

Il volume raccoglie i contributi di tre autori che, da vertici e prospettive di riferimento diverse, propongono le loro riflessioni sul tema della psicopatologia dei legami tra corpo e psiche.

“Ciò che si svolge sul versante del corpo quando ci si ammala rimane, con il passare degli anni, un argomento controverso nel mondo della psicoanalisi”. Così esordisce Rosine Debray, autrice del lavoro con cui si apre il volume. Un argomento controverso, quello della malattia somatica, che assume la forma di un vero e proprio enigma quando fa la sua comparsa nell'ambito di una cura analitica o dopo la sua conclusione, capace di sollecitare le più diverse ipotesi interpretative. Provare a sciogliere questo enigma vuol dire provare a rispondere alla questione del perché, nel corso di un trattamento, il paziente produca un sintomo o una malattia somatica piuttosto che un sintomo psichico o un agito. Qualunque ipotesi, fondata su una riduzione della complessità degli elementi in gioco nel campo delineato da tale enigma o su uno sbilanciamento in direzione di uno di questi, risulterebbe inadeguata alla comprensione di una risposta specifica di questo tipo e in evidente contrasto con lo stesso paradigma psicoanalitico. E certo non a caso l'autrice, citando un numero della *Revue française de psychosomatique* del 2000 (dedicato al tema “Ammalarsi durante o dopo l'analisi”), fa riferimento all'idea alquanto diffusa che nella comparsa di un sintomo somatico il controtransfert giochi un ruolo centrale. Un controtransfert “transitoriamente indebolito” dell'analista finirebbe cioè con l'indurre un effetto analogo nel paziente al livello del soma. Chiamare in causa il controtransfert è, evidentemente, legittimo, ma un punto di vista che ne assuma la centralità, non può che risultare parziale, insoddisfacente.

Queste le battute d'inizio con le quali l'autrice, dell'«Istituto di psicosomatica di Parigi», ci invita ad entrare nella “Complessità della questione delle somatizzazioni vista dagli psicoanalisti” (come titola la prima parte del suo contributo), attraverso un percorso che ricostruisce, per tappe significative, l'origine e gli sviluppi del punto di vista psicosomatico nella storia della psicoanalisi. All'origine, la posizione di Freud, che identifica il tratto distintivo dei disturbi somatici nel loro essere privi di senso, effetto di una logica di funzionamento altra da quella che presiede alla formazione dei sintomi nelle psiconevrosi, che esclude dunque il conflitto, la rimozione, la simbolizzazione. Al proposito, la Debray cita il famoso passo della Lezione 24 sul “Nervosismo comune”, nel quale Freud ribadisce i termini di quella distinzione fondamentale, già in precedenza introdotta, tra disturbi somatici e sintomi psichici. “Ma i sintomi delle nevrosi attuali – senso di pressione alla testa, percezioni dolorose, stato di irritazione di un organo, indebolimento o inibizione di una funzione – non hanno alcun “senso”, alcun significato psichico. Non solo si manifestano prevalentemente sul corpo (come, ad esempio, anche i sintomi isterici), ma sono essi stessi processi interamente somatici, alla cui genesi non concorre nessuno dei complicati meccanismi psichici di cui siamo venuti a conoscenza” (p. 7). Il rimando, per inciso, al sintomo isterico, richiama il fatto che anche lì il corpo è in primo piano, ma l'evocazione del modello della conversione ha lo scopo di marcare la differenza. “Al contrario della conversione isterica – scrive infatti la Debray - che colpisce il corpo senza lederlo, (il sintomo somatico) attacca il corpo e può condurlo alla rovina; nessun superamento della rimozione potrebbe arrestarne il movimento” (p. 8). La posizione di Freud, come sottolinea l'autrice, è dunque chiara e netta riguardo allo statuto diverso di sintomi somatici e sintomi psichici, e non consente alcuna forma di compromesso; una distinzione spesso dimenticata dai suoi allievi, in ragione del fatto che in alcuni soggetti è riscontrabile la compresenza di sintomi di conversione e disturbi somatici più o meno transitori, in una sorta di alleanza. La rilettura del caso di Dora ad opera di P. Marty, M. Fain, M. de M'Uzan e C. David, nel contesto di un Simposio di psicosomatica svoltosi nel 1967, che affrontava il tema dell'isteria da una prospettiva psicosomatica, ne darebbe una possibile spiegazione. Nella ricca sintomatologia somatica presente in Dora, una parte è chiaramente leggibile alla luce del modello della conversione, un'altra appare “più puramente” somatica, del tutto avulsa dal meccanismo della

rimozione. Secondo gli autori, citati dalla Debray, saremmo in presenza di una “polisintomatologia” e dunque di “una molteplicità di meccanismi eziopatogeni: fattori puramente organici, meccanismi propri delle nevrosi attuali, identificazioni isteriche e allergiche...” (p. 9).

Se è con la comunicazione di Paul Federn alla Società psicoanalitica di Vienna nel 1913, sul caso di un paziente asmatico, che la questione psicosomatica entra nella riflessione analitica, è il contributo di Georg Groddeck ad essere individuato dall'autrice come l'emblema di un posizione “estrema” nella lettura dei sintomi somatici (“È l'Es che decide se le ossa si romperanno quando cadete”), attraverso la quale si afferma una vera e propria “onnipotenza del pensiero, anche se questa dipende dall'onnipotenza dell'inconscio” (p. 10). Analogamente, per i lavori di matrice kleiniana di Angel Garma negli anni '50, nei quali si sostiene l'uso massiccio di interpretazioni che hanno di mira direttamente il sintomo somatico, trattato tout-court come sintomo psichico. Il modello della conversione isterica agisce qui da referente dominante per il trattamento. Negli stessi anni, però, con Franz Alexander, la centralità dell'interpretazione e l'estensione “della teoria della conversione isterica a tutte le reazioni psicosomatiche” (p. 11) vengono fatte oggetto di una critica forte e produttiva. Comincia a farsi strada un modello complesso e dinamico, che lega l'insorgenza del disturbo psicosomatico alla compresenza di fattori diversi (modello specifico di conflitto, predisposizione somatica, conflitto attuale); inoltre, l'attenzione alla singolarità, al modo in cui questi fattori si combinano nella vicenda di ogni paziente, è fortemente sottolineata da Alexander.

Nel decennio successivo, il tema della perdita d'oggetto, reale o immaginaria, e del sentimento di *Hilflosigkeit* assume centralità. L'impossibilità di far fronte alla perdita con il ricorso a mezzi psichici, lo scacco dei meccanismi di difesa di tipo nevrotico, dà luogo all'insorgere di disturbi somatici; Alexander Mitscherlich elabora la sua teoria della “difesa bifasica” e Max Schur quella della “risomatizzazione degli affetti”. Come sottolinea l'autrice, il passaggio attraverso il contributo di Alexander e quelli successivi hanno posto le basi per affrontare la questione psicosomatica in maniera scientificamente più corretta, ma la prospettiva che ne è emersa mantiene il concetto di conflitto intrapsichico come modello di riferimento fondamentale per la comprensione di questi disturbi; inoltre, i rapporti tra psiche e soma vengono posti sostanzialmente nei termini di una prevalenza dell'una sull'altro o viceversa.

Il lavoro di teorizzazione di Pierre Marty, testimoniato da due testi importanti come *I movimenti individuali di vita e di morte* (1976) e *L'Ordine psicosomatico* (1980), segna un punto di svolta significativo. L'autrice sintetizza la ricchezza di questo contributo attraverso il richiamo ai suoi concetti chiave, restituendocene una visione chiara che nulla toglie alla complessità delle sue articolazioni. A partire dalla concettualizzazione freudiana, la questione del trauma viene inscritta nel quadro di questa riflessione. L'attenzione di Marty va sulla grande variabilità di risposte dei soggetti, o del soggetto singolo nelle diverse fasi della sua storia, in termini di tolleranza o resistenza al trauma e sul movimento di disorganizzazione che ne segue, che va a colpire le strutture e funzioni più evolute. L'autrice ribadisce con forza che questo movimento non è da intendersi come “una caduta più o meno profonda lungo un sistema scalare fisso e unico” (p. 20), che avvicinerrebbe Marty alle teorie di H. Jackson; il riferimento alla teoria psicoanalitica resta essenziale, come il ruolo dell'inconscio “nei movimenti di vita e di morte che condizionano ciascuno di noi lungo il corso dell'esistenza” (ivi), a fondamento di una vera e propria “economia psicosomatica”. L'arricchimento della nosografia psicoanalitica con l'introduzione delle categorie “nevrosi del carattere” e “nevrosi del comportamento”, l'elaborazione dei “quattro sistemi economici fondamentali” e il concetto di “depressione fondamentale”, completano la sintesi di questa posizione nella quale viene assegnata una centralità al punto di vista economico.

Nella seconda parte del suo lavoro (“Economia psicosomatica e somatizzazione nell'età adulta”), la Debray ci dà testimonianza dei movimenti evolutivi della sua posizione, che a partire dalle concettualizzazioni di Marty, si è andata arricchendo grazie alla “esperienza con i neonati e in maniera più allargata con la triade padre/madre/neonato”; si tratta di un contributo teoricamente e clinicamente denso, nel quale ben si coglie il suo apporto personale. È questo il caso, ad esempio, della ripresa che l'autrice fa dello schema di apparato psichico elaborato da Freud nella

trentunesima Lezione (1932), che fa da sostegno teorico alla sua ipotesi di una base somatica “fuori psiche”, sulla quale costruisce un modello il cui uso viene ben chiarito e articolato attraverso il ricco materiale clinico di tre casi. Dopo aver ricordato che “sono gli individui ad essere psicosomatici e non le malattie”, così conclude: “La manifestazione somatica, quale che sia la sua natura o la sua forma, partecipa alle regolazioni dell’economia psicosomatica generale allo stesso titolo delle regolazioni psichiche [...] Quando esistono dei sintomi psicopatologici individuabili, questi appaiono agli occhi dello psicoanalista-psicosomaticista una ricchezza, poiché rivelano e possono favorire il lavoro psichico. Orbene, è il lavoro psichico che protegge il corpo da un’eventuale disorganizzazione somatica e, quando questa è già presente, è il lavoro psichico che permette di ridurre l’impatto sull’economia generale del soggetto” (p. 63).

Con “Il corpo come «esigenza di lavoro» per il pensiero”, il secondo contributo del volume, Christophe Dejours affronta la complessa questione dei rapporti tra corpo e pensiero con l’obiettivo di riportare l’attenzione sulla dimensione del sessuale e dell’erogeno, che Marty, “insistendo sulla differenza di natura tra conversione isterica e sintomo somatico, tende ad allontanare” (p. 65). Il saggio è di grosso spessore teorico, con un riferimento privilegiato alle concettualizzazioni elaborate da Laplanche a partire dagli anni ’80 (ma non è da trascurare il riferimento alla riflessione fenomenologica del filosofo Michel Henry) e muove le mosse dalla clinica. Attraverso il materiale tratto da tre situazioni psicopatologiche alquanto diverse, l’autore ci mostra le differenti modalità con cui “il corpo è implicato nel lavoro della cura in funzione della natura del sintomo”(p. 66), nello specifico, il sintomo somatico, isterico e l’ipocondria. Qui non si può che rimandare alla lettura di queste pagine per apprezzare il modo in cui Dejours, ponendo in primo piano il corpo erogeno, fa emergere la forza del pensiero (del lavoro di elaborazione e rielaborazione), un pensiero “ben radicato nella carne” (p. 69). Così come sono apprezzabili certe sue notazioni che attestano l’«eccentricità» del suo pensiero; è questo il caso, ad esempio, della sua proposta, divergente rispetto al modo consueto di trattare il sintomo isterofobico, con la quale il senso stesso e la finalità del lavoro interpretativo vengono ripensati. “Per essere efficiente, l’interpretazione non deve tendere al senso o al contenuto del sintomo. È sufficiente accusare ricevuta dei *movimenti del corpo* vissuti durante le sedute. Il seguito del lavoro di perlaborazione non è l’analista che deve farlo, è il lavoro che spetta al paziente” (p. 75).

La seconda parte del lavoro entra nel pieno della questione dei rapporti tra corpo e pensiero, a partire da ciò che la psicopatologia ci consente di rilevare: che si tratti della sofferenza nevrotica o, nelle situazioni più gravi, del venir meno di ogni affetto, e dunque dell’indifferenza e dell’inerzia, ciò che incontriamo nella clinica sono gli effetti del legame tra esperienza del corpo e pensiero. Si tratta allora di ripartire da quel concetto chiave posto dall’apparato teorico freudiano tra soma e psiche che è la pulsione, per rispondere alla domanda: “Poiché la pulsione non pensa, come sostenere l’intuizione in virtù della quale è l’esperienza del corpo che produce il pensiero?” (p. 80). Il percorso che Dejours delinea comporta innanzi tutto un riattraversamento “dell’archeologia del corpo e delle sue relazioni con la pulsione”, per ricostruire quei movimenti che presiedono all’instaurarsi dell’*ordine erotico*. Le tappe sono scandite dalla ripresa dei *Tre saggi sulla teoria sessuale* con la nozione fondamentale di appoggio, grazie al quale si opera il “sovertimento libidico”: la costruzione della sessualità, del corpo erotico, che si compie attraverso l’affrancamento, sia pure parziale, dal registro fisiologico, istintuale, dalla sfera degli automatismi e dei ritmi biologici. Ma questo processo di costruzione - una potenzialità inscritta nel patrimonio genetico - necessita, per attivarsi, della relazione dell’infante con l’altro adulto. Le cure e i giochi del corpo costituiscono prima di ogni altro il luogo dell’incontro dialogante con l’altro e l’appoggio necessario per lo sviluppo del corpo erotico. L’intero funzionamento psichico dell’adulto marcherà l’incontro con il bambino, “al punto da inscrivere fin nella sua carne i segni propri del suo inconscio di adulto” (p. 82). Con il paragrafo “I due tempi della pulsione”, nel quale viene enunciata la concezione del susseguirsi e alternarsi dei movimenti di rottura del legame (con il godimento) e ricostituzione dello stesso (grazie al lavoro dell’Io), l’autore approfondisce il tema dell’esigenza di lavoro che il corpo richiede al pensiero, riprendendo il testo freudiano “Pulsioni e loro destini” (di

cui propone, tra l'altro, una rilettura della famosa formula *Wo Es war, soll Ich werden*), richiamandosi ancora una volta alla teoria della seduzione di Laplanche e rinviando anche al contributo di Didier Anzieu (significanti formali e Io-pelle). Ma, naturalmente, è la psicopatologia che pone altri interrogativi all'ipotesi della matrice pulsionale del pensiero. Le forme di "pensiero disincarnato" (pensiero operatorio, personalità *come se*, normopatia, ecc), nelle quali il corpo si fa assente, dando luogo al paradosso di un pensiero che appare tagliato fuori dal corpo, e l'«agenesia pulsionale», della quale l'autore ricostruisce la matrice traumatica, rintracciabile in specifiche forme di relazione del bambino con l'adulto, nelle quali si opererebbe una vera e propria esclusione di zone del corpo erogeno dalla trasformazione libidica. Nella "Discussione metapsicologica sui rapporti tra il corpo e il pensiero", Dejours ritorna sul materiale clinico proposto all'inizio del suo lavoro per ribadire la sua proposta: lasciare da parte la questione della origine del sintomo, di qualunque natura esso sia, e portare l'attenzione sul lavoro che essi impongono, al paziente e all'analista. "Che il sintomo sia diabetico, isterofobico o psicoastenico, esso si offre né più né meno che come esigenza di lavoro: *esigenza di lavoro imposta allo psichismo a causa delle sue relazioni con il corporeo*. Esigenza che il paziente sottomette all'analista perché lo accompagni in questo lavoro" (p. 96). Di fronte al sintomo somatico, di conversione o ipocondriaco (le tre situazioni proposte), il lavoro sul versante dell'analista è sempre lo stesso, il *durcharbeiten*, fatte salve le differenze legate ai suoi riferimenti teorici; e Dejours ci offre interessanti indicazioni tecniche sulla conduzione della cura e, soprattutto, sulla posizione dell'analista in quanto *altro*. Il *durcharbeiten* "in quanto esigenza intrinseca alla pulsione stessa, non può avere esito positivo senza che l'analista *accusi ricevuta* di quegli stati del corpo che gli vengono indirizzati negli agiti espressivi che scandiscono la nevrosi di transfert [...] L'altro, bisogna proprio riconoscerlo, svolge un ruolo decisivo nella sua capacità di accogliere i contenuti erotici [...] che gli vengono indirizzati dal paziente lungo tutta l'analisi. Decisivo, perché egli può anche rifiutarli, denegarli e spingere allora il paziente nel suo sintomo" (p. 99). Nelle pagine finali, l'autore ci svela l'artificio cui ha fatto ricorso: il tre frammenti di materiale clinico riguardano in realtà la stessa paziente. Una rivelazione, questa, che ha lo scopo di evidenziare il suo contrasto con le posizioni di Marty, de M'Uzan, Fain e David (1968) che ritengono incompatibili tra loro "questi complessi sintomatici"; un contrasto ribadito, sulla base della sua esperienza clinica, anche a proposito dell'idea di un legame tra comparsa di una malattia somatica, depressione essenziale e trauma. In chiusura, sente l'esigenza di ribadire: "E i rapporti tra il corpo e il pensiero di cui mi occupo qui, non sono i rapporti tra il cervello e il pensiero quali vengono considerati da un filosofo delle scienze come G. Canguilhem (1980), un biologo come P. Changeux (1983) o W. Dement (1972) [...] Poiché si tratterebbe allora dei meccanismi neurochimici del pensiero o di un pensiero ricondotto ai suoi processi cognitivi. Ciò di cui mi occupo è il corpo in quanto corpo vissuto. Non è il cervello, ma il corpo intero [...] il corpo che prova affettivamente il mondo, il cui vissuto affettivo è primario" (103).

Chiude il volume, il lavoro di Pierre Fédida "L'ipocondria dell'esperienza del corpo", che affronta un tema arduo e poco frequentato nella letteratura psicoanalitica. Le poche e frammentarie osservazioni reperite nel testo freudiano, che non danno forma ad una ipotesi ma restano sostanzialmente sul piano della descrizione clinica, vengono sviluppate dall'autore attraverso una densa riflessione teorico-clinica, tessuta intorno al legame tra ipocondria, melanconia e sogno. Ne richiamo qualche passaggio. Ad esempio, quello relativo al legame del soggetto con l'organo divenuto "il punto di fissazione dell'angoscia di malattia e di morte" (110). Nella sofferenza ipocondriaca, il lamento ricorrente prende la forma di un delirio monotono e ripetitivo che non veicola alcun affetto e che apparentemente diretto all'analista, ha come suo interlocutore l'organo stesso, un organo contenitore di un oggetto morto: genitore, nonno o antenato fantasmatico. Lo stato somatico del paziente ne è la memoria inscritta nella carne, che il suo stesso discorso identifica come il tratto che lo tiene legato all'altro al di là della sua scomparsa, come aveva già osservato G. Pankow. "Bisognerebbe qui spingersi oltre e domandarsi come l'organo di cui si lamenta il malato prenda il nome di fegato, di stomaco, di cuore o di polmone, come degli ex-voto, che sarebbero le forme « cifrate » così incluse dal lamento ripetitivo, allo scopo di conservare vivo

intrasichicamente il genitore” (ivi). Fédida non manca di offrirci le sue considerazioni di ordine “tecnico”, che ci danno la misura dell’arduo compito che attende l’analista, posto di fronte alla “soggettività di una *disoggettivazione dell’esperienza del corpo*”. L’atteggiamento dell’analista sarebbe destinato al fallimento se nel suo ascolto restasse “a livello delle rappresentazioni intenzionali” di ciò di cui il paziente si lamenta, poiché finirebbe con l’interrogare il sintomo dalla stessa posizione «positivizzante» del medico e quindi con l’attaccare la funzione che il “lamento d’organo” svolge quale “schermo ad ogni comunicazione transferale” (p. 111). Si tratterebbe, piuttosto, per l’analista di offrire la sua *presenza in persona* come una “lastra di impressione del corpo del paziente o anche un specchio atto a riflettere le rappresentazioni frammentarie del proprio corpo, allo scopo di integrarle in un’immagine più unificata” (p. 109), passando attraverso una “empatia corporea deformante e incorporante”, l’empatia di una *incorporazione*. Un’immagine condensa questa operazione: una sorta di *trans-sustanziazione* di un corpo in un altro corpo. La partita si gioca su questa capacità dell’analista di ricevere “l’*impressione penetrante e invadente* del malessere” di questo incubo corporeo, di lasciarsene modificare,

Per questa via, l’autore sviluppa i passaggi successivi della sua riflessione che articolano la comparazione tra ipocondria e metapsicologica del sogno e della melanconia, e dopo aver ripreso il contributo di François Perrier (la sua conferenza sul caso Gérard del 1959) e quello di Ferenczi (le sue osservazioni e note, contenute in *Thalassa* e nel *Diario clinico*, rispettivamente del 1924 e del 1932) espone in una densa sintesi i “Principali orientamenti per una riflessione sull’ipocondria”, vera e propria mappa delle molteplici vie aperte all’indagine; l’*autocratismo della malattia* in rapporto al processo transferale e il linguaggio d’organo sono oggetto dei successivi paragrafi. Nella conclusione, a partire dal dato clinico, più volte segnalato, dell’«assenza di sogni» nei pazienti ipocondriaci (“Dell’incapacità ipocondriaca di sognare?”), Fédida riprende i temi e le ipotesi che hanno scandito il suo percorso, offrendocene una sintesi che contiene preziose indicazioni per ulteriori indagini.

Mariella Ciambelli