

Integrazione corpo-mente nel pensiero di Winnicott

Tecla Cappellucci

SIPP, 9 novembre 2022

In questo breve contributo, partendo dalla centralità che Winnicott riconosce all'esperienza del corporeo, mi propongo di soffermarmi, seppur sommariamente, principalmente su due *focus*. Il primo riguarda gli aspetti *quantitativi, temporali e qualitativi* che incidono sulle sorti dell'unità psiche-soma. Il secondo riguarda la tecnica terapeutica indicata da Winnicott per lavorare con quei quadri di sofferenza psichica in cui si leggono gli esiti di un fallimento o di un difetto dell'integrazione psiche-soma.

L'unità psiche-soma

Winnicott indica nel corpo l'inizio di tutto, e indica il legame tra il corpo e la mente (l'unità psiche-soma) fondamentale nella strutturazione dell'Io e nella relazione con la realtà (1949-1950).

Una continuità tra organico e psichico che si realizza tanto con *naturalezza* quanto con *complessità*. *Tempi, durata, frequenza, quantità e qualità* sono alcuni degli aspetti rilevanti attraverso cui si esperisce la coppia, e prima ancora, l'unità madre-bambino. Continuità, interruzioni e sporadicità, durata, quantità e qualità diverse caratterizzano infatti gesti, sguardi, fantasie e atteggiamenti all'opera. Tutto questo concorre a determinare gli esiti di una esperienza per il bambino vivibile o invivibile, sopportabile o insopportabile, godibile o meno.

La celebre definizione di Winnicott secondo cui inizialmente non esiste isolatamente una madre e non esiste isolatamente un bambino, bensì esiste una coppia madre-bambino esplicita quanto l'alba della vita psichica di ciascun soggetto sia per l'autore realizzabile solo attraverso l'incontro con l'altro. L'immagine proposta da Winnicott è quella di un guscio -la madre- che contiene un nocciolo - il bambino (1952). La forza dell'immagine è che rimanda a una *unità*, un guscio pieno, che, tuttavia, porta con sé un *potenziale* (che si realizzerà in un tempo successivo) trasformativo e differenziato: il nocciolo fuoriuscito. L'immagine del guscio rimanda dunque a un'*unità* che contemporaneamente ha insita la *dualità*. Nell'ultimo periodo di gestazione e nelle prime settimane che seguono la nascita del bambino la madre sviluppa quanto viene definito la "preoccupazione materna primaria" (1956): uno stato di *totale* dedizione e sintonizzazione con il neonato che le permette di adattarsi attivamente alle necessità del figlio in modo naturale e spontaneo. La madre costituisce per il bambino l'"ambiente perfetto". Dall'unità madre-bambino si giungerà poi gradualmente alla dimensione del me-non me. Le esperienze sensoriali, che sono le prime percezioni avvertite dal bambino, non posseggono ancora una *qualità* psichica. Si arricchiscono ulteriormente di significato solo grazie alla mente dell'altro, attraverso il "rispecchiamento" (1967). È attraverso questa "intercessione" materna che le sensazioni corporee possono essere trasformate in *stati soggettivi*. Questa comunicazione passa attraverso la capacità della madre di identificarsi con il bambino. L'accento di Winnicott quando tratta la capacità di comunicare è sull'interazione pre-verbale che si muove sui binari della reciprocità. Il bambino accede alla possibilità di simbolizzare già qui, in queste interazioni che *precedono* l'acquisizione del linguaggio. Aspetto quest'ultimo analogo anche nella relazione che intercorre tra analista e paziente, come più avanti ripreso. La capacità di vivere e riconoscere i propri affetti come fenomeni mentali (cioè come sentimenti), anziché soltanto come fenomeni corporei, dipende perciò dalla presenza di un contesto

facilitante intersoggettivo in cui è la *tenerezza* dello scambio, in quanto rispondente sintonizzazione, ad avere un ruolo fondamentale.

La tecnica analitica nel lavoro con i quadri psichici di non completa integrazione del Sé

L'attenzione di Winnicott a riguardo è, tra gli altri aspetti, sulla *regressione* del paziente, *l'analisi del controtransfert* del terapeuta, nello specifico *l'odio nel controtransfert* e *la capacità dell'analista di sopravvivere*, l'ambiente di *holding* fornito dal *setting*, e la capacità del paziente di "stare da solo" pur non essendolo.

Le riflessioni teoriche - cliniche di Winnicott sulla tecnica analitica risultano particolarmente contemporanee e vi si possono ritrovare quelli che oggi definiamo i così detti "nuovi pazienti". Nell'articolo "Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica" constata: "*In altre parole sarebbe piacevole se fossimo capaci di riservare l'analisi solo ai quei pazienti che hanno avuto proprio all'inizio, o nei primi mesi di vita, una madre in grado di dar loro condizioni sufficientemente buone. Ma quest'epoca della psicoanalisi sta rapidamente volgendo al termine.* (1954, pp. 346-347).

Come descritto, nell'unità madre-bambino dunque *corrispondenze* o *non-corrispondenze* differentemente incisive sullo psiche-soma, determineranno scenari psico-fisici più o meno funzionali o disfunzionali. "Profondo" e "precoce" sono due termini utilizzati da Winnicott ciascuno nella propria specificità. Il *profondo* attiene al mondo interno e al fantasmatico del soggetto che è possibile raggiungere e ascoltare attraverso la tecnica analitica. Il *precoce* attiene invece a quanto si svolge nell'ambiente supportivo del bambino ed è direttamente osservabile. L'attenzione dunque è a "[...] *correlare ciò che è profondo nell'analisi con ciò che è precoce nello sviluppo infantile*". (1957, pp.143-144). Nel caso di importanti disfunzioni precoci all'interno della unità, e poi della coppia, madre-bambino, si verifica che gli sguardi, invece che veicolare un rispecchiamento sufficientemente buono, veicolino distanziamento, senso di vergogna, freddezza e assenza di sintonizzazione. L'integrazione psiche-soma non supportata da un "linguaggio" amorevole e da una rispondente sintonizzazione non si compie pienamente. L'esito può essere un penoso senso di non-integrazione del Sé. Il corpo, altresì, può diventare il narratore di sensazioni che non possono essere pensate consciamente (non possono essere appunto integrate), tantomeno espresse in parole. Il soggetto può vivere la propria esistenza secondo un "funzionamento falso Sé" sacrificando la possibilità di un'esistenza autentica e "reale". Winnicott descrive a riguardo cinque scenari che vanno dal funzionamento più compromesso a quello meno compromesso in cui il soggetto agisce con compiacenza atta a poter interagire con le logiche della sociale reciprocità.

L'autore volge l'attenzione su come lavorare psicoanaliticamente appunto con quei pazienti che riportano gli esiti di una mancata o difettosa integrazione psiche-soma. Il rimando è a esperienze psico-fisiche accorse, con incisività e costanza differenti, quando l'*infans* è ancora un apparato immaturo, sguarnito (stadio della dipendenza assoluta), e sull'orlo di un'*impensabile angoscia*. Winnicott racchiude le angosce impensabili in quattro tipi:

a) andare in pezzi; b) cadere per sempre; C) non avere nessuna relazione con il corpo; d) essere senza orientamento.

È grazie alla preoccupazione materna primaria attiva nelle primissime settimane di vita del bambino che l'*infans* seppur appunto sull'orlo di un'*impensabile angoscia*, potrà comunque esperire la condizione di "continuare a essere". Questo sarà realizzabile attraverso l'esperienza di una madre-ambiente che "contiene" e che permette il passaggio da un iniziale stato non integrato a uno stato di integrazione.

Winnicott descrive tre stadi in cui il potenziale ereditario del bambino si sviluppa e accresce sempre più. I tre stadi evolutivi si sovrappongono e non rappresentano una sequenzialità temporale. Piuttosto è contemplata una simultaneità degli stadi più precoci con quelli successivi. Questi sono lo stadio della dipendenza assoluta, quello della dipendenza relativa e da ultimo quello della indipendenza.

Possibili alterazioni possono però intervenire in quella dimensione che funziona a protezione dell'*infans*. Come detto, a seconda dell'incisività di tali alterazioni, a seconda dell'incisività del *deficit* dell'accudimento materno a cui è stato esposto il bambino, gli esiti potranno andare dallo sviluppo di un falso Sé, sino a distorsioni e scompaginamenti dell'organizzazione dell'Io.

Winnicott legge nella paura (e nel coraggio) del paziente di vivere un crollo psichico (1963) in realtà una grande opportunità. Affrontare un crollo psichico comporta infatti, secondo l'autore, riaffrontare quanto accaduto in un'epoca di cui il paziente non può avere ricordi coscienti. Rivivere il trauma porta con sé la possibilità di attraversarlo con maggiore consapevolezza e la possibilità di avvicinare il proprio vero sé e contattare e dare vita a quegli aspetti e a quelle sofferenze che non hanno avuto nome. Questo grazie al supporto del *setting* analitico che tra le sue funzioni realizza anche quella di riprodurre le cure materne primarie. La **regressione** nel corso del percorso analitico a fasi di dipendenza rappresenta dunque per il paziente una nuova *chance* per integrare il senso autentico del soggetto. L'intento è in questo modo quello di smantellare gradualmente l'impalcatura del falso sé che, svolge sì una funzione difensiva, ma al costo di opacizzare fino a volte a negare il senso autentico dell'esistenza del soggetto. Il presupposto perché uno stato di regressione si possa avviare è che il paziente avverta l'*affidabilità* del *setting* (1954). Secondo l'autore sintonizzarsi e lavorare con questi livelli così primitivi del funzionamento umano non passa tanto per l'interpretazione e i contenuti più o meno disvelanti che il terapeuta può offrire al paziente. Il lavoro terapeutico passa piuttosto per la capacità dell'analista di identificarsi con il paziente e fornirgli l'ambiente di *holding* consono ai suoi bisogni.

Ripercorro alcuni momenti di un caso clinico seguendo appunto il *focus* della lettura Winnicottiana.

Caso clinico

Floriana è una donna di mezza età che si rivolge a me perché non sta bene, versa ormai costantemente in uno stato di angoscia, irrequietezza e tormento. Pensa che la pandemia e quanto ne è conseguito, il *lockdown*, l'isolamento sociale, la paura della morte e della malattia, il senso di caducità, siano state le cause scatenanti del suo stato. Ha alle spalle una lunga terapia analitica conclusa anni fa condotta da un collega. Soffrì in passato di gravi crisi depressive che arrivarono, in alcuni periodi, a essere particolarmente invalidanti e annichilenti.

La paziente inizia la terapia con me all'insegna di un atteggiamento paradossale. Sbuffa scocciata se le chiedo qualcosa della sua famiglia di origine, lei la sua analisi l'ha già fatta, non vuole ricominciare da capo, vuole solo stare bene ora. Avverto pienamente la necessità di costruire l'*affidabilità* del *setting* come descriveva Winnicott (1954) perché Floriana possa sentire che può "essere tenuta" e possa iniziare ad affidarsi. Con gradualità le sue resistenze su cui lavoriamo diminuiscono e l'accesso a contenuti più vasti diventa possibile.

La regressione e la funzione di *holding* del *setting* F. attraversa una fase della terapia in cui entra in una importante ricaduta (già in gioventù e anni addietro era stata male). Regredisce inizialmente a uno stato in cui non esce quasi più di casa, quelli che prima erano forti timori si trasformano in uno stato di terrore e angoscia diffuso, non ha la minima concentrazione psichica, non riesce a lavorare né tanto meno a interagire con la sua famiglia. Depressa tende a non curare il proprio aspetto, non si dedica né alla casa né a qualsiasi altra attività. In un secondo momento il suo stato psichico volge

inoltre verso atteggiamenti ipomaniacali. Alza la voce durante la terapia, è irascibile, a volte terminata la seduta va via con fare brusco e stizzito, fino a sbattere la porta. Io ho proprio la sensazione di sopravvivere e resistere. Seguo la paziente e la contengo, ribadendole anche l'importanza dell'aiuto farmacologico già resosi necessario nella prima fase della regressione della paziente, quella dalle tinte più depressive. Ho un costante scambio con la psichiatra, figura a cui la paziente ha da subito accettato di essere indirizzata. Floriana dimostra analoga collaborazione quando le spiego che, se d'accordo, reputo molto utile e importante che lei dia il mio numero di telefono, perché mi possano chiamare, a suo marito e a un paio delle sue più strette amicizie che insieme identifichiamo tra quelle che in questo periodo la stanno aiutando e le stanno vicino. Avverto il peso della presa in carico e l'impegno della costanza che comporta. La definizione di Winnicott del terapeuta che vuole essere mangiato dal paziente avvicina probabilmente questo mio vissuto in cui sento necessaria una mia grande disponibilità. La definizione (il terapeuta che vuole essere mangiato) corre lungo un parallelismo che rimanda alla madre che porge il seno e desidera che sia trovato e ha insita dunque la *reciprocità* dello stare insieme. La funzione di *holding* riprodotta nel *setting* (1954) è rintracciabile a mio avviso in ogni gesto, così come specificato da Winnicott in quel "*tutto diventa di vitale importanza...*" (1947, 239). Rintraccio la funzione di *handling* ad esempio anche nel lavoro terapeutico portato avanti nel periodo in cui F. è volta verso l'ipomaniacalità. Nonostante ciò, nonostante gli atteggiamenti ipomaniacali, alcune sedute seguono un ritmo più contenuto e calmo rispetto alle precedenti più tumultuose. In una seduta, mentre parla, con estrema naturalezza, scusandosi prende una crema e inizia a incremarsì le mani e le braccia. Sono presa alla sprovvista. Mi chiedo cosa fare. Non avverto seduttività o aggressività nel gesto e ritengo di proseguire nella funzione di *holding* che a posteriori mi sembra verosimilmente riconoscibile anche in questi momenti. Nel periodo in cui la paziente sembra versare appunto in una condizione di regressione, il *corpo* e le manifestazioni corporee appaiono in seduta anche nella loro concretezza. Sulla *chaise longue* spesso viene colta da sussulti improvvisi che la attraversano fino ai piedi, sussulti che repentini spaventano tanto lei quanto me. Nello stesso periodo in altre sedute il ritmo è invece calmo e disteso. Ci sono spesso dei silenzi che Floriana attraversa con un'espressione rilassata come andando dietro ai propri pensieri. Posso farle notare quanto siano quieti questi momenti in cui è possibile rilassarsi e quanto siano diversi dai momenti in cui viene da sussultare impauriti a causa dell'irrompere improvviso di qualcosa che spaventa. Penso di poter rintracciare in questi passaggi le angosce primitive di cui parla Winnicott che qualora accolte e "maneggiate" con le funzioni di *holding* possono essere attraversate senza che il bambino - o il paziente- si disgreghi, anzi piuttosto conquistando la capacità *di stare da solo* anche senza esserlo (1958) così come mi sembra che stia accadendo per Floriana.

Rispecchiamento Il *rispecchiamento* (1967) ritengo che abbia avuto con questa paziente una funzione molto importante. La vedo sulla *chaise longue* e mi chiede se possiamo posizionarci in modo che ci si possa guardare negli occhi. In una seduta Floriana è turbata, riporta che la figlia ha fatto un disegno in cui l'ha ritratta con degli occhi grandi e spiritati. È spaventata all'idea che sua figlia la veda così. Penso tra me e me che lo sguardo di Floriana quando sta male è proprio così, occhi sgranati, caratterizzati da una profonda fissità che sembra affacciarsi nel vuoto. Nel guardarla le propongo, attraverso il mio, un altro sguardo, più morbido e mobile. La fissità e la freddezza di Floriana permangono e non mi rimane che guardarci e ogni tanto distogliere lo sguardo, insomma starci insieme. Su quella fissità ci potremo tornare su in un secondo momento passando dal suo contrario. Alcune sedute dopo arriva infatti con uno sguardo luminosissimo, vivo e brillante che le faccio notare, constatazione che accoglie con gioia.

L'odio nel controtransfert (1947) La centralità attribuita all'odio nel controtransfert nella tecnica analitica con il paziente grave è presente anche nel lavoro con Floriana. In una seduta le porgo il cestino per buttare i fazzoletti con cui si asciuga le lacrime mentre piange straziata. Floriana legge il gesto non come accoglimento bensì esattamente al contrario, e sempre tra lacrime e singhiozzi mi

dice: “fa bene, a odiarmi, a schifarsi, lo sarei anche io (schifata)...”. Nella sua incomprendenza del mio gesto leggo la coincidenza di amore e odio vissuta dal paziente grave e di conseguenza attribuita anche all’analista, che se mostra amore sicuramente nello stesso momento ucciderà il paziente (1947). Spesso, nelle settimane in cui sta male, mi guarda silenziosa con uno sguardo che veicola astio e stizza. La dimensione dell’odio e del fastidio attraversa le sedute. “Secondo lei mi odiano?”. Si chiede spesso se i suoi colleghi di lavoro la odiano, ormai esasperati dai suoi comportamenti esplosivi e disinibiti delle settimane in cui è stata male. Anche io arrivo a detestare un suo modo di fare che in alcuni momenti mi arriva questuante e pedante. In questi aspetto ritrovo il passaggio specificato da Winnicott in cui in certi momenti l’odio dell’analista sembra proprio richiesto dal paziente come qualcosa di *oggettivo* (1947). Gradualmente è possibile riconoscere insieme che sì, certe volte, certi suoi atteggiamenti sono proprio insopportabili.

Me-non me (1954, b) Con il procedere della terapia entrata in un’altra fase, Floriana può arrivare a sentirsi oggetto di cure, riconoscendole e godendosele. Così quando scherza rispetto all’emergenza pidocchi che gira a scuola e che spera di non aver preso e di non portare qui a studio. Nel suo tono la leggerezza di chi si sente autorizzata a essere accudita benché portatrice di una propria carica potenzialmente danneggiante.

Nel periodo di regressione di Floriana in cui stava male rintraccio i movimenti in cui si può leggere il *me* che si definisce rispetto al *non me*. Nota delle somiglianze tra me e lei, elementi che descrivono sia lei che me senza che ci si confonda. Con il fare accelerato e eccessivo delle settimane che sta attraversando indica e mi fa notare: “Ah che carina, abbiamo la sciarpa uguale”. Così nella seduta successiva, sempre con modalità ancora accelerate ed alterate, terminata la seduta, mi passa accanto per uscire dalla stanza, si sofferma un istante davanti a me e indicando il mio viso nota: “che carina anche lei ha le lentiggini, come me”. Penso che Floriana anche così stia *usando* la sua terapeuta (1968).

Verso una maggiore integrazione del sé Nel corso della terapia il tema della “maschera” è sempre stato presente. È riconoscibile nelle dinamiche diplomatiche e troppo accomodanti con la famiglia d’origine e con la famiglia che ha poi costituito. Il tema della “maschera” altresì rintracciabile nelle scelte di studi universitari, lavorative e sentimentali che ha fatto negli anni.

Solo gradualmente F. potrà sostare di più sulla complessità delle emozioni che avverte inerenti a tutto ciò. Nel periodo in cui ha attraversato la crisi ipomaniacale Floriana sembra agire caotica e accelerata tutto quello a cui non si è concessa di accedere in precedenza. È in un secondo momento, uscendo dallo stato di regressione, che può iniziare a contattare in modo più *autentico* e *spontaneo*, e anche più consapevole quello che la riguarda, può iniziare a soffrire e a godere quello che c’è e quello che non c’è nella sua vita.

Mi piace concludere questo breve contributo “riaprendo”. Nella ricca biografia di Winnicott l’elemento soggettivo riguardante la vita dell’autore sembra rintracciabile poi nelle sue teorizzazioni. Ad esempio la nota autobiografica¹ secondo cui sua madre smise di allattarlo perché spaventata dall’eccitazione che l’esperienza le comportava colpisce ulteriormente alla luce della considerazione che nei suoi scritti Winnicott non tratta mai il tema della sessualità della madre; analogamente il corpo sessuato non sembra avere particolare spazio nella sua teoria. Tuttavia quell’eccitabilità che da una parte apparirebbe non considerata, comunque, in un certo qual modo, sussiste ed è centrale. Infatti la teorizzazione di Winnicott non prescinde dal *desiderio* e dal *piacere* di cui sono carichi quei gesti e quegli atteggiamenti di *holding* che altrimenti (senza amorevole piacere) non sortirebbero appieno quell’effetto strutturante e di integrazione così auspicato.

Bibliografia

- Abram J. "Il linguaggio di Winnicott" Franco Angeli Ed, Milano, 2013.
- Rodman, R, 2003, *Winnicott. Vita e opere*, Raffaele Cortina Editore, Milano, 2004.
- Winnicott, D, 1947, *L'odio nel controtransfert*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D, 1949a, *L'intelletto ed il suo rapporto con lo psico-soma*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D, 1952, *L'angoscia associata all'insicurezza*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D, 1954, *Gli aspetti metapsicologici e clinici della regressione nell'ambito della situazione analitica*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D, 1954 b, *La posizione depressiva nello sviluppo emozionale normale*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D, 1956, *La preoccupazione materna primaria*, in *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, G. Martinelli, Firenze, 1975.
- Winnicott, D 1957, *Il contributo dell'osservazione diretta del bambino alla psicoanalisi*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Roma, Armando, 1970.
- Winnicott, D. 1958, *La capacità di essere solo*, in *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Armando Editore, Roma, 1970.
- Winnicott, D, 1963 *La paura del crollo*, in *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.
- Winnicott, D, 1967c, *La funzione di specchio della madre e della famiglia nello sviluppo infantile*, in *Gioco e realtà*, Armando Armando Editore, Roma, 1974.
- Winnicott, D, 1968, *L'uso di un oggetto e l'entrare in rapporto attraverso l'identificazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

ⁱ Rodman, R, 2003, *Winnicott. Vita e opere*, Raffaele Cortina Editore, Milano, 2004 p.14.