

Il corpo immaginario e il movimento nello spazio e nel tempo del Rêve de Veille

IL CORPO IMMAGINARIO E IL MOVIMENTO NELLO SPAZIO E NEL TEMPO DEL RÊVE DE VEILLE

Philippe Grosbois

maître de conférences en psychologie clinique

Institut de Psychologie et Sociologie Appliquées

Université Catholique de l'Ouest - Angers (France)

Equipe d'Accueil 4050 Rennes-Poitiers-Brest-Angers (Laboratoire de Psychopathologie)

ancien secrétaire de la Société Internationale des Techniques d'Imagerie Mentale

Nel quadro dell'uso dell'imagerie mentale onirica in psicoterapia così come la concepivano André Virel e Roger Frétigny, cioè l'oniroterapia integrazione, il movimento passa attraverso il vissuto corporeo, più precisamente attraverso il vissuto corporeo immaginario. La constatazione che facciamo nella pratica clinica, è che il paziente viene verso il terapeuta con le sue reazioni corporee e i suoi lamenti somatici. Questi infatti appariranno in primo piano nel corso delle prime sedute quando proponiamo al paziente un'oniroterapia. Tutto accade come se egli scoprisse o riscoprisse, più esattamente il suo sviluppo corporeo, in occasione del viaggio immaginario che sta per essere messo in scena sul piano onirico. Il vissuto corporeo immaginario è infatti in stretta relazione con ciò che ne è dell'immagine del corpo e della rappresentazione del sé.

Nell'oniroterapia di Virel, la percezione dell'immagine del corpo è d'altra parte oggetto di cambiamenti, di deformazioni che sono indotte dalla perdita dei riferimenti abituali, una perdita dei riferimenti corporei, spaziali e temporali; è questa perdita, questa specie di isolamento sensoriale, che è all'origine di un corpo sognato, di uno spazio sognato e di una dimensione temporale sognata. Ci riferiamo qui alla fase iniziale della particolare messa in condizione fisica e psicologica che Virel ha designato con il termine di decentrazione, fase che precede l'insorgere spontaneo di immagini mentali, inizialmente corporee, in connessione con le cenestesie poi le immagini di personaggi, di oggetti e di scenari immaginari nei quali il soggetto immaginerà di muoversi, come in un sogno da sveglia, a differenza che è questo vissuto corporeo immaginario che genererà le immagini oniriche e non il terapeuta che suggerisce un'immagine di partenza, anche se ci capita nel corso di alcune sedute di partire da un'immagine evocata precedentemente dal paziente, immagine di una seduta precedente d'imagerie mentale o immagine di un sogno notturno raccontato prima.

Questa esperienza particolare, anche se ha qualcosa a che vedere con il narcisismo primario, non è regressiva nel senso destrutturante del termine, ma rappresenta al contrario una ristrutturazione

attraverso una focalizzazione sulle cenestesie, così da avere dei punti in comune con alcune esperienze descritte da mistici o da artisti al momento in cui il loro genio creativo si risveglia.

E' in questo contesto psicoterapico che constatiamo che alcuni pazienti hanno una vera incapacità ad immaginare, a sognare da svegli a partire dalle sensazioni corporee e ad esprimere il loro vissuto solo in modo diverso da termini molto convenzionali. Si tratta qui allora di una perturbazione della funzione immaginativa, di una specie di carenza dell'immaginario, come in alcuni insonni, nei disturbi delle condotte alimentari (come l'anoressia e la bulimia) così come nei disturbi psicosomatici (come l'ulcera digestiva, la rettocolite, l'asma) e alcune malattie autoimmuni. Come sottolinea Sami-Ali, qui il piacere non può essere integrato perché il corpo strumentalizzato funziona per funzionare, perché non può esserci che un piacere di funzionamento a vuoto [\[1\]](#).

Lo sviluppo della funzione immaginativa in questi pazienti che sperimentano difficoltà a passare dalle percezioni dell'esterno a quelle dell'interno (cioè la loro vita fantasmatica) passa spesso per una specie di spinta psicoterapeutica a visualizzare, cioè ad aderire sensorialmente e emotivamente alle immagini mentali e ad evitare di aggrapparsi a ricordi o avvenimenti concreti del quotidiano. Una certa direttività nella proposta di temi da immaginare di partenza può essere allora pertinente per questi soggetti che sono stati ben descritti come persone con «un pensiero operatorio» dalla scuola psicosomatica di Parigi rappresentata, tra gli altri autori, da Maerty, Fain e Soulé.

Sottolineiamo che l'immaginario si organizza, da un punto di vista psicogenetico, parallelamente con lo sviluppo viscerale e sensomotorio del lattante e quest'ultimo contribuisce verosimilmente alla costruzione della rappresentazione materna che si fonda sul calore della madre, il suo odore, la consistenza della sua pelle e del suo tono muscolare. Numerosi autori suppongono che il lattante impara progressivamente a distinguere il proprio corpo dapprima frammentato e poi unificato, ma sappiamo anche che alcuni ostacoli possono insorgere, specialmente se l'equipaggiamento sensoriale del bambino è insufficiente, se la madre iperprotettiva non lascia apparire la fame apportando la soddisfazione prima dell'emergere del desiderio o, al contrario se, per la sua negligenza, lascia il bambino sfinito nell'attesa di un nutrimento insufficiente o offerto troppo tardi.

La spinta a visualizzare che favorisce lo sviluppo dell'immaginario è abbastanza caratteristica, dunque, della fase iniziale di decentrazione che precede la fase d'imagerie propriamente detta. Succede anche che con alcuni pazienti rimaniamo a lavorare usando unicamente la decentrazione perché essa rivela il rapporto che il soggetto ha con il proprio corpo e permette un lavoro psicoterapeutico esclusivamente a partire dal vissuto corporeo immaginario, senza che sia necessario lavorare sui rêves éveillés o i sogni notturni.

La messa in condizione destinata a favorire l'ipotonia muscolare e la sconnessione progressiva dalle percezioni della realtà quotidiana del corpo, dello spazio e del tempo - oltre alla posizione distesa, gli occhi chiusi, le mani appoggiate, il fatto di restare immobile e l'abbassamento della luce - può anche basarsi sul fatto di chiedere al soggetto di sbarazzarsi di ciò che può infastidirlo a livello corporeo (cintura, cravatta, scarpe) e a livello simbolico (anelli, collane, orologio, medagliette), cosa che può arrivare anche alla completa nudità, nel caso di una buona alleanza terapeutica. Proponiamo allora una coperta leggera, per il calore che procura ma anche per il sentimento di protezione e di sicurezza. Tutto questo deve avvenire naturalmente in un clima di fiducia. Non insistiamo di fronte ad un rifiuto, ma proponiamo piuttosto al soggetto di spogliarsi parzialmente. Quando il paziente accetta, si spoglia evidentemente da solo, per pudore, e scivola sotto la coperta.

A suo dire, la decentrazione sarà vissuta in modo completamente diverso che se fosse stato vestito, si può paragonare questo con l'esperienza del bagno nudi che, in generale, viene vissuto in modo diverso che con il costume da bagno.

Questa messa in condizione presenta delle analogie con diversi metodi di rilassamento come nel training autogeno di Schultz in cui la sconessione ipnotica si basa sulle sensazioni di pesantezza (espressione della decontrazione muscolare) e di calore (espressione della vaso-dilatazione periferica), autentico apprendimento dello scollegamento progressivo dal reale che induce una modificazione dello stato tonico e che permette al soggetto di entrare in uno stato ipnoide vicino al sonno, pur restando sveglio e cosciente.

Le prime sensazioni provate sono spesso dei formicolii e fenomeni luminosi elementari (punti luminosi, macchie di colore) e a volte delle sensazioni di modificazione delle membra del corpo, l'impressione di spostarsi nello spazio, di fluttuare o di sprofondare nel divano. Spesso, il paziente perde il senso della posizione delle proprie membra, se le rappresenta in un posto diverso da quello che esse occupano nella realtà. Queste sensazioni possono essere dolorose in modo puntuale e in questo caso, si può frequentemente riportarle ad un antico problema somatico, della stessa localizzazione, sopravvenuto a volte numerosi anni prima e spesso «dimenticato». A proposito del training autogeno, Geissmann cita il caso seguente :

Un dolore nelle ginocchia apparso così durante l'esercizio di pesantezza ricorda ad un soggetto una caduta che fece qualche anno prima. In un altro, un dolore sottomascellare gli riporta alla memoria l'esistenza di un serio attacco tubercolotico che era stato l'oggetto a suo tempo di un timore ansioso. Sembra che ci si trovi in presenza di un riemergere di ricordi vissuti a livello del corpo, in quella che potrei chiamare una specie di « memoria somatica ».[\[2\]](#)

Un altro esempio clinico, quello di Isabelle, inviata per dolori lombari cronici insensibili agli antalgici morfiniti. Dopo numerose sedute faccia a faccia, accetta una prima seduta di decentrazione che si ferma rapidamente, con un veemente rifiuto a continuare. Aveva avvertito, a livello della cassa toracica, un violento dolore alla base del polmone destro. A 15 anni aveva dovuto subire, cosa che l'anamnesi non aveva rivelato, una lobotomia della base del polmone destro. L'angoscia, legata all'evocazione di questo traumatismo, rappresentava per lei quello che aveva vissuto psichicamente durante il periodo in cui aveva avuto bisogno dell'intervento.

Queste somatizzazioni appaiono soprattutto nel corso delle prime sedute ma, generalmente, si osservano, come abbiamo ricordato sopra, delle sensazioni soggettive di deformazione corporea. Queste permettono così al soggetto di affrontare alcuni nodi conflittuali del proprio passato. Ecco un esempio citato dalla mia collega Odile Dorqel-Drecq :

Una giovane donna mi è stata inviata dalla sua dietologa per dei problemi di bulimia notturna che interferiscono con le diete seguite dalla paziente e la mantengono in un peso che Daniela giudica eccessivo. Le sedute sono in un primo tempo verbali, frammezzate progressivamente da brevi

sedute di decentrazione. Gli effetti si traducono, come spesso accade, in un miglioramento del ricordo dei sogni notturni che diventano più numerosi, ma che lei sente riguardarla poco. Nel corso di una seduta, sente il proprio corpo gonfiarsi e ne esce a disagio. Il sogno ipnico che segue la lascia afflitta : vedeva una specie di grosso orso informe che piangeva, in una stanza rovinata e sporca.

Questo sogno rappresenta un effetto dell'oniroterapia. Per la prima volta, osa, almeno simbolicamente, riconoscersi. Poi ammette : questo orso, è lei. La seduta successiva le fa vivere in modo corporeo la propria angoscia a lasciarsi andare nella vita : si sentiva scivolare lungo un pendio e lottava molto forte per restare aggrappata al divano ... /... La decentrazione che seguì fu molto diversa e riguardò unicamente le sue mani: sentiva le sue palme girate e aveva desiderio di nasconderle sotto le proprie cosce. Ci fu allora un onda di ricordi: si rivide bambina, a scuola quando doveva presentare le sue mani all'istituttrice perché ne fosse verificata la pulizia. Il sentimento di umiliazione rivissuto allora provocò un'abreazione salutare.[3]

La perdita di riferimenti spazio-temporali indotta dalla decentrazione - ma liberamente accettata dal soggetto - corrisponde ad una specie di disintegrazione dello schema corporeo che precede l'insorgere dell'universo onirico sottoforma di immagini inizialmente discontinue e poi di scenari paragonabili a quelli evocati dallo svizzero Guilleroy nel suo *metodo delle immagini*, da Desoille nel *le rêve éveillé dirigé*, da Leuner nel suo *immaginario affettivo guidato* o da Clark nel suo *metodo fantasmatico* - scenari costituiti da oggetti e da personaggi in una scena immaginaria. Questa fase di decentrazione ha per oggetto di abbassare la vigilanza del soggetto, di modificare la percezione che ha di se stesso e di far sparire il quadro di riferimenti percettivi abituali. In questo contesto, la decentrazione è una fase direttiva, almeno durante le prime sedute, sia per guidare il soggetto verso lo stato ipnoide che per riportarlo al reale. Ma a partire dal momento in cui questa messa in condizione è ben vissuta, il terapeuta non ha più bisogno di intervenire, tranne in rare eccezioni, specialmente nei casi in cui deve manifestare la sua presenza rassicurante se l'ansia è troppo precoce o troppo intensa.

Questa sequenza onirica costituisce infatti solo una parte del trattamento che fa appello, come nelle altre oniroterapie, alle fasi successive: una fase maieutica (anamnesi, racconto orale o scritto dal paziente delle sedute precedenti, relazione delle sue esperienze di vita in un modo vicino alle psicoterapie di ispirazione psicanalitica), la fase di messa in condizione (decentrazione), una fase onirica (scenari immaginari) e una fase di maturazione (molto lunga, che corrisponde al tempo durante il quale il soggetto integra sul piano psichico e relazionale i cambiamenti legati al vissuto affettivo della psicoterapia), maturazione paragonabile al processo di « *perlaboration* » della cura psicanalitica.

Luthe, uno dei discepoli di Schultz, cita così nella pratica del training autogeno esempi di vissuti dolorosi a fitte lungo la colonna vertebrale, di sensazioni di colpi sulla testa, di pressioni toraciche, di accessi di tachicardia, di paure improvvise, di sensazioni di bruciore, di allucinazioni uditive o visive, di dolori articolari e di differenti parti del corpo. Ha l'idea di usare questi meccanismi a fine terapeutico: propone di prolungare gli esercizi del ciclo inferiore di Schultz domandando al paziente di « *mettersi in una condizione di accettazione passiva* », che implica, dice, « *un minimo di aiuto e di direzione da parte del terapeuta* ».

Luthe considera queste «scariche autogene» come dei processi di abreazione che egli chiama «*abreazioni autogene*». Nel corso di questo processo, egli mantiene una neutralità diversa dalla neutralità psicanalitica: questa non è destinata a favorire la proiezione del fantasma sul terapeuta, nella prospettiva di una nevrosi da transfert; essa permette solo al paziente di perseguire durante gli esercizi questo processo catartico. Queste abreazioni autogene si iscrivono nel quadro di un vissuto corporeo immaginario indotto da uno stato di attesa passiva del tutto analogo a quello che si osserva nella fase di decentrazione dell'onirotterapia di Virel. L'uso psicoterapeutico di questi fantasmi che si basa sul vissuto corporeo, spaziale e temporale immaginario favorisce infatti le abreazioni, permette ai fenomeni inconsci di mostrarsi spontaneamente, alle resistenze di prodursi, alle associazioni libere di farsi e di poter essere analizzate in modo del tutto paragonabile al quadro psicoanalitico classico. Le associazioni di idee che nascono nel paziente a partire da questi fenomeni psicosensoriali mostrano infatti che sono sempre in rapporto con la sua storia personale, con dei ricordi dimenticati, con delle pulsioni represses. L'elaborazione psichica di questi fenomeni con i pazienti permette di lavorare su un piano psicoterapico nella stessa dinamica che con il sogno, sia effettuato in seduta ad un livello subvigile - sogno da sveglia - sia un sogno notturno e oggetto di un racconto nel corso di una seduta.

Questo stato di attesa passiva sarà favorito dal terapeuta, nel senso in cui enuncia in generale una specie di regola fondamentale di associazione libera - non di idee - ma di sensazioni corporee, del tipo : «*Lei è in attesa, disponibile a tutto quello che arriverà dal suo corpo*» o anche : «*lasci venire ciò che arriva dal suo corpo*» oppure : «*accolga le sensazioni come arrivano*». Il terapeuta non dà altre precisazioni in modo da non indurre ciò che sarà vissuto sul piano corporeo.

Frederking, alla fine degli anni '40 ha utilizzato ugualmente il training autogeno di Schultz e constata che le rappresentazioni immaginative che appaiono in questo stato presentano delle somiglianze con quelle indotte dalla assunzione di mescalina come con quelle che possono apparire nel corso di una cura psicoanalitica.^[4] Si applicherà quindi a ricercarle in modo sistematico perché possiedono per lui lo stesso significato degli elementi del sogno; egli chiama il proprio metodo «*rilassamento profondo e simbolismo*».

Induce nei suoi pazienti un rilassamento corporeo progressivo nel corso del quale sono invitati a descrivere cosa provano. Frederking riferisce che i pazienti in generale passano da visioni poco strutturate a produzioni immaginative sempre più precise che esprimono un «*pensiero simbolico a cielo aperto*». Sostiene che nei suoi sogni così come in queste immagini simboliche l'uomo è condotto attraverso tutte le sfere della psiche e che questo percorso può avere degli effetti di trasformazione profonda.

Spiega che al momento dell'induzione della sensazione di pesantezza, invita il paziente a concentrarsi sui fenomeni visivi concomitanti immagini di macchie, punti o figure geometriche in modo che i «*suoi altri pensieri si dissolvano*». Disteso, con gli occhi chiusi, fissa alternativamente la sua attenzione sulle diverse parti del suo corpo e sulle sue produzioni immaginative, mentre il terapeuta lascia sviluppare i fenomeni percepiti da lui, senza proporre alcun esercizio né apprendimento.

Frederking, dopo aver sperimentato questo metodo con un centinaio di soggetti, sottolinea che questi fenomeni hanno un carattere involontario e che d'altra parte, per evitare di avere una influenza cosciente sullo svolgimento delle sedute, smette quasi completamente di intervenire

verbalmente a partire dalla seconda seduta. Dopo un primo periodo durante il quale si tratta di aiutare il soggetto a rilassarsi e a concentrarsi sulle proprie visioni, è frequente che appaiano fatica, leggeri battiti del cuore, tremolio delle palpebre. In una seconda tappa, Frederking descrive dei fenomeni di deformazione immaginaria del corpo che precedono la visione di oggetti più o meno distinti :

Le membra o a volte tutto il corpo trasformano la loro taglia e la loro forma. Le membra sembrano sia più lunghe sia più corte, gonfie o ristrette. Il corpo può pendere, girarsi o piegarsi da una parte e diventare pesante o anche si abbassa, sale dritto o in modo obliquo, eccetera.

Il contorno degli oggetti percepiti finisce di precisarsi nel corso delle sedute : ci sono spesso una casa, un albero, un fiore. Infine, gli oggetti e i personaggi si muovono in una scena, come in uno scenario, come nel *rêve éveillé* di Desoille o nell'oniroterapia di Virel.

Gli avvenimenti riferiti dal paziente hanno per Frederking il carattere di un vero sogno. Sono vissuti come delle percezioni che non si possano influenzare volontariamente. In queste tutto può trasformarsi superando le frontiere del tempo e dello spazio. « *Si forma, per così dire, davanti agli occhi e davanti al corpo del paziente un mondo nuovo* ». Questo descrive il vissuto corporeo immaginario del paziente come un vissuto di mobilitazione in uno spazio immaginario da cui quest'ultimo si sente trasformato. Descrive anche delle trasformazioni di percezioni immaginarie visive che partono spesso da un fondo grigio o colorato da cui sorgono diversi oggetti. Il paziente si sente così fluttuare o abbassare, sente di trovarsi all'interno di una scena, di sprofondare in una cavità o di salire verso l'universo ...

Anche le dimensioni del tempo sono oggetto di modificazioni: gli avvenimenti di una giornata possono svolgersi in pochi minuti e percorrere degli spazi giganteschi.

Il movimento del corpo immaginario si svolge dunque in uno spazio immaginario e in una dimensione temporale immaginaria , queste diverse categorie sono caratteristiche dello spazio del sogno ... Come dice Guillerey a proposito di quello che chiama «*rêverie dirigé*» , questa ha per scopo di « *trasformare gli antagonismi della coscienza in un conflitto di tendenze motorie*» fino alla risoluzione di questo conflitto. L'attenzione del sognatore attirata così dal terapeuta sulle sensazioni tattili cenestesiche immaginarie permette la messa in scena dell'io corporeo immaginario in uno scenario a sua volta immaginario in cui si svolgerà l'azione di un'auto-dramma paragonabile ad uno psicodramma interiore.

Concluderò con questa frase di Singer :

«L'immaginazione umana, i sogni allo stato di veglia o del sonno e i fantasmi rappresentano una forza di vita creativa e di auto-realizzazione. Questa capacità di creare delle immagini e dei ricordi viventi, di esplorare il passato e le vie del futuro, costituisce un'importante risorsa psicologica.[5] »

[1]SAMI-ALI (1977). Corps réel, corps imaginaire, Paris, Dunod.

[2]GEISSMANN P. (1968) Verbalisation des affects et des perceptions pendant les exercices du Training Autogène, Revue de Médecine Psychosomatique, 10, 2, p. 140

[3]DORKEL-DRECQ O. (1987) La décentration, in HISSARD M.I. Les relaxations thérapeutiques aujourd'hui, Paris, L'harmattan/IFERT, Tome II, p. 197-229

[4]FREDERKING W.(1948) Über die Tiefenentspannung und das Bildern, Psyche, 2,p. 211-228.

[5]SINGER J.L. (1980) **Les fantasmes créateurs**, Montréal, Editions de l'homme, 1981, trad. p.12-13