenza che ha dello sviluppo passato del paziente
- del proprio sentire controtrasferale (fastidio, collera, voglia di la-

sciare che il paziente se la sbrogli con le proprie emozioni, voglia di abbandonarlo) che può esprimere il sentire delle figure parentali così come il B del paziente le ha avvertite all'epoca.

*Una capacità interattiva* di poter condividere con il paziente elementi di controtransfert quando questi possono essere produttivi (e qui si apre una nuova questione: quando ciò è produttivo? Quando è controproduttivo? Mi sembra si possa affermare che il terapeuta possa osare questa condivisione quando intuisce che potrebbe placare il B del paziente e pensa di essere capace di mobilitare il suo A. La condivisione diventa produttiva quando il paziente riconosce che il terapeuta esprime, mette in parole le sue emozioni personali o emozioni che egli attribuisce agli altri (in particolare alle sue figure parentali). Questo esprimersi/rappresentare gli permette di esteriorizzare ciò che ha interiormente e gli dà la possibilità di digerirlo psichicamente.

Nel lavoro di fusione degli oggetti esterni e interni al setting terapeutico, *una capacità di sognare* il vissuto del paziente e concedergli il permesso di sognarlo lui stesso, direi che è un sogno a due (Bion, 1962). È un sogno fatto di elementi della storia del paziente, di immagini dei suoi sogni notturni o dei suoi fantasmi, di immagini che passano nella mente (*psychisme*) del terapeuta nel momento in cui il paziente gli parla, un sentire reciproco. Sulla base di questo sogno la coppia paziente/terapeuta plasma una scultura (astratta) che sembra dar forma al protocollo di co-pione che originariamente ha strutturato la personalità del paziente.

Se parlo di scultura astratta è per differenziare questo tipo di lavoro terapeutico dalla ricostruzione dello schema narrativo dal passato del paziente nevrotico, che invece disponeva di rappresentazioni represses/ricordi repressi per arrivare all'origine del suo trauma. In entrambi i casi l'esteriorizzazione permette all'A del paziente di capire il proprio vissuto, di simbolizzarlo, in altri termini, di poterlo infine digerire psichicamente.

In un linguaggio neuroscientifico si può affermare che il lavoro di regolazione affettiva e di co-costruzione di significato permette al paziente di costruire delle nuove connessioni neuronali tra l'implicito e l'esplicito e di produrre una integrazione tra i processi semantici dell'emisfero sinistro e le reti affettive dell'emisfero destro.

Per cercare di illustrare il mio pensiero vorrei proporre una vignetta clinica, si tratta di alcuni momenti d'avvio del processo terapeutico.

Quando si presenta un nuovo paziente, solitamente propongo di fare 4/5 sedute per esaminare a fondo la richiesta, dare tempo al paziente di prendere la decisione di impegnarsi in uno sforzo che rischia di durare nel tempo. È ciò che ho fatto con la paziente in questione. Si tratta dell'inizio della terza seduta.

1. *Paziente*: “Mi succede come l'ultima volta: lei mi angoscia, ho l'impressione che sia una principiante”.

2. Dialogo interno, emozioni e comportamento della *terapeuta*:

“Beh, se ti angoscio, non vale la pena che tu torni da me, ci fermiamo

qui (desiderio di abbandonare la paziente).

“Ho commesso un errore da principiante?” (dubbi sul mio valore, sulla mia competenza).

Faccio passare del tempo prima di rispondere per poter identificare le mie emozioni. Respiro profondamente per calmarmi e intervengo:

“Sono a disagio per ciò che mi dice (riconoscimento che una emozione negativa è stata sentita dalla terapeuta, cosa che la paziente ha probabilmente percepito) ma penso che se lei sente questo sia giusto esprimerlo e che valga la pena indagare su quello che accade in lei.”

3. Risposta della *paziente* (tono burbero): “Non capisco cosa vuole dire”.

4. *Terapeuta*: “Immagino che se ha l'impressione che io sia una terapeuta principiante, lei abbia paura che io commetta degli errori...Mi ha detto che la terapeuta che aveva prima di me, l'ha lasciata troppo presto...”.

5. *Paziente* (tono un po' meno burbero, l'espressione facciale denota un principio di curiosità): “Sì, e allora?”.

6. *Terapeuta*: “Lei sente angoscia davanti a me... Forse potrebbe avere paura che anch'io la lasci andare via troppo presto?” (è il mio desiderio di abbandonare la paziente dopo il suo primo intervento a suggerirmi questo intervento).

Lungo silenzio.

7. *Paziente*: “Non è stato un vero pensiero, però quando mi ha detto

che dovevamo prenderci del tempo prima di decidere se lavorare insieme, non mi è piaciuta l'idea di non essere sicura di poterlo fare”.

8. *Terapeuta*: “Vero, ho detto che ci si lasciava del tempo e che si sarebbe fatto il punto alla quinta seduta... Capisco adesso che avrebbe potuto essere angosciante per lei perché poteva voler dire che anch'io avrei potuto lasciarla andare troppo presto”.

Silenzio.

9. *Paziente*: “Mi rendo conto di avercela terribilmente con la mia vecchia terapeuta per avermi congedato troppo presto, è stato un errore”.

10. *Terapeuta*: “Lei potrebbe anche aver ragione a volermene per non averle dato la sicurezza che sarò qui per tutto il tempo necessario se confermerà la sua volontà di lavorare con me”.

11. *Paziente*: “È vero, il suo modo di prendere tempo mi ha irritato.

12. *Terapeuta*: “Capisco, in effetti le ho proposto qualcosa che non era adatto ai suoi bisogni”.

13. *Paziente* (sorridente): “È vero”.

Il protocollo di inizio terapia che abitualmente utilizzo non era quindi adeguato per questa paziente perché l'aveva rituffata nella insicurezza relazionale, che era il nocciolo della sua problematica personale. Esprimendo le sue emozioni negative, e quelle che ha indotto in me, la paziente ha detto qualcosa che cercava di simbolizzarsi. La simbolizzazione non sarebbe stata possibile se non partendo dalla possibilità di regolazione del mio stato emotivo interno e dalla integrazione in campo terapeutico di informazioni che mi erano date dal mio sentire contro-transferale.

### ***Conclusioni***

Gli schemi proposti nell'articolo sono stati concepiti in una prospettiva di interattività degli stati dell'Io (Grégoire, 2007).

Nel primo schema vediamo da un lato che la funzione principale di A (madre) è quella di decodificare la realtà interna ed esterna e dall'altro, nel secondo schema che la funzione principale di A (neonato) è di codificare la realtà non chiarita dell'interno e dell'esterno.

La costruzione di un G che può regolare le emozioni negative dipende dal buon funzionamento del lavoro di decodifica e di codifica degli stati dell'Io della madre e del neonato.

Ma, a monte, il processo è possibile solo se la sincronizzazione avviene tra i due stati dell'Io B (madre – neonato) e se la madre possiede uno stato dell'Io G in grado di regolare la paura del proprio stato dell'Io. In caso contrario, avviene il processo inverso di esplosione delle emozioni negative: il neonato piange e grida e la madre si mette a urlare o peggio se ne va. In terapia, il processo è il medesimo, se io non regolo le mie emozioni negative, rischio di spedire al mio paziente una bomba, confezionata o meno in un elegante carta da regalo psicologica.

L'insieme dei due schemi mostra che tutti gli stati dell'Io, sia della madre sia del neonato, sono attivi. Pertanto questo sostegno psichico della madre non rappresenta tanto una simbiosi intendendo con ciò il mancato funzionamento di certi stati dell'Io. Questo ci permette di ipotizzare che non ci sia mai una simbiosi sana nel corso dello sviluppo affettivo e pertanto che ogni fenomeno simbiotico della vita adulta sia la ripetizione di una simbiosi iniziale, con una passività di alcuni stati dell'Io che possono essere patogeni.

Infine, in termini di riflessione epistemologica, ritengo che gli schemi presentati in questo articolo dimostrino come l'eredità teorica berniana degli stati dell'Io permetta di considerare l'apparato psichico sia nel funzionamento intrapsichico che in quello intersoggettivo, nonché nelle loro correlazioni. In fondo, tutto questo ci ricorda quanto fosse di avanguardia questo modello al momento della sua concezione. E forse non ne abbiamo misurato la reale portata avendo voluto troppo distinguere il sistema strutturale da quello funzionale.

## Note

(1) È possibile accedere ai loro lavori sul sito [www.neuro.psa.org](http://www.neuro.psa.org)

(2) D. Widlocher e A. Green, membri eminenti della SPP, appartengono al Comitato di Redazione della rivista di neuro-psicoanalisi, e nel 2007, la «Revue Française de Psychanalyse» ha dedicato un numero completo ai legami tra neuroscienze e psicoanalisi.

(3) Per semplificare, poiché la definizione di inconscio si è evoluta con Freud, in particolare tra la prima e la seconda topica, si può dire che “l’inconscio freudiano” si forma da rappresentazioni inaccettabili di pulsioni, che vengono quindi rimosse. “L’inconscio non-rimosso” concernerebbe tutto ciò che costituisce il vissuto umano e che non rientra nel campo della sua coscienza non subendone quindi l’azione di rimozione.

(4) Cfr. la celebre lettera a Wilhelm Fliess del 6 dicembre 1896, in *La naissance de la psychanalyse*, PUF 2009.

(5) Freud ha visto nella psiche una funzione di “para-eccitazione” che doveva proteggere l’organismo dalle eccitazioni provenienti dal mondo esterno e che possono nuocerle. Più tardi Winnicott e Bion sottolineano, nei loro lavori, il ruolo para-eccitante per il neonato dell’oggetto esterno (madre).

(6) Si attribuisce sempre più spesso questa capacità di sincronizzazione ai “neuroni specchio” la cui funzione è stata osservata da Giacomo Rizzolatti in campo del processo di imitazione presso le scimmie, ma per il momento sembrerebbe che siamo solo ad uno stadio di ipotesi.

(7) Utilizzo gli aggettivi “affettivo”, “riflessivo”, “interattivo” relativi alla competenza del terapeuta prendendoli da Gilles Delisle, Gestaltista canadese (fonte: seminari teorico-clinici, tenuti a Parigi negli anni 2000).

## Bibliografia

BERNE E., (1953) *Concerning the nature of communication* in «Psychiatric Quarterly», 27, 1953, pp. 185-198, trad. it. *La natura della comunica-*

zione in *Intuizione e Stati dell'Io*, cap. 3, Astrolabio, Roma 1992

BERNE E., (1955) *Primal Images and Primal Judgement*, in «Psychiatric Quarterly», 29, 1953 trad. it. *Immagini primarie e giudizio primario*, cap. 4, Astrolabio, Roma 1992

BERNE E., (1957) *The Ego image*, in «Psychiatric Quarterly», 31, 1957, pp. 611-627 trad. it. *L'immagine dell'Io*, cap. 5, Astrolabio, Roma 1992

- BERNE E., (1970), trad. it. *Fare l'amore*, Bompiani, Milano 1986
- BOWLBY J., (1969), trad. it. *Attaccamento e perdita (vol. II): La separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, Torino 1999
- BION W. R., *The psychoanalytic study of thinking: A theory of thinking*, in «International Journal of Psycho-Analysis, n., 43, 1962, pp. 306-310
- BION W. R., *Aux sources de l'expérience*, P.U.F, 1962
- CORNELL W. F., Landaiche M. N., *Impasse e intimità nella coppia terapeutica o di counselling: l'influenza del protocollo*, in «Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Terapeutiche», XXV, 11, (48), 2005
- EDELMAN G. M., (1989), trad.it. *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*. Rizzoli, Milano 1991
- GRÉGOIRE J., *Les états du moi, Trois systèmes interactifs*, édés A.T., 2007
- HARGADEN H., SILLS C., *Transactional Analysis – A relational view*, Brunner-Routledge, London 2002
- LEHKY S. R., *Fine discrimination of faces can be performed rapidly*, in «Journal of Cognitive Neuroscience», 12, 2000, pp. 848-855
- MELLOR K., (1980), trad. it. *Impasses, una visione strutturale nell'ottica della dinamica evolutiva*, in «Neopsiche», 2, n. 3, 1984
- RATH I., *Les phases de développement de l'analyse transactionnelle, d'Eric Berne à nos jours* (Discours d'introduction au 31 congrès de la DGTA), in «Actualités en Analyse Transactionnelle», 135, 2010, pp. 27-43
- SCHARFF J. S., *Projective and introjective identification and the use of the therapist's self*, Jason-Aronson, Washington 1992
- SCHORE A.N., *Affect Regulation and the Repair of the Self*, W. W. Norton & Co., 2003