
LE DINAMICHE DEL DOLORE SOCIALE NEI RAPPORTI UMANI

*N. Michel Landaiche, III***
traduzione di Claudia Chiaperotti

Riassunto

Lo studio delle dinamiche del dolore sociale può aiutare a spiegare e risolvere i comportamenti interpersonali aggressivi e di evitamento, che hanno caratteristiche di intensità, intrattabilità, e sono di solito accompagnati dalla perdita del funzionamento dello stato dell'Io Adulto. La natura necessariamente interpersonale di queste dinamiche di sofferenza può anche comportare un coinvolgimento “invalidante” per i professionisti che operano con queste problematiche affettive e comportamentali, influenzandone il lavoro.

Abstract

UNDERSTANDING SOCIAL PAIN DYNAMICS IN HUMAN RELATIONS

Understanding social pain dynamics can help explain and resolve avoidant and aggressive interpersonal behaviours that have an intense, intractable quality, typically accompanied by loss of Adult ego state functioning. The necessarily interpersonal nature of these pain dynamics can also involve and disable the professional, which has implications for working with these affective and behavioural dilemmas.

Comportamenti veementi e intransigenti

Da tempo, in quanto terapeuta, consulente di gruppi ed insegnante, mi interesso di comportamenti di estrema aggressività o evitamento che possono risultare distruttivi per i rapporti umani; vale a dire isolamen-

* L'articolo di N.M. Landaiche *Understanding social pain dynamic in human relations*, è stato pubblicato in «Transactional Analysis Journal», vol. 39, n. 3, July 2009. Viene qui tradotto e pubblicato con il permesso dell'ITAA e dell'autore.

** N. Michel Landaiche, III, psicoterapeuta allo “Student Counseling Center” della Carnegie Mellon University (e-mail: mlandaiche@gmail.com).

to, accusa, esclusione, aggressione. La qualità di questi comportamenti, spesso intensi e violenti li rende difficili da cambiare, in particolar modo se la persona allo stesso tempo perde la propria capacità riflessiva (vale a dire il funzionamento dello stato dell'Io Adulto).

Nell'ultimo decennio questo interesse mi ha portato a studiare il dolore e in particolare le dinamiche del dolore che sono attivate a livello interpersonale o sociale (tecnicamente si parla di "dolore sociale" – *social pain* – come si vedrà nei successivi paragrafi). Ho altresì preso coscienza del mio modo di reagire con dolore durante il lavoro professionale, il che, credo, ha implicazioni in quegli ambiti – terapeutico, di consulenza e di formazione in campo educativo – in cui è in gioco il dolore sociale.

Considerazioni non del tutto ovvie

Il fatto che le relazioni umane possano causare dolore sembra incontestabile, perfino ovvio. Ma, come si vedrà tra breve, a differenza del dolore fisico, non si è sempre consapevoli del dolore sociale e quindi non sempre esso viene riferito dai nostri clienti o dagli studenti. Talvolta viene negata con vigore la sola possibilità del dolore sociale. Inoltre, può essere difficile desumerne l'esistenza nelle persone, dato che alcuni dei comportamenti che sono motivati dal dolore sociale non sono quelli tipicamente associati al dolore (tagliar fuori, intellettualizzare, agire con ostilità, freddezza, pregiudizio o indifferenza, interagire sulla base di percezioni distorte). A tutto ciò si aggiunge il fatto che la nostra valutazione (*assessment*) professionale può venire ostacolata dal nostro stesso rimanere coinvolti ed interagire con dolore con i pazienti o con gli allievi.

Mi preme soprattutto chiarire perché, secondo me, nei nostri interventi legati al dolore sociale dobbiamo superare la comprensibile inclinazione all'empatia e ad alleviare la pena quando ci troviamo di fronte a qualcuno che soffre. Come professionisti può essere estremamente difficile mantenere e facilitare un atteggiamento di "tranquilla comprensione" data la fisiologia del dolore, così come è difficile per i nostri clienti e studenti sopportare questa condizione umana sufficientemente a lungo, finché il dolore si affievolisca, senza farsi prendere da comportamenti che diventino abitudini distruttive. La soluzione quindi può non essere quella che ci pare la più intuitiva.

Aspetti della teoria del dolore sociale

“Dolore sociale” è un termine usato nella ricerca sociale cognitiva, in cui la risonanza magnetica funzionale per immagini (functional Magnetic Resonance Imaging – fMRI –) ha evidenziato come le stesse regioni cerebrali che vengono attivate durante episodi di dolore *fisico* siano attive anche nel corso di esperienze in cui i soggetti studiati dicevano di sentirsi rifiutati, ostracizzati o esclusi (Eisenberger et Al., 2006; Eisenberger, Lieberman, 2005; Eisenberger et Al., 2003; Lieberman, Eisenberger, 2005). Il termine “dolore sociale” si usa per distinguerlo dal dolore fisico ma soprattutto per sottolinearne il contesto relazionale. Altri ricercatori hanno rilevato anche che la risposta al dolore sociale pare venga alleviata dall’uso della corteccia prefrontale ventrale destra, o in altre parole, pensando in maniera più obiettiva e meno reattiva (Eisenberger et Al., 2003).

Vi sono quattro aspetti, tutti collegati fra loro circa il dolore sociale, che a mio parere sono importanti per comprendere questo fenomeno.

Il primo è l’impulso automatico che arriva con l’attivazione nel cervello della matrice del dolore, che ci fa adottare rapidamente una misura correttiva e poi fa sì che apprendiamo dall’esperienza.

Il secondo aspetto ha a che fare con il dolore della separazione (*separation distress*), particolarmente evidente nei bambini piccoli quando vengono separati da chi si prende cura di loro primariamente e che traspare anche da espressioni colloquiali quali “una rottura dolorosa” o “una perdita straziante.”

Il terzo è la reazione fisiologica che lo psichiatra Herbert Thomas (1997) ha chiamato “la vergogna in risposta al rifiuto.”

Il quarto aspetto, poi, riguarda la correlazione tra violenza affettiva ed interpersonale.

Attivazione della matrice del dolore ed apprendimento inconsapevole

La matrice del dolore fa riferimento alle strutture cerebrali tipicamente associate al dolore fisico, e cioè la corteccia anteriore dorsale e rostrale del cingolato, la corteccia somatosensoriale, l’insula, la regione periacqueduttale grigia e la corteccia prefrontale ventrale destra (Lieberman, Eisenberger, 2005). Utilizzando la tecnologia fMRI vediamo che queste stesse strutture “si accendono” in risposta ad un rifiuto o persino alla percezione della minaccia di un rifiuto.

Berne, anche se nei suoi scritti non c'è molto riguardo al dolore (e ai suoi tempi non si parlava ancora del concetto di dolore sociale), si rendeva chiaramente conto, tuttavia, dell'importanza di questa dinamica interpersonale quando scriveva:

Nella mia esperienza, un notevole numero di ricoveri ospedalieri si sono verificati poco dopo che il paziente si era sentito augurare da una persona cara (o anche da una persona odiata) di 'cascar morto' (Berne, 1972).

Tanto devastante può essere il dolore sociale.

Per cercare di spiegare l'intensità di queste reazioni i ricercatori ipotizzano che, in termini evolutivi, la preesistente matrice del dolore fisico sia stata chiamata a segnalare anche il dolore sociale in quanto storicamente l'inclusione nel gruppo è stata essenziale per la sopravvivenza umana (Williams et Al, 2005). Di fronte ad un rifiuto che mette a rischio la sopravvivenza, una persona vuole agire immediatamente. Come per il dolore fisico, le reazioni al dolore sociale assicurano un'azione correttiva rapida ed automatica, nonché un apprendimento analogamente avversivo che ha lo scopo di evitare futuri comportamenti sociali dannosi. È il meccanismo che ci fa ritrarre rapidamente la mano dopo aver toccato qualcosa che scotta e poi fare attenzione a non toccare più nulla di simile. Allo stesso modo i comportamenti evitanti vengono appresi e in seguito scattano automaticamente e inconsapevolmente. Non sorprende quindi che questa capacità di agire con rapidità lasci poco spazio per pensare o per dialogare.

Il dolore della separazione

Paul MacLean, il neuroscienziato che ha proposto l'idea del «cervello trino» (1990) dell'essere umano, ebbe a dire che:

un senso di separazione è una condizione che rende così doloroso l'essere un mammifero (MacLean, 1993).

Ciò è particolarmente vero se il rimanere a stretto contatto con i propri cari fa la differenza tra la vita e la morte. Questo pressante bisogno di contatto e il corrispondente pericolo derivante dalla separazione si esprime nei cuccioli dei mammiferi sotto forma di urla acute per il dolore della separazione, urla che Panksepp (1998) collega a stati di acuta

sofferenza che sono alleviati dal rilascio di oppioidi nel cervello. Inoltre, lo *stress* e il dolore associati alla separazione ed alla perdita sono chiaramente attivi, in vario grado, nel corso di tutta la vita, così come la sensibilità verso il rifiuto. Certo, può disorientare il fatto che il dolore sociale abbia come causa non solo il rifiuto ma anche la separazione. Dopo tutto, il rifiuto ha una connotazione più ostile, mentre la separazione la si può considerare in modo più neutro, come mera distanza fisica, o come un modo per differenziarsi o per individuarsi. Ciò che collega il rifiuto e la separazione al dolore sociale non è tanto l'intenzione di chi agisce il rifiuto o la separazione, ma quanto la persona che soffre senta pericolosa la rottura interpersonale.

Questo può spiegare perché l'intensità del dolore sociale sembra essere direttamente correlata alla significatività della persona o delle persone che agiscono il rifiuto o persino di chi ne è testimone (Thomas, 1997). Thomas nota anche che pare esserci una correlazione inversa tra l'intensità del dolore e il grado di maturità psicologica, vale a dire la capacità di «separazione psicologica dai propri cari, particolarmente quelli dell'infanzia» (Thomas, 1997). Questa valenza della maturazione è stata osservata anche da altri ricercatori nello studio del dolore fisico cronico (Eisenberger et al., 2006; MacDonald, Kingsbury, Shaw, 2005). Ne consegue che nel lavoro con le dinamiche del dolore sociale è necessario adottare una prospettiva evolutiva, dove per imparare a gestire e ridurre questo dolore è necessario che tutti maturino un po', clienti, studenti e professionisti che se ne occupano.

La vergogna come risposta fisiologica

All'attivazione della matrice del dolore, particolarmente in situazioni socialmente angosciose, si associa una pronunciata reazione fisiologica in tutto il corpo. Già Darwin (1872), nei suoi scritti sulle emozioni, prefigura il collegamento che faranno poi i ricercatori dei nostri giorni tra il dolore sociale e le esperienze riferite a vergogna, umiliazione e imbarazzo e così pure tra dolore sociale e risposte fisiologicamente osservabili: rossore, aumento del battito cardiaco, postura incurvata, sguardo sfuggente, capacità cognitive ridotte. Come nota English (1975) nel suo ormai classico articolo *Vergogna e controllo sociale*,

Provare vergogna è avere una reazione psicosomatica (English, 1975).

In un suo scritto sulle «posizioni esistenziali», Ernst (1971) ipotizza una complessa relazione tra la vergogna come risposta, il senso di rifiuto (o di inferiorità) e gli scoppi d'ira. Egli mette in relazione arrossire, provare imbarazzo, sentirsi stupido ed essere impacciato con la posizione «Io non sono OK – Tu sei OK», mentre collera, volto congestionato, arrabbiatura sono in relazione con la più aggressiva posizione «Io sono OK – Tu non sei OK». Queste posizioni apparentemente contrastanti, in alcuni casi finiscono con l'essere fisiologicamente e psicologicamente simili.

Anche se nel presente articolo cito autori i cui riferimenti alla risposta della vergogna sono compatibili con le reazioni al dolore sociale, io non considero vergogna e dolore sociale come equivalenti. La vergogna come risposta fisiologica è solo un aspetto del dolore sociale. E la vergogna è culturalmente e fisiologicamente un argomento complesso su cui sono stati scritti interi volumi. Per chi voglia una concisa rassegna della letteratura, quella di Erskine (1994) è ancora valida a 15 anni dalla pubblicazione. Anche un intero numero del «Transactional Analysis Journal» (O'Reilly-Knapp, 1994) è stato dedicato al tema della vergogna, in parte sulla scia di un convegno ITAA del 1993 incentrato sullo stesso argomento, di cui James (1993) ha raccolto e curato gli atti. Tuttavia, alcune delle cose che sono state scritte a proposito della vergogna possono gettare luce sul fenomeno del dolore sociale, di cui ci occupiamo qui. Per cui vorrei ora semplicemente notare che, come molti hanno osservato, quando si risponde con la vergogna, spesso questa è il segno di un rifiuto interpersonale. Come vedremo tra breve, la violenza del rifiuto può essa stessa, paradossalmente, derivare dalla vergogna e dal dolore sociale.

Violenza affettiva e interpersonale

Poiché il dolore sociale scorre in tutto il corpo parrebbe esserci una relazione diretta tra la violenza con cui esso viene percepito e la violenza dell'azione volta ad eliminarlo. Scrive Hyams (1994)

Più profonda è la vergogna, tanto più violento è l'odio (Hyams, 1994).

Anche Darwin (1872) aveva notato negli esseri umani come negli animali questa «tendenza ad agire con violenza quando si è preda di una estrema sofferenza». E aggiungeva:

Un grande dolore stimola tutti gli animali – e lo fa da innumerevoli generazioni – a fare i più diversi e violenti sforzi per sfuggire alla causa della sofferenza (Darwin, 1872).

Sfuggire ad una intensa sofferenza affettiva, in particolare se derivante da un rifiuto interpersonale, dall'umiliazione o da una perdita insopportabile, è ciò che, secondo Gilligan (1996/2000) sta alla base dei più gravi atti di violenza interpersonale. Gilligan, come Thomas, giunse a questa conclusione dopo anni di lavoro clinico nei penitenziari degli Stati Uniti.

E però non tutti gli atti di aggressione e di violenza che scaturiscono dal dolore sono rivolti verso l'esterno. Alle volte sono rivolti a se stessi, come chi si procura un taglio per ridurre un dolore sociale insopportabile, o chi recrimina aspramente contro se stesso come risposta al fatto di essere ostracizzato. In altri casi la violenza prende la forma di un ritiro o di un evitamento estremi. Scrive Thomas:

Per evitare tale dolore la persona ... può ritirarsi e vivere un'esistenza solitaria ... tanto che col tempo gli altri la considereranno eccentrica, ed essa diverrà paranoica o sarà diagnosticata psicotica (Thomas, 1997).

Come ci si può aspettare, tutte queste risposte comportamentali sembrano accompagnarsi ad un crollo o deterioramento cognitivo, il che rende estremamente difficile accedere allo stato dell'Io Adulto anche se, come si dirà più avanti, gli stati dell'Io Genitore e Bambino possono assumere un ruolo di supporto in quello che è principalmente un processo non egoico.

Verso un modello maggiormente transazionale

Le ricerche sul dolore sociale si sono accentrate principalmente sulla fisiologia dell'individuo, sulla sua risposta e sul suo repertorio comportamentale. La funzione del dolore sociale è a sua volta concettualizzata sulla base dei vantaggi che offre all'individuo in termini di sopravvivenza. Per comprendere, tuttavia, il dolore sociale come un processo interpersonale, credo sia importante prendere in considerazione il ruolo del gruppo, specialmente perché il gruppo è composto da individui ciascuno dei quali ha le proprie matrici del dolore che possono essere attivate. Uso il termine 'gruppo' qui per intendere un qualsiasi collettivo socialmente significativo, sia esso una famiglia, un'organizzazione o una comunità.

La funzione sociale del rifiuto

Rifiutare un'altra persona e causare dolore sembra una cosa che tutti vorremmo evitare. Tuttavia se gli individui hanno sviluppato evolutivamente la capacità di evitare di venire esclusi dal gruppo, allora si deve essere sviluppato contemporaneamente da parte del gruppo anche l'impulso a rifiutare per scopi almeno parzialmente adattativi. Parrebbe che il gruppo dovrebbe trarre vantaggio dal rimanere compatto, anche se non in maniera incondizionata. Vale a dire che, proprio come un organismo deve talvolta espellere o scacciare ciò che è potenzialmente pericoloso (microbi che causano infezioni, cibo guasto, pensieri spiacevoli), così anche i gruppi si trovano ogni tanto a dover prendere atto che per la loro sussistenza devono sbarazzarsi di individui problematici. Berne (1963) notava che

se un pericolo è troppo grave, il gruppo cercherà di scacciare l'agitatore (Berne, 1963).

aggiungendo che:

la cacciata [oltre il confine, dal gruppo] è detta espulsione, scomunica o esonero; all'esclusione ci si riferisce con termini come fallimento o rifiuto (Berne, 1963).

Naturalmente, il presunto vantaggio di tale espulsione dipende in parte dall'accuratezza con la quale il gruppo ha valutato la minaccia, il che è sempre discutibile, dato che la strategia del dolore è "prima agisci e poi pensa."

Certo non tutti i problemi o i pericoli del gruppo richiedono misure tanto estreme. Certe volte il gruppo deve semplicemente serrare le fila e riportare rapidamente nei ranghi i membri che sbagliano anziché espellerli. Il dolore sociale è un mezzo molto efficace per produrre un tale inconsapevole apprendimento o condizionamento avversivo. L'apprendimento indotto dalla sofferenza può così andare a favore degli sforzi coordinati del gruppo e delle sue attività. Altre specie hanno sviluppato analoghe norme automatiche e sistemi di comportamento per rafforzare e coordinare la maniera di raggrupparsi, di aggregarsi, affollarsi e accalcarsi. English (1994) ad esempio pensa che

la vergogna e il vergognarsi rappresentino una particolare dinamica di tipo evolutivo che svolge un ruolo importante per conservare i principi nelle società umane (English, 1994).

Il ruolo normativo del dolore sociale e di certe esperienze di vergogna chiarisce un'altra serie di comportamenti motivati dal dolore: quelli tesi a conformarsi o ad imporre il controllo sociale. Nonostante che la letteratura sul dolore sociale e sulla vergogna sia piena di storie di evitamento e di aggressione, poco si è detto sul condizionamento avversivo che può seguire alla risposta al dolore. Naturalmente, comportamenti mirati ad ottenere adattamento o controllo sociale possono essere molto meno drammatici di quelli evitanti e aggressivi. Spesso non li si collega neppure al dolore sociale, dal momento che l'individuo pare essere incluso e il gruppo sembra costituire un fronte unito. Ma anche se ognuno si comporta al meglio, rapporti apparentemente armoniosi possono basarsi sul fatto che tutti si uniformano, sotto pena di gravi sofferenze per il trasgressore o l'individualista. In questi casi il sistema è scarsamente flessibile, sia in senso comportamentale sia cognitivo e, come succede con i comportamenti più clamorosi, per gli individui e i gruppi intrappolati in una modalità di adattamento/controllo diventa quasi impossibile riflettere o fare scelte differenti.

Il dolore reciprocamente attivato

Sappiamo che coloro che sono rifiutati dai loro cari provano dolore sociale, ma cosa succede nella matrice del dolore di chi respinge? Se diciamo che ognuno nel gruppo ha una qualche sensibilità al dolore sociale e che gli individui spesso reagiscono al dolore sociale agendo in modo evitante o aggressivo, si può ragionevolmente dedurre che l'estensione di queste dinamiche al livello del gruppo può portare all'evitamento (*shunning*), ad ostilità rabbiosa o ad altre forme estreme di rifiuto o di controllo. Di conseguenza, anche se che io sappia non sono stati fatti studi che utilizzassero la fMRI a livello di gruppi, la mia ipotesi è che comportamenti di rifiuto o di controllo da parte di un gruppo siano essi stessi il risultato di dolore sociale.

Si consideri la situazione classica in cui un gruppo respinge (o cerca di controllare minacciando il rifiuto) un individuo che viene percepito come minaccia aberrante. Questo individuo potrà, comprensibilmente,

provare dolore e reagire di conseguenza. Ma se prendiamo in esame la situazione un attimo prima che la risposta del gruppo si manifesti con il rifiuto, è plausibile pensare che il gruppo soffrisse intensamente sentendosi minacciato dalla deviazione dell'individuo o dalla sua separazione dal gruppo. Lewin (2000) fa un analogo collegamento tra il dolore della separazione che prova un individuo e la violenza del successivo sfuggire ai propri cari. Quindi a livello di gruppo possiamo pensare i "diversi e violenti sforzi" che il gruppo fa come tentativi non consci di limitare e correggere la dolorosa minaccia della separazione. Se il pericolo percepito (e il dolore che lo accompagna) è eccessivo, l'individuo verrà estromesso; altrimenti, il rifiuto avrà come conseguenza non solo il dolore ma un provvedimento correttivo e un apprendimento avversivo. Se tutto funziona, nella logica del dolore sociale, l'equilibrio del sistema è ripristinato: non solo l'individuo avrà imparato a non farlo più, ma anche il gruppo avrà appreso e da quel momento la matrice del dolore collettiva si attiverà se allertata da certi comportamenti preconcepiuti, che rappresentino un'effettiva minaccia oppure no. Come sappiamo bene, le conseguenze dell'errata percezione di una minaccia a livello sociale e politico possono essere tragiche.

Eppure, una volta che si mette in moto questa spirale sistemica e inconsapevole del dolore sociale, diventa quasi impossibile per chiunque nella famiglia, nell'organizzazione o nella comunità individuare la causa iniziale o il colpevole. Tutti sono implicati in un modo o nell'altro.

Vulnerabilità professionale

Se il comportamento dei membri del gruppo al suo interno è interrogato fisiologicamente dal dolore sociale, queste stesse dinamiche devono regolare anche il comportamento diadico della coppia terapeutica, come certamente avviene nella inevitabile intimità del lavoro professionale (Cornell e Landaiche, 2006). In un mio precedente articolo (Landaiche, 2007) parlavo della "condivisione corpo-mente" come processo umano fondamentale di regolazione reciproca affettiva e cognitiva – un processo interindipendente, comunicativo e corporeo. Tale scambio interpersonale, in gran misura non conscio, si verifica soprattutto quando occorre facilitare l'apprendimento e la crescita. Questo processo, tuttavia, nel nostro ruolo professionale ci rende altamente vulnerabili al dolore sociale. Quando non rimaniamo emotivamente invischiati o non veniamo "attiva-

ti” da queste dinamiche di rifiuto e dolore, ci riesce relativamente agevole individuarle nei nostri pazienti o allievi, ma se ci lasciamo prendere dal meccanismo rischiamo di scivolare noi stessi in queste modalità fatte di ritiro e aggressione o di conformarsi/controllare. Per dirla con Darwin,

le nostre facoltà mentali diventano confuse; perdiamo la nostra neutralità professionale (Darwin, 1872).

Sulla scorta della mia esperienza e di discussioni con altri professionisti, la nostra vulnerabilità sembra legata a tre possibili fattori.

Il primo riguarda la sensibilità, ereditata o appresa, al rifiuto, ovvero l’allerta verso ogni possibile segno di rifiuto e l’intensità con cui poi registriamo il dolore sociale. Tale sensibilità può venire sollecitata da comportamenti pazienti/studenti che sono motivati a loro volta dal dolore, e che possono ritirarsi da noi, o agire con ostilità, oppure comportarsi talmente bene o insistere nel controllarci tanto strettamente da rendere impossibile qualsiasi transazione autentica. Tradizionalmente un tale coinvolgimento professionale verrebbe considerato una reazione di controtransfert.

Il secondo fattore che può causare vulnerabilità deriva dal fatto che possiamo effettivamente dipendere dai nostri pazienti o allievi per averne un introito, o una soddisfazione professionale, o un incremento della clientela; in altre parole per poter continuare a ricoprire ed accrescere il nostro ruolo professionale. Questa dipendenza è analoga a quella degli esseri umani nei gruppi primari o nella famiglia, dove inclusione ed accettazione sono essenziali per la sopravvivenza. Qualsiasi cosa possa dunque rappresentare una minaccia per la nostra vita professionale può provocare la risposta che consegue ad un dolore intenso, accompagnata dalle consuete reazioni avversive ed evitanti.

L’ultimo fattore è essenzialmente un rischio del mestiere. Il nostro lavoro ci richiede di raccogliere non solo informazioni cognitive, conce (sulla vita dei pazienti), ma anche informazioni di natura fortemente emotiva, non conce (sui loro ambiti intimi e relazionali affettivi). Proprio per la natura stessa di queste informazioni non abbiamo altra scelta se non di raccogliercle con sensibilità somatica o risonanza empatica prima di elaborarle a livello cognitivo. Nel far ciò, tuttavia, il dolore dell’altro può diventare il nostro. Infatti l’empatia attiva la stessa matrice del dolore che avverte del dolore fisico o sociale (Jackson, Meltzoff e Decety, 2005;

Singer et al., 2004). Una volta sollecitata la matrice del dolore, anche se non c'è ragione di pensare che vi sia un effettivo pericolo di rifiuto, parte la risposta automatica al dolore e possiamo finire per adottare comportamenti che danneggiano la relazione terapeutica con i pazienti o gli allievi.

Diagrammare le transazioni del dolore sociale

Ho cercato fin qui di illustrare il mio pensiero riguardo a questo complesso fenomeno; ora propongo un metodo più semplice per analizzare le transazioni del dolore sociale.

Nel disegnare un diagramma di queste transazioni non tracciamo la comunicazione di contenuti o costrutti cognitivi originati dagli stati dell'Io. In questo caso rappresentiamo la comunicazione o la trasmissione (1) di un'intenzione rudimentale, viscerale ed anche la sua ricezione e successiva interpretazione (2). Trasmissione e ricezione/interpretazione non sono però necessariamente simbolizzate o coscienti ma si svolgono a livello somatico o percepito. Per indicare tale livello somatico di comunicazione ho tracciato due linee ondulate (v. Fig. 1) per dare l'idea di uno strato di 'pelle' che racchiude gli stati dell'Io entro corpi che inviano e ricevono messaggi, spesso in maniera inconsapevole, indipendentemente da qualsiasi interazione esplicita.

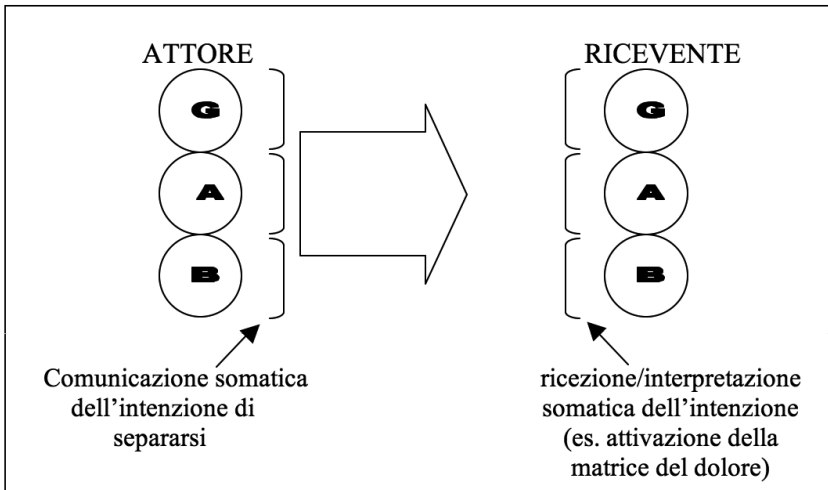


Figura 1: Transazione del dolore sociale

Trasmettere l'intenzione

Nella rappresentazione schematica abbiamo indicato un attore che trasmette l'intenzione di separarsi dal ricevente. Uso la frase 'intenzione di separarsi' per intendere un'ampia gamma di possibili azioni, dal chiaro rifiuto del ricevente, al volergli bene "a condizione che..." o al semplice mantenere la propria individualità; ma con questa frase sintetica voglio anche dare l'idea che la gamma e la possibile complessità delle intenzioni dell'attore conducono poi alle stesse implicazioni per il ricevente che prova il dolore sociale.

Inoltre, l'attore può trasmettere l'intenzione indipendentemente da quanto viene comunicato esplicitamente con le parole o con il comportamento provenienti da qualsiasi stato dell'Io. Ad esempio, posso dire qualcosa che nelle mie intenzioni è positivo, ma la mia postura, il respiro o il tono di voce possono comunicare qualcos'altro, dal disagio alla preoccupazione, fino alla repulsione. Per contro, posso dire qualcosa di apertamente critico o svalutante che compenso però col calore emotivo, la naturalezza del fisico, la vivacità dello sguardo. Tutto ciò differisce da quelle che chiamiamo transazioni ulteriori e che avvengono tra specifici stati dell'Io, in quanto gli scambi descritti originano e vengono trasmessi dal corpo e non da stati dell'Io strutturati, coscienti o meno.

Ricevere/interpretare l'intenzione

Per quanto l'intenzione dell'attore fosse più complessa, la risposta di dolore sociale del ricevente indica che la separazione è percepita come una pericolosa rottura o un rifiuto minaccioso. Inoltre, ricezione ed interpretazione avvengono simultaneamente; vale a dire che, se l'intenzione è avvertita come un doloroso rifiuto, l'interpretazione del ricevente sarà che l'attore l'aveva intesa in quel modo. Anche qui l'interpretazione non avviene necessariamente in uno stato dell'Io strutturato, ma è piuttosto una conclusione primitiva ed istintiva a cui si perviene in risposta alla percezione di una minaccia. (Si veda anche Ligabue, 2007, nella trattazione su come distinguere tra processi corporei, stati dell'Io e sviluppo del copione).

Mettere da parte un contenuto dell'altro stato dell'Io

Nello schema di Fig. 1 le due linee ondulate rappresentano delle barriere alla trasmissione e ricezione di altri contenuti comunicativi pro-

venienti da uno stato dell'Io verso un altro. Secondo me, qualsiasi contenuto, espresso a parole oppure basato sul copione, risulta secondario rispetto alla trasmissione e ricezione/interpretazione dell'intenzione di separarsi. L'attivazione somatica essenzialmente scavalca (e mette da parte) qualsiasi messaggio dagli stati dell'Io che non sia coerente con la trasmissione dell'attore di una separazione e con la dolorosa interpretazione che ne fa il ricevente. Anche se possono avvenire contemporaneamente diverse altre transazioni, praticamente sovrapponibili al diagramma del dolore sociale, non mi focalizzerei su queste come prima cosa. Senza aver prima risolto la reazione del dolore sociale non si può avere accesso a quei contenuti più complessi, né si possono prendere nuove decisioni.

Ruolo dello stato dell'Io Adulto

Nonostante il fatto che l'analisi delle transazioni del dolore sociale non richieda l'analisi del copione, di per sé, nondimeno lo stato dell'Io Adulto svolge un ruolo essenziale nel risolvere comportamenti causati da dolore abituale. Questo ruolo però non è tanto quello di valutare e ricodificare il contenuto di copione (sebbene questo sia implicato nel processo), quanto di riconoscere come prima cosa che il dolore c'è (o c'è stato) e che è probabile che sia la causa di una particolare risposta comportamentale intransigente. L'efficacia dell'Adulto in questo caso non è tanto in termini di cosa pensa, ma del fatto che sta pensando. Nella misura in cui lo stato dell'Io Adulto rappresenta l'attivazione della corteccia cerebrale, tale attivazione corticale pare attenuare l'attivazione della matrice del dolore. Solo allora, cessato il dolore di cui normalmente non si è consapevoli e recuperate più complesse capacità cognitive, è possibile incominciare a districare i contenuti degli altri stati dell'Io e prendere nuove decisioni esistenziali. Inoltre, dato che il dolore sociale è attivato e regolato a livello collettivo, la capacità della persona di rimanere nel suo Adulto può interrompere il circolo vizioso di dolore/punizione, contribuendo ad attenuare anche gli altrui stati di attivazione.

Analisi della transazione

Analizzando la transazione del dolore sociale (v. Fig. 1), mettiamo il paziente o lo studente nella posizione del ricevente. Il ruolo dell'attore è svolto da un "altro significativo", che può essere una figura parenta-

le o magari qualcuno che funge da terapeuta, consulente, insegnante. L'assegnazione di tali ruoli statici non evita la natura circolare delle dinamiche del dolore sociale; dopo tutto, anche chi riceve un rifiuto può a sua volta adottare comportamenti respingenti. Ma dobbiamo rompere il circolo da qualche parte. Questa semplificazione ci dà modo di considerare, con la collaborazione del paziente, un singolo evento che ha fatto precipitare le cose, riuscendo così a capire che certi comportamenti sono reazioni al dolore sociale.

Una volta identificata la reazione al dolore cerchiamo di immaginare cosa ha fatto l'attore per causare la sensazione di rottura. Sulla base della mia esperienza, a meno che il paziente sia gravemente psicotico, spesso si rende conto benissimo del comportamento dell'attore. È l'interpretazione che può essere largamente, spesso insensatamente, errata. Se per prima cosa si ricostruisce alla lettera il comportamento dell'attore, il paziente riesce poi più facilmente a riconoscere e comprendere l'esperienza di sentirsi respinto e capire perché da quell'esperienza sono derivate certe reazioni e certi comportamenti.

Diventa quindi possibile disgiungere l'azione dall'intenzione (precedentemente un tutt'uno per il ricevente). Ciò significa considerare ed immaginare l'effettiva intenzione dell'attore. Quando si sia ripristinata la capacità di pensare, questo mutamento di prospettiva di solito non è difficile da fare per il ricevente in quanto tutti abbiamo in genere una qualche idea di cosa passa per la testa della persona o delle persone da cui abbiamo ricevuto un rifiuto. C'è di più: come vedremo tra breve, questo passaggio ad una maggiore obiettività normalmente cambia drasticamente l'esperienza del rifiuto, col che il dolore si riduce a livelli tollerabili anche nel caso in cui l'intenzione dell'attore era effettivamente un deciso rifiuto.

Affrontare le difficoltà

Quando alla base di comportamenti intensi ed intransigenti vi è la reazione al dolore sociale, diverse sono le difficoltà da affrontare nel cercare di cambiare tali comportamenti: 1. identificare i segni della risposta al dolore sociale; 2. incarnare l'accettazione del dolore; 3. passare ad una posizione di obiettività rispetto alla transazione; prendere coraggio attivandosi nel mondo esterno.

Identificare i segni

Nella maggior parte dei casi non possiamo basarci sul racconto diretto del dolore sociale perché, come si è detto, pazienti e studenti spesso non sono consapevoli del dolore e fanno di tutto per evitarne la consapevolezza. Questo può essere, e del tutto comprensibilmente, uno sforzo per tenersi alla larga dal dolore. Il dolore sociale, quindi, si può spesso desumere da un mix di segni fisiologici, di comportamento e di narrazione.

Ad esempio, riguardo alla reazione fisiologica e ai comportamenti non verbali associati alla vergogna, English (1994) scrive:

Alcuni indizi che possono far pensare che il paziente nasconde perfino a se stesso qualcosa che ha a che fare con la vergogna sono i fugaci mutamenti nell'espressione del viso e del corpo durante una seduta, soprattutto se differiscono dal normale comportamento della persona, o se sono esagerati. Il paziente può arrossire, evitare il contatto visivo, stare a capo chino, agitarsi sulla sedia, balbettare o mormorare, parlare esitando, fare risatine fuori luogo (English, 1994).

Tali indizi fisiologici e di comportamento possono comparire mentre il paziente parla della sua vita o interagisce con il terapeuta.

Secondo la mia esperienza, i più significativi indicatori di dolore sociale si trovano nei racconti dei pazienti, che possono descrivere evitamenti interpersonali, accuse, l'attribuzione di ostilità e intenzioni di rifiuto, rigidità di comportamento e un grosso sforzo per uniformarsi o per controllare gli altri, terapeuta incluso. Anche se certi atti aggressivi e violenti non sempre sono associati al dolore, possono però essere compiuti proprio per evitare e per avere la meglio sul dolore sociale, il che includerebbe anche alcuni comportamenti di patologia sociale.

Anche in assenza di segnali esterni, l'empatia che mettiamo nel nostro impegno professionale ci può far percepire il dolore in maniera molto sgradevole. Potremmo trovarci impigliati in una transazione di dolore sociale che fa scattare automaticamente le nostre sequenze comportamentali avversive. Nelle fasi iniziali a me succede di essere ignaro di queste reazioni dolorose, per cui ora pongo attenzione per notare in me certi comportamenti tipici: linguaggio del corpo, segni psicologici e stati emotivi. Ad esempio, quando mi sento ferito divento distante e rigido, perdo la mia capacità di pensare in maniera obiettiva ai miei pazienti o studenti; magari incomincio a fare delle fantasie o addirittura

mi preparo a interrompere il lavoro prematuramente. Può succedermi di sentirmi debole, aver la testa in fiamme, la nausea, aver freddo fin nelle ossa, provare paura, vergogna, sentirmi paralizzato, usare parole dure; mi ritrovo ossessionato da pensieri di fallimento, vedo la mia rovina professionale.

Oltre a governare le mie reazioni, considero anche ciò che queste mi possono dire delle esperienze vissute dai miei pazienti e allievi e quello che mi possono far prevedere per le future interazioni.

Incarnare l'accettazione

Da professionisti, se vediamo qualcuno che soffre il nostro primo impulso è quello di dare soccorso; istintivamente vorremmo offrire sollievo. Avere di fronte una persona che non trova conforto al suo dolore è di per sé una pena. Si pensi a quando non si riesce a calmare un neonato in preda a una colica. Come dice Kenneth Evans,

È più facile darsi da fare, cercare una soluzione al problema per aiutare il paziente a sentirsi OK, di quanto non sia semplicemente viverlo (Erskine et al., 1994).

Tuttavia l'impulso a lenire il dolore può non essere la soluzione più utile per il paziente in prospettiva, poiché non sarà in grado di affrontare le cose la volta che il dolore si ripresenta. Mellor (2007) è convinto che

siamo utili ai nostri pazienti al livello più profondo solo fintanto che continuiamo ad affrontare, accettare, assorbire e digerire ciò che il lavoro con i pazienti stimola in noi e lo facciamo in una maniera che comunica completa accettazione (Mellor, 2007).

La sfida di incarnare l'accettazione ed offrirne un modello, pertanto, sta nel governare il nostro dolore, non espellendolo (quindi rifiutandolo) a nostra volta. In un precedente articolo (Landaiche, 2005) avevo trattato di questo processo in termini di quello che Bion chiamava "contenimento", la capacità, cioè, di fronteggiare esperienze corporee difficili per il tempo necessario per riuscire ad organizzarne mentalmente tutti gli elementi. Oggi farei risalire molti dei miei fallimenti come insegnante, consulente e terapeuta alla mia incapacità di rimanere semplicemente presente di fronte ad un paziente o ad uno studente che

soffriva, particolarmente quando il loro dolore li induceva a rifiutare gli sforzi che facevo per aiutarli.

Passare all'obiettività

A mio parere, una profonda accettazione o il contenimento sono condizione essenziale per poter adottare una posizione o un atteggiamento di obiettività. Non parlo certo di onniscienza, ma della disponibilità a considerare il dolore sociale nel suo contesto più ampio. Secondo Thomas (1997) questo punto di vista obiettivo è essenziale per il paziente o l'allievo che stia lavorando per risolvere una reazione di vergogna che lo fa soffrire. Scrive English (1975):

spesso, semplicemente identificando quei sentimenti e comportamenti di cui ci vergogniamo maggiormente ed affrontandoli con un esame dall'Adulto – nostro e altrui – riusciamo a ridurre gran parte dell'angoscia interiore e dell'incapacità a sviluppare fiducia in noi stessi, autonomia e, in definitiva, intimità (English, 1975).

Dal canto suo Hyams suggerisce di

prendere una certa distanza, tenerci separati dal problema (Erskine et al., 1994).

Thomas (1997) sostiene un punto importante, e cioè che obiettività significa anche immaginare quale sia il possibile stato psicologico o la vita interiore di chi respinge. Goldberg segue la stessa direzione quando domanda, «Che cosa provava la tua maestra [quando ti ha umiliato in prima elementare]? Forse si era sentita umiliata da te» (Erskine et al.1994).

Secondo Thomas, lo sforzo di immaginare il mondo dell'altro porta ad una ulteriore attenuazione del dolore sociale, cosa che generalmente si verifica quando si analizza la relativa transazione, come si è detto in precedenza. In aggiunta, dato che tali transazioni sono spesso complesse, evitando di addossare colpe (o di assolvere dalla responsabilità) si aiuta il paziente ad accettare maggiormente e ad essere più obiettivi rispetto ai propri comportamenti di rifiuto.

Ho spesso notato, ad esempio, che coloro che si adoperano a capire se stessi all'interno del loro più ampio sistema familiare, col tempo e con una maggiore profondità di pensiero riescono a ribaltare comporta-

menti abituali dovuti al dolore come il lanciare accuse e attacchi, ritirarsi, o conformarsi allo scopo di essere amati. Passare dal dolore sociale all'obiettività significa essenzialmente passare dalla violenza alla presa di coscienza.

Prendere coraggio

Le parole e la comprensione intellettuale non sempre sono sufficienti ad aiutare i pazienti o gli allievi a cambiare. Alle volte devono imparare vivendo nel mondo. English (1977; 1994) descrive un processo alquanto attivo che chiama "antidoto all'umiliazione." Questa tecnica paradossale, quasi controintuitiva, prevede che ci si esponga consapevolmente a situazioni "fuori della zona di sicurezza della terapia" che in passato sono state molto dolorose. Dal punto di vista comportamentale, si potrebbe pensare che sia una forma di desensibilizzazione sistematica. Ma il risultato non è il torpore o l'assuefazione sensoriale. Al contrario, affrontando nuovamente le situazioni con accettazione, obiettività e coraggio, è possibile superare una paura che paralizza ed essere più vitali con gli altri. Nell'escogitare questi esercizi-antidoto l'obiettivo è, secondo English (1977) «che le volte successive il dolore sia minore e le dosi di antidoto più efficaci, fino a che il paziente riesca a somministrarsele da solo.»

La scelta di utilizzare "l'antidoto all'umiliazione" come "esercizio" o di intraprendere qualsiasi azione al di fuori del setting professionale non deve essere fatta in funzione del disagio del professionista circa il dolore del proprio cliente o allievo.

Il coraggio non è in funzione di una sfida, o di una pressione legata ad una direttiva professionale e neppure è un processo legato al dover farsi forte. La scelta del coraggio deve emergere dalla determinazione dell'individuo a invertire un pattern d'isolamento e reiezione. Il coraggio è una forza che nasce dalla convinzione personale, una risorsa innata, benché di rado istintiva come le nostre capacità di rifiuto e di dolore sociale. Il nostro coraggio spesso deve essere fortemente voluto.

Conclusioni

Dal momento che il dolore sociale entra in gioco insieme a molti altri fattori – evolutivi, ambientali e innati – i miei studi mi dicono che per lavorarci a livello professionale non è necessario usare tecniche diverse

di per sé, bensì un diverso tipo di consapevolezza, di autocontrollo e di pazienza. Gli esseri umani soffrono di dolore sociale da millenni, ma è solo da poco che ne studiamo i processi fisiologici. A mio parere la prospettiva scientifica ci fornisce un modo per organizzare i disparati elementi psicologici e comportamentali. Sapendo capire meglio questa antica esperienza umana riusciamo a capire più chiaramente le difficoltà contro cui lottano i nostri pazienti o studenti e quello che meglio può aiutarli a crescere. Riferimenti teorici, come quelli offerti dall'Analisi Transazionale, sembrano essere utili a calmare l'ansia e a mitigare la sofferenza in certe interazioni umane. Credo che siamo forse più liberi ora di procedere nella direzione di quella freccia che Berne (1972) concepiva come diretta verso le nostre talvolta temute aspirazioni.

Bibliografia

- BERNE E., *The structure and dynamics of organizations and groups*, Grove Press, New York 1963
- BERNE E. (1972), *What do you say after you say hello?*, trad. it. "Ciao!"... *E poi?*, *La psicologia del destino umano* (cap. 1-15), Bompiani, Milano 1979
- CORNELL W.F., LANDAICHE M.N., *Impasse e intimità nella coppia terapeutica o di counseling: l'influenza del protocollo*, in «Rivista Italiana di Analisi Transazionale e Metodologie Terapeutiche», XXV, 11, (48), 2005
- DARWIN C., (1872), trad. it. *L'espressione delle emozioni nell'uomo e negli animali*, Bollati Boringhieri, Torino 1992
- EISENBERGER N.I., JARCHO J.M., LIEBERMAN M.D., NALIBOFF B.D., *An experimental study of shared sensitivity to physical pain and social rejections*. *Pain*, 2006, pp. 126, 132-138
- EISENBERGER N.I., LIEBERMAN M.D., *Why it hurts to be left out: the neurocognitive overlap between physical and social pain*, in Williams K.D., Forgas, Von Hippel W., *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection and bullying*, Psychology Press, New York 2005, pp. 109-127
- EISENBERGER N.I., LIEBERMAN M.D., WILLIAMS K.D., *Does rejections hurt?, an fMRI study of social exclusion*, *Science* 2003, pp. 302, 290-292
- ENGLISH F., (1975) trad. it. *Vergogna e controllo sociale in Essere terapeutica*, La Vita Felice, Milano 1998
- ENGLISH F., *What shall I do tomorrow? Reconceptualizing Transactional*

- Analysis*, in G. Barnes, *Transactional Analysis after Eric Berne: Teaching and practices of three TA schools*, Harper's College Press, New York 1977, pp. 287-347.
- ENGLISH F., (1994) *Shame and social control revisited*, in «Transactional Analysis Journal», 24, pp. 109-20
- ERNST F.H., *The OK corral: the grid for get-on-with*, in «Transactional Analysis Journal», I, 4, 1971, pp. 33-42
- ERSKINE R.G., *Shame and self-righteousness: transactional analysis perspectives and clinical interventions*, in «Transactional Analysis Journal», 1994, vol. 24, n. 2, pp. 86-102
- ERSKINE R.G., CLARK B., EVANS K.R., GOLDBERG C., HYAMS H., JAMES S., O'REILLY-KNAPP M., *The dynamics of shame: a roundtable discussion*, in «Transactional Analysis Journal», 1994, n. 24, pp. 80-85
- GILLIGAN J., *Violence, reflections on our deadliest epidemic*, J. Kingsley Publishers, London 2000
- HYAMS H., *Shame: the enemy within*, in «Transactional Analysis Journal», 1994, vol. 24, n. 4, pp. 255-264
- JACKSON L., MELTZOFF A.N., DECETY J., *How do we perceive the pain of others? A window into the neural processes involved in empathy*, in «Neuroimage» 2005, n. 24, pp. 771-779
- JAMES N.L., *Addiction in society: shame, addiction and the child ego*, in James N., *The Minneapolis papers. Selections from the 31st annual ITAA conference*, Omnipress, Madison USA 1993, pp. viii-xi
- LANDAICHE N.M., *Engaged Research: encountering a transactional analysis training group through Bion's concept of containing*, in «Transactional Analysis Journal», 2005, vol. 35, n. 2, pp. 147-156
- LANDAICHE N.M., *Skepticism and compassion in human relations work*, in «Transactional Analysis Journal», 2007, vol. 37, n. 1, pp. 17-31
- LEWIN M., *"I'm not talking to you": Shunning as a form of violence*, in «Transactional Analysis Journal», 2000, vol. 30, n. 2, pp. 125-131
- LIEBERMAN M.D., EISENBERGER N.I., *A pain by any other name (rejection, exclusion, ostracism) still hurts the same: The role of dorsal anterior cingulate cortex in social and physical pain*, in CACIOPPO J.T., VISSER P., PICKETT C., *Social neuroscience: People thinking about people*, MIT Press, Cambridge, USA 2005, pp. 167-187
- LIGABUE S., *Being in relationship: Different languages to understand ego states, script and the body*, in «Transactional Analysis Journal», 2007, vol. 37, n. 4, pp. 294-306
- MCDONALD G., KINGSBURY R., SHAW S., *Adding insult to injury: Social pain theory and response to social exclusion*, in WILLIAMS K.D., FORGAS J.P.,

- VON HIPPEL W., *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection and bullying*, Psychology Press, New York 2005, pp. 77-90
- MACLEAN P.D., *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*, Plenum Press, New York 1990
- MACLEAN P.D., *Cerebral evolution of emotion*, in LEWIS M., HAVILAND J.M., *Handbook of emotions*, Guilford Press, New York 1993, pp. 67-83
- MELLOR K., *Letter to the editor*, in «Transactional Analysis Journal», 2007, vol. 37, pp. 174-176
- O'REILLY-KNAPP M., *Theme issue: Shame*, in «Transactional Analysis Journal», 1994, vol. 24, n. 2, pp. 78-79
- PANKSEPP J., *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*, Oxford University Press, New York 1998
- SINGER T., SEYMOUR B., O'DOHERTY J., KAUBE H., DOLAN R.J., FRITH C.D., *Empathy for pain involves the affective but not sensory components of Pain*, in «Science» 2004, 303, pp. 1157-1162
- THOMAS H.E., *The shame response to rejection*, Albanel Publishers, Sewickley USA 1997
- WILLIAMS K.D., FORGAS J.P., VON HIPPEL W., ZADRO L., *The social outcast: an overview*, in WILLIAMS K.D., FORGAS J.P., VON HIPPEL W., *The social outcast: ostracism, social exclusion, rejection and bullying*, Psychology Press, New York 2005