

Il corpo tra metapsicologia e mentalizzazione. Linee di ricerca in psicoanalisi, dopo Freud

Adelina Detcheva, Massimiliano Sommantico, Giuseppe Stanziano

Abstract

Gli autori ricostruiscono la questione del corpo negli scritti freudiani, segnalandone i molteplici aspetti teorici e clinici, e mettendone in luce la complessità concettuale attraverso le varie fasi di evoluzione della scoperta psicoanalitica, dalle origini, con l'isteria, alle manifestazioni silenziose della pulsione morte: vertici estremi del percorso di ricerca freudiano che, sul corpo, ha indicato elementi di riflessione articolati e privi di una sistematizzazione univoca e conclusa. Nella molteplicità delle direttrici teoriche diramatesi dagli spunti freudiani, la prevalenza concettuale della prospettiva "economica", con i concetti di rappresentazione, affetto e narcisismo, caratterizza il contributo francofono contemporaneo sulla questione. Gli autori argomentano le posizioni di alcuni esponenti, in particolare Pierre Marty, André Green, Jean Laplanche e Christophe Dejours. Si precisa che il presente articolo può essere definito una rassegna essenzialmente storica e teorica di *una* delle possibili diramazioni della letteratura nel campo della psicosomatica psicoanalitica, che segue il filo della coordinata economica a partire dalla metapsicologia freudiana. Al fine di inserire il discorso nel campo del dibattito psicoanalitico attuale, gli autori rimandano, infine, a ulteriori vertici di lettura dello psicosoma.

Parole chiave: corpo, metapsicologia, psicosomatica, negativo, mentalizzazione

La questione del corpo in psicoanalisi costituisce uno dei riferimenti più complessi e spinosi del discorso freudiano e appare saldarsi, in prima istanza, sia con il fondamento epistemologico della teoria, rimandando all'indagine sui presupposti dello psichismo, sia con la ricerca clinica, in merito alla specificità dei sintomi che coinvolgono il soma. L'interesse di Freud in proposito trova i primi riferimenti nella clinica dell'isteria, per poi delinearne un vero e proprio statuto metapsicologico; anche in questo caso, la centralità del punto di vista clinico è il fondamento della prospettiva speculativa. Nell'ultimo decennio dell'Ottocento, il paradigma psiche-corpo è intrecciato al motivo eziologico, declinato nella duplice accezione fisica e psichica. Se, da una parte, il *sine causa* dell'isteria, la mancanza di lesioni anatomiche, testimonia il fallimento di una teoria organicista come unico modello interpretativo del somatico, dall'altra è proprio questo «corpo-sintomo» isterico (Assoun, 1997, p. 25) a dare l'avvio al punto di vista psicoanalitico. A partire da tali premesse, la riflessione sul corpo si snoda attraverso l'intera opera freudiana, articolando interrogativi di non facile soluzione, rispetto ai quali la traccia percorsa da Freud, pur conservando una coerenza di fondo, solleva numerose questioni approfondite secondo diverse prospettive da alcuni autori post-freudiani. In tale complessità,

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

ci proponiamo di rintracciare alcune tematiche presenti nell'evolversi della teoria freudiana e di indicare alcune specifiche riflessioni successive, proposte in particolare nella tradizione psicoanalitica francese.

Il punto di vista economico è oggi frequentemente trascurato dalla ricerca del campo, probabilmente perché: non riflette le direzioni semiotiche oggi privilegiate dalla comunità scientifica psicologica; ha portato una parte degli analisti a cercare la «causalità dei meccanismi biologici all'interno del simbolismo dei fantasmi inconsci» (Porcelli, Todarello, 1996, p. 72); ha portato la ricerca psicoanalitica a fare confusione circa il suo oggetto, meticcando la parte *psy* alla sfera *soma* e applicando alla parte *soma tout court* interpretazioni rivolte alla parte *psy*, seguendo le tracce dei fantasmi pregenitali (*ibidem*). Tuttavia, la coordinata economica è parte integrante del discorso psicoanalitico; fa parte della metapsicologia; è stata riletta alla luce dei moderni paradigmi oggettuali, soprattutto alla luce della questione narcisistica (Green, 1983), centrale più che mai nel dibattito odierno.

La prima topica freudiana: corpo isterico e corpo ipocondriaco

L'isteria è il campo clinico nel quale Freud fonda il discorso psicoanalitico, ritrovandosi alle prese con un corpo avvolto dal mistero di manifestazioni patologiche eclatanti e incomprensibili; ravvisiamo in esse una doppia fenomenologia: l'evento isterico sotto forma di crisi acuta, la cosiddetta *grande hystérie* di Charcot (1887-88), e la presenza di sintomi funzionali duraturi a carico dell'innervazione sensoria o motoria (Freud, 1893, 1901, 1910a). Il coinvolgimento del corpo, *in toto* o nelle sue singole parti, pone fin da subito la questione della diagnosi differenziale, ovvero di una prospettiva duplice, che tenga conto della doppia iscrizione sintomatica: il motivo della mimesi dell'epilessia e dei segni sintomatologici fisici prescrive un «regime simil-organico» (Assoun, 1997, p. 27) che scompagina l'inquadramento clinico, mettendo in discussione la linearità eziologica delle scienze mediche. Tuttavia, «l'isteria (...) si comporta come se l'anatomia non esistesse per nulla o come se essa non ne avesse nessuna conoscenza» (Freud, 1893, p. 80), determinando un paradosso significativo che segna una divergenza: come se usasse, per il suo azionarsi, un altro corpo che sottostà alle leggi di un'«anatomia immaginativa» (Assoun, 1997, p.30). Nella differenza tracciata dai due regimi di funzionamento, ovvero un corpo-soma governato dall'anatomia e una psiche presa nel regime dei discorsi dell'animo umano, si va delineando un corpo psichico, dunque, suscettibile di subire le configurazioni patologiche delle diverse forme di isterismo e di mettere in scena qualcosa che sarebbe dovuto rimanere psichico ma che, invece, è caduto nel corpo: un "corpo-teatro", sganciato dal suo sostrato organico, che assegna ai sintomi isterici una realtà fisica. In questa terra di mezzo, al confine tra saperi apparentemente estranei, nasce il discorso psicoanalitico alle prese con il corpo isterico.

La scoperta freudiana del senso dei sintomi introduce la presenza aliena e inaccettabile del fantasma che, nell'isteria, prende possesso di un corpo divenuto compiacente. L'«enigmatico salto dallo psichico al somatico» (Freud, 1915-17, p. 234), mette in atto un conflitto psichico irriducibile che, rimosso topicamente nell'inconscio, appare sulla superficie corporea, posizionandosi in aree del corpo significative, in quanto traccia fantasmatica sepolta. Classificandosi come una psico-nevrosi, assieme alla nevrosi ossessiva e all'isteria d'angoscia, l'isteria presuppone qualcosa in più: una «compiacenza somatica» (Freud, 1901, p. 116), che rimanda a una debolezza del corpo preesistente alla nevrosi, dal carattere originariamente «organico e costituzionale» (*idem*), suscettibile di esprimere qualcosa di simbolico nel linguaggio isterico. Tale spunto freudiano pone interrogativi di non semplice soluzione in merito al rapporto e allo scambio tra il soma e il corpo investito dalla sessualità, così come alla loro originaria insorgenza.

La costruzione sintomatologica è definita dal segno sovradeterminato delle sue manifestazioni, la cui genesi è da ricercarsi nei conflitti infantili radicati nel sessuale. Va inquadrata, pertanto, la modalità d'azione di una tale costituzione, ovvero la questione del cosiddetto appoggio dello psichico sull'organico (Freud, 1905): un sessuale che, fin dal principio, presenta i caratteri tangenziali di una duplice iscrizione, qualificandosi come una psico-sessualità (Laplanche, 2005). Tale tema chiama in causa una complessa geografia dello psichismo che incrocia in maniera liminare lo psichico e il somatico, limite su cui si dispiega la pulsione. Generata da un fondo organico, essa consiste sostanzialmente in una spinta, un «frammento di attività» (Freud, 1915a, p. 98) che innesca un certo lavoro di traduzione psichica degli eccitamenti endogeni, «come una misura delle operazioni che vengono richieste alla sfera psichica in forza della sua connessione con quella corporea» (p. 98). Nel quadro della prima topica, Freud postula un dualismo pulsionale che vede contrapposte le pulsioni sessuali a quelle di autoconservazione o dell'Io: da una parte vi sono gli erotismi orali, anali, fallici e genitali, dall'altra l'adattamento dell'individuo alla realtà (Freud, 1911). Le pulsioni sessuali parziali, ab originem, lavorano per procurarsi un tipo di piacere particolare, un *Organlust* autoerotico e anarchico. Esse, in una prospettiva di sviluppo idealmente lineare, raggiungono un primo fascio di unità all'epoca della fase fallica, per poi venire rimosse in quella di latenza e riemergere nuovamente nella pubertà (1). Le pulsioni di autoconservazione, invece, pervadono la struttura stessa dell'Io che, a partire da una tensione verso il soddisfacimento immediato, appare sempre più capace di differirlo, aprendo una dimensione di progettualità. La sessualità infantile, perversa, polimorfa e autarchica, rimane attiva nell'inconscio anche dopo il suo integrarsi in un fascio di genitalità, suscettibile di slegarsi da tale centralità e riprendere le traiettorie autonome originarie. In questa cornice teorica, è possibile descrivere una duplice pertinenza degli organi: per un verso una loro partecipazione alla fisiologia dell'utile, implicati nella soddisfazione del bisogno, per un altro

coinvolti nel conseguimento del piacere, come fonte della libido. Il rischio patologico possibile, di cui l'isteria costituisce una particolare conformazione, è che un organo possa esagerare la sua erogenicità e che l'Io possa abdicare, per questo eccesso di investimento libidico, alla sua funzione di contenimento e differimento delle sollecitazioni (Freud, 1910a). Il sintomo isterico si configura così come un complesso tra le esigenze abnormi della libido e la difesa contro queste, attraverso una rimozione troppo estesa delle tendenze libidiche, laddove le zone erogene vengono usate come «apparati accessori e surrogati dei genitali» (Freud, 1905, p. 67) e il sintomo del corpo isterico diviene «l'attività sessuale [rimossa] dei malati» (Freud, 1901, p. 188).

Fin dall'ultimo decennio dell'Ottocento, Freud aveva individuato un altro gruppo di nevrosi, classificate in base al criterio dell'attualità: il motivo patogeno portante era da ricercarsi non nel passato infantile del malato, bensì nel presente del suo regime sessuale. Si tratta dapprima della nevrosi d'angoscia e della nevrastenia (Freud, 1894b), e in seguito dell'ipocondria (Freud, 1914). Le prime due possiedono un vasto ventaglio di sintomatologie somatiche in cui sembra sparire la consistenza psichica: esse sono considerate come alterazioni degli eccitamenti fisici (rispettivamente accumulo e impoverimento), la cui natura è esclusivamente somatica (Freud, 1894a). Il corpo, dunque, sembra escludere completamente la psiche; i sintomi smarriscono la loro qualificazione significativa in termini psichici. Gli stimoli fisici, provenienti dal fondo organico, appaiono non orientati a quel processo di traduzione pulsionale e psicosessuale, ma un'«alienazione tra somatico e psichico» (Freud, 1894b, p. 41) sembra caratterizzare il processo patologico. I sintomi attuali, difatti, non dicono niente, non hanno un idioma simbolico e un linguaggio: il corpo rimane muto, preso in un processo patologico apparentemente insensato (Freud, 1915-17c).

Gli eccitamenti somatici non traducibili psichicamente e le tensioni fisiche che sfuggono alla gestione dell'Io interrogano in primis il registro economico. Nell'economia del corpo «va distinto un qualcosa – ammontare affettivo, somma di eccitamento – che ha tutte le priorità di una quantità (...), un qualcosa suscettibile di aumento, diminuzione, spostamento e scarica» (Freud, 1894a, p. 134), la cui natura non è propriamente psichica, ma indifferenziata, somatica, suscettibile – tramite un'operazione cinetica degli investimenti – di accedere allo psichismo. È possibile riconoscere due forme di manifestazione di una tale energia: una liberamente mobile, per lo più dinamica e primaria, e una legata, statica e secondaria (Breuer & Freud, 1892-95). Il legame psichico è ciò che unisce questo flusso energetico alle rappresentazioni psichiche, condizione per l'elaborazione degli stimoli interni del corpo. In una certa misura, anche l'Io introdotto prima della seconda topica può essere inteso come un'organizzazione data da un investimento costante (Freud, 1895b): «Ove dunque esiste un Io, esso deve inibire i processi psichici primari» (p. 228). In termini metapsicologici, l'economia si fa affetto (Green, 1973), costituendo il motore dello psichismo,

inteso come processo della messa in forma che definisce non solo i contenuti psichici, ma struttura le sue stesse istanze esplorate e teorizzate con la seconda topica. A partire dai primi riferimenti freudiani citati, è possibile intendere il lavoro dello psichismo come un'opera di contenimento e limite di un fondo organico recalcitrante che manifesta il suo eccesso debordante, pronto a farsi sintomo, attraverso le forme eclatanti dell'isteria, oppure a "silenziare" l'opera trasformativa della psiche, imponendo una sintomatologia muta, attuale in quanto apparentemente priva di una storicizzazione significativa e che rimanda al nodo della questione della somatosi. L'affetto ha la proprietà di comporre il moto pulsionale stesso assieme al suo versante ideico (Freud, 1915a) costituendo, in tal modo, la vera «pulsionalità della pulsione» (Assoun, 1997, p. 96), nella misura in cui è suscettibile di slegarsi dalla sua rappresentazione e di configurarsi come energia bruta, slegata, puramente fisica. Se la rappresentazione può essere rimossa nell'inconscio, ciò che interessa l'assetto somatico, nell'isteria di conversione, sono le vicissitudini dell'affetto e più precisamente dell'angoscia: il movente del meccanismo di rimozione può essere inteso come una modalità di evitamento dell'angoscia. Pertanto, la belle indifférence (Freud, 1915b) dell'isteria testimonia, in maniera paradossale, in quanto patologia, l'efficacia del processo di rimozione nel ridurre al silenzio l'ammontare affettivo.

Le diverse alterazioni del funzionamento corporeo, sia nell'ordine nelle nevrosi che nei processi di somatizzazione, sono intrinsecamente legate a un'economica psicosomatica secondo la quale la consistenza dell'Io è la cifra significativa del regime di investimenti e delle loro possibili implicazioni patologiche. Pertanto, va presa in considerazione la capacità dell'Io di legare i movimenti quantitativi, oltre al suo stesso tessuto energetico. L'inquadramento teorico di tale strutturazione psichica richiede una nuova fondazione, capace di articolare un momento genetico della dinamica: con lo scritto sul narcisismo, Freud (1914) introduce e fonda il cuore della metapsicologia. Posto a metà strada tra l'autoerotismo e la scelta d'oggetto, il narcisismo presuppone una nuova azione psichica unificante rispetto al carattere frammentato e parziale dei diversi investimenti: il soggetto, prima di investire l'altro, «assume anzitutto sé stesso, vale a dire il proprio corpo come oggetto d'amore» (Freud, 1910b, p. 386). Qui è sancita l'istituzione di un Io e, in questi termini, si configura «prima di ogni altra cosa un Io-corpo» (Freud, 1922, p. 297) sul quale, a partire dagli investimenti della totalità dell'area corporea, convergono tutte le pulsioni quelle sessuali e di autoconservazione, mentre lo stesso Io diviene il serbatoio della libido – è da esso che partono (ed è a esso che ritornano) gli investimenti libidici (Freud, 1914). D'altra parte, se l'Io è il serbatoio della libido, la differenziazione tra libido dell'Io come manifestazione delle pulsioni di autoconservazione, e libido oggettuale come espressione delle pulsioni sessuali, diviene superflua, rischiando di far vacillare l'intera impalcatura metapsicologica fondata sul dualismo conflittuale dello psichico: il rischio

intravisto diviene superabile soltanto grazie a una sistematica revisione della teoria psicoanalitica che, con la cosiddetta “svolta del 1920”, conduce alla seconda topica.

Per quanto riguarda la sfera somatica, la nozione di narcisismo è densa di conseguenze: la malattia cosiddetta fisica, che colpisce il corpo organico, agisce sulla ripartizione della libido, scompaginandone gli investimenti. Il malato “reale”, finché dura la sua sofferenza, ritira i propri interessi libidici dagli oggetti, insomma, «smette di amare» (Freud, 1914, p. 67). Tutta la sua attenzione è rivolta all’area o all’organo corporeo che l’assorbe, al pari di un «aspiratore narcisistico» (Assoun, 1997, 86). Similmente, anche il malato “immaginario” per eccellenza, l’ipocondriaco, polarizza questa stessa attenzione su un qualche organo del corpo, senza per altro che l’organo sia “veramente” leso. Ma «l’ipocondria deve aver ragione» (Freud, 1914, p. 453), esigendo tutta una serie di penose sensazioni somatiche e di parestesie (Freud, 1894b); è così che va a posizionarsi come la terza nevrosi attuale nella tassonomia psicoanalitica freudiana, a fianco della nevrastenia e della nevrosi d’angoscia. Siamo nell’area di sovrainvestimento degli stati narcisistici, la cui condizione più estrema si verifica nelle psicosi. Infatti, l’ipocondria può anche prefigurarsi come un incipit psicotico: similmente a ciò che avviene nelle nevrosi, il malato interrompe le sue relazioni con il mondo esterno ma, a differenza di queste, gli oggetti fantasmatici non riescono a svolgere la loro funzione di coagulo degli investimenti, cosicché la libido rifluisce sull’Io espandendolo in modo megalomane nella forma del narcisismo secondario. L’angoscia nevrotica, d’altra parte, è suscettibile di trasformarsi in angoscia ipocondriaca, per cui le formazioni reattive o fobiche non appaiono adeguate a farvi fronte e le manifestazioni spettacolari del delirio e delle allucinazioni si configurano come tentativi, seppur fallimentari, di reinvestire le parole e le rappresentazioni di realtà (Freud, 1914). «Ma poi accade che ci si debba accontentare delle parole al posto delle cose» (Freud, 1915c, p.87), che le rappresentazioni di parola non riescano a collegarsi con quelle di cosa: è possibile riconoscere in questi processi psichici vicini e affini alle psicosi, dunque, un disinvestimento radicale della realtà interna ed esterna, in quanto sono venute a mancare le rappresentazioni, ovvero le formazioni sostitutive interne della realtà esterna; in questa accezione, la rappresentazione si configura come l’essenza della simbolizzazione (Green & Chiozza, 1991). L’ipocondria cortocircuita la rappresentazione, ne impedisce la genesi, usando il corpo somatico e reale.

Sul piano metapsicologico, la struttura del sistema inconscio consiste in «rappresentanze pulsionali che aspirano a scaricare il proprio investimento» (Freud, 1915c, p. 70) in moti di desiderio rimossi che, se non fosse per gli altri sistemi, si realizzerebbero nel *hic et nunc*. Queste spinte, pur contraddittorie, sussistono contemporaneamente senza negarsi a vicenda, dal momento che tra le prerogative dell’inconscio vi è l’assenza di contraddizione. Oltre a questa, ricordiamo: la mobilità degli investimenti rispetto alle varie rappresentazioni;

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell’Università “Sapienza” di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

l'assenza di temporalità dei processi inconsci; la sostituzione della realtà esterna con la fantasia. A queste quattro prerogative esplicitate nel testo metapsicologico, va aggiunta una quinta, tratta dalla corrispondenza con Groddeck, che Assoun (1997) denomina «il segreto metapsicologico»: «l'atto inconscio ha un'intensa influenza plastica sui processi somatici, quale non viene mai raggiunta dall'atto cosciente» (Freud, 1917, p. 17). Essa va definita come «l'effetto plastico attivo dell'atto inconscio sui processi somatici» (Assoun, 1997, p. 20). Ne consegue una definizione che configura il sistema inconscio come «il giusto tramite fra il fisico e lo psichico» (Freud, 1917, p. 18), «il tanto cercato missing link» (*ibidem*) tra psiche e soma. Ma ciò non significa affatto che il sintomo somatico vada a posizionarsi sullo stesso piano delle altre formazioni inconse, come un sogno o un lapsus, un atto mancato, un motto di spirito o un'azione isterica. Esso esula da queste catene significanti e classicamente interpretabili dal dispositivo psicoanalitico, in quanto non ha la loro stessa consistenza. Tuttavia, ciò implica che l'atto inconscio può intervenire sul corpo, traendo da questo godimenti segreti.

La seconda topica e la pulsione di morte

La seconda topica pone al centro del discorso un modello non più topografico, bensì strutturale della personalità psichica, composta da Io, Es e Super-Io. La genesi dell'Io va oltre il momento narcisistico (Freud, 1910b, 1914), per divenire una funzione psichica; essa rimanda alla «proiezione psichica della superficie del corpo» (Freud, 1922, p. 295) e deriva da sensazioni fisiche, «soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo» (*ibidem*), da un'epidermide «toccata». Ma «se c'è un Io corpo, l'Io non è tutto il corpo» (Assoun, 1997, p. 95): il corpo sottostante a questa funzione, quello reale, costituisce il generatore della vita pulsionale, in cui l'apparato psichico affonda tramite l'Es, «crogiuolo di eccitamenti ribollenti» (Freud, 1932, p. 185), ma anche zona di passaggio, aperta «all'estremità verso il somatico» (Freud, *ibidem*), da cui accoglie i bisogni pulsionali. In questa prospettiva, il fenomeno economico ha l'esclusiva: nell'Es non vi sono altro che «investimenti pulsionali che esigono la scarica» (Freud, *idem*, p. 479). Inoltre, siccome i confini sfumano e buona parte dell'Io diviene inconscia (come quella che mette in moto i meccanismi difensivi), mentre il Super-Io poggia le proprie basi nell'Es, è l'insieme dell'apparato psichico a filtrare le richieste pulsionali dall'organico, esse stesse espressione dell'elasticità o dell'inerzia dello psichismo.

La vera novità rispetto al modello del sistema inconscio della prima topica consiste nell'importanza riconosciuta alla pulsione di morte (Green, 1973). Essa è rivolta alla distruzione della propria dimora organica (Freud, 1932) ed è in azione per distruggere l'organismo dall'interno, per fare in modo che esso «possa dirigersi verso la morte per la propria via» (Freud, 1920, p. 250); ma il suo funzionamento è complicato e rinviato a opera delle forze sessuali e di vita che, pur cercando l'illusione di immortalità tramite la trasmissione della

sostanza germinale e la perpetuazione della specie, infine, si conciliano con Thanatos. «Ma il luogo dello slegamento pulsionale sarebbe la divisione dell'organico da sé stesso, (...) [una] lacerazione intraorganica» (Assoun, 1997, p. 100) che percorre la traiettoria della pulsione di morte nella forma del masochismo originario, operando silenziosamente ad un fine autodistruttivo. In questa nuova prospettiva, osserviamo una profonda revisione, per cui il nuovo dualismo pulsionale lavora e modella l'organico stesso.

Tra *Eros* e *Anteros* (Fain & Braunschweig, 1971) può sussistere un certo grado di disimpasto, come accade per esempio negli stati di ambivalenza che, pur tuttavia, per la loro universalità, possono essere concepiti come «un impasto pulsionale rimasto incompiuto» (Freud, 1922, p. 312). Oppure, ciò può andare nella direzione dei casi estremi, laddove sussiste il rischio che il desiderio di morte venga agito (melanconia, epilessia) (Freud, 1922, 1927). Nel setting analitico, questo misterioso programma autodistruttivo può rivelarsi nella relazione terapeutica negativa: «quando si dà (...) speranza [a questo tipo di persone], quando ci si dimostra soddisfatti del modo come il trattamento procede, sembrano scontente, e invariabilmente il loro stato peggiora, e addirittura reagiscono ai progressi della cura in modo rovesciato (...), peggiorano (...) invece di migliorare» (Freud, 1920, p. 320). Qui, il bisogno della malattia, la punizione della sofferenza, si manifesta come l'ostacolo più forte alla riuscita della cura, più potente perfino delle difese impenetrabili delle psicosi narcisistiche. La punizione della malattia presuppone un senso di colpa inconscio che va a comporre il tornaconto composito che il soggetto trae dal suo star male, «proprio ciò che rende preziosa la malattia per la tendenza masochistica» (Freud, 1924, p. 351). Il godere silenziosamente del dolore, quindi, va a beneficio di patologici equilibri tra istanze della personalità psichica, in cui le tendenze masochistiche dell'Io premono per essere soddisfatte dall'interno, per mezzo della condanna dell'istanza superegoica. Ma la nevrosi non è l'unica conseguenza delle attitudini dell'Io masochistico: «Contro ogni teorizzazione e aspettativa, una nevrosi che ha sfidato ogni sorta di sforzi terapeutici, può magari scomparire quando il soggetto incappa nella penosa situazione di un matrimonio infelice, o quando perde le proprie sostanze, o contrae una pericolosa malattia organica» (*idem*). Vi può essere un misterioso baratto tra le diverse forme di infelicità, purché ci sia sofferenza. Vi è quindi una certa legge economica della sofferenza: un guadagno masochistico. La situazione si complica quando la sostituzione di una malattia con un'altra non diviene un aggravante, bensì una remissione: «Gravi disfunzioni della distribuzione della libido come quelle che si verificano nel caso della melanconia sono temporaneamente eliminate se interviene una malattia organica, e anzi, che persino una *dementia praecox* pienamente sviluppata è suscettibile, in queste circostanze, di una provvisoria remissione» (Freud, 1920, p. 243). Le perturbazioni nell'economia libidica del corpo provocano modificazioni sul piano psichico (e viceversa); l'infiammazione degli organi, la

ferita del corpo, le lesioni intra- o extra- corporee, ne attirano l'energia, assorbendola, legandola, almeno temporaneamente.

Se il fine di Eros consiste nel legare - «quella unità, o tendenza all'unità, che caratterizza l'Io» (Freud, 1922, p. 316) – esso so porrà al servizio del principio di piacere che si va caratterizzando per questa qualità della pulsione. Al contrario, Thanatos può essere concettualizzato come la pulsione antierotica per eccellenza che va nella direzione contraria, verso la rottura dei legami, con gli slegamenti del disimpasto. Dunque, il suo fine ultimo è la riduzione degli eccitamenti al grado zero, il disinvestimento radicale, l'inerzia primordiale. Non si tratta di un principio di costanza, in quanto questo postula comunque un minimo di investimento, bensì di quello di inerzia che, già nel *Progetto* (Freud, 1895b), stava a indicare la tendenza primaria dell'organismo a mantenersi privo di stimoli mediante la scarica diretta e istantanea delle eccitazioni, ridefinito poi, nel 1920, come principio del Nirvana.

Pierre Marty e la Scuola Psicosomatica di Parigi

All'interno della vasta panoramica generale emerge, dal punto di vista storico, il vertice della Scuola Psicosomatica di Parigi, sede di importanti sviluppi teorici e pratici sull'argomento, nonché punto di riferimento per la tradizione psicosomatica. Come abbiamo evidenziato, le indicazioni freudiane offrono alla riflessione psicoanalitica una vasta serie di spunti inerenti la clinica del corpo, in particolare in riferimento al modello dell'isteria, delle nevrosi attuali, della malattia somatica, come dell'ipocondria. Ciascuna di queste forme psicopatologiche delinea una comune teoria dello "psicosoma", non inteso né in senso radicalmente dualista, come afferma la cultura bio-medica occidentale, né in direzione di un monismo, ovvero dell'assimilazione dei due termini, la psiche e il soma appunto, per cui l'uno risulta livellato sull'altro e viceversa. Ne consegue, come sostiene Green nella sua rilettura del corpus freudiano, che psiche e soma possiedono una «differenza di struttura (...), non di essenza» (Green & Chiozza. 1989, p. 48). L'ipotesi teorica delineata individua nel «dualismo della riunione» una definizione significativa: un dualismo "riunito", dunque, che implica una relazione mente-corpo elaborabile da parte dello psichismo e un sistema di rappresentazioni che direzionano i processi di simbolizzazione a partire dal corpo e a differenti livelli di complessità. In tal senso, parlare di "esperienza del corpo" significa prendere in considerazione entrambe queste polarità, impegnate in una relazione continua e reciproca, in cui elementi provenienti dal fondo organico sono suscettibili di subire trasformazioni in senso psichico, oppure al contrario, le componenti dello psichismo sono passibili di "cadere" nel corpo, rendendosi non simbolizzabili agli occhi della mente. Il destino di questa complessità dinamica dipende dall'organizzazione dello psichismo e dalla sua variabile capacità di adempiere a quelle esigenze di lavoro interno imposte dalla sua stessa connessione con la sfera corporea (Dejours, 1986).

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

Uno degli sviluppi più fertili delle tracce freudiane evidenziate (2) viene approfondito, intorno all'inizio degli anni 1960, in ambito francofono: Pierre Marty, che in collaborazione con Fain, de M'Uzan e David fonda la Scuola Psicosomatica di Parigi, ne è l'esponente principale. Focus dell'indagine è la malattia somatica, o meglio, il sintomo somatico nella sua relazione con la psiche. Quest'ultimo non può essere inteso come un "pezzo guasto a sé stante", piuttosto chiama in causa il corpo nella sua interezza e nelle sue intime connessioni con la specificità psichica del soggetto: «sono dunque gli individui umani a essere psicosomatici e non le malattie, nessuna» (Debray, 2002, p. 27, corsivi nell'originale). Pertanto, in assenza di una visione unitaria dell'essere umano, non è possibile nessuna presa in carico diagnostica, prognostica o terapeutica. Il sintomo somatico possiede una sua specificità, non essendo né simbolico come quello isterico, né direttamente interpretabile dal dispositivo psicoanalitico. Il modello di riferimento rimanda alle riflessioni di Freud (1894a, 1895a) sulle nevrosi attuali: l'apparato psichico, che normalmente riceve lo stimolo somatico per legarlo ed elaborarlo con le proprie modalità di funzionamento, non rileva l'eccitazione del corpo, permanendo questa nel terreno somatico. Vi è quindi un deficit di elaborazione psichica di fronte ad un corpo estraneo di cui il soggetto non riesce a fare esperienza: «la psichicità, là dove doveva esserci, è mancata» (Fornaro, 2007, p. 226). In quest'ottica, la Scuola di Parigi ha sottolineato l'importanza della funzione di "mentalizzazione" (3) dell'esperienza corporea. Nel modello psicosomatico, ciò equivale a indagare l'ampiezza della simbolizzazione psichica, partendo dal presupposto che sia «la qualità del funzionamento psichico a garantire l'integrità del funzionamento somatico» (Ferraro, 2010, p. 352). In fondo, il sintomo somatico, escluso da ogni elaborazione, si colloca «topicamente fuori psiche» (Debray, *ibidem*, p. 8), al di fuori dell'inconscio (in quanto sistema psichico seppur profondamente esteso) e, in ultima analisi, al di fuori dell'area di mentalizzazione della sfera corporea.

La ricerca psicosomatica in psicoanalisi, secondo la prospettiva introdotta da Marty (1980), presenta alcuni presupposti teorici che è bene esplicitare. In primis, è supposta una relazione corpo-mente che si gioca lungo l'intero arco diacronico della vita dell'individuo e che implica l'azione delle pulsioni di vita e di una spinta all'organizzazione da una parte e delle pulsioni di morte con la disorganizzazione dall'altra. Tale concezione dello sviluppo è lungi dall'essere lineare, in quanto presenta una progressiva classificazione dell'organizzazione delle funzioni del soggetto. Attraverso la definizione di "catene evolutive multiple", somatiche e psichiche, si vanno delineando numerosi processi di gerarchizzazione. In tal senso, il modello delle pulsioni orali, anali, uretrali e genitali, così come descritto da Freud (1905), si integra con ciò che Marty (1980) definisce il "processo evolucionistico", cosicché i movimenti progressivi dello sviluppo vanno includendo le tappe sessuali, rafforzando la "catena evolutiva centrale" lungo un asse mentale comprendente la psicosessualità. In

senso contrario, invece, vanno le tendenze regressive che, pur essendo onnipresenti nella vita dell'individuo, si caratterizzano per l'impatto che sono suscettibili di provocare dall'organizzazione complessiva, a sua volta sostenuta dalla costellazione di punti di fissazione. Questi ultimi possono essere seminati lungo un asse mentale (la "catena evolutiva centrale"), oppure lungo linee di sviluppo somatiche e rendono conto di punti di consistenza a molteplicità variabile. Quando si attiva una tendenza regressiva mossa da un evento (o situazione) di impronta traumatica, questa procede all'indietro, logorando le acquisizioni dello sviluppo, fino a quando non trova un punto di fissazione, collocato su un asse mentale o fisico, sufficientemente solido e adatto ad arrestarla, contenerla ed eventualmente rilanciarla nel senso di una riorganizzazione del sistema. Clinicamente, se il moto involutivo viene arrestato da un punto di fissazione localizzato sulla linea psichica, in cui le difese maggiormente evolute siano sufficientemente salde, è probabile che si attivi qualche sintomo di natura mentale; una "soluzione somatica", invece, può apparire nel caso in cui la fissazione sia collocata lungo una traiettoria fisica. Nel caso più estremo, e in mancanza di argini di fissazione sia dal punto di vista mentale che somatico, il moto regressivo può condurre teoricamente verso la morte (Marty, 1976).

Marty introduce, in particolare, due nuove categorie nosografiche utili all'approccio psicosomatico, da posizionarsi a fianco alle classiche macrocategorie delle nevrosi e delle psicosi "ben mentalizzate": si tratta delle nevrosi del comportamento e del carattere.

La nevrosi del comportamento si caratterizza per la fragilità delle difese psichiche e per la mancanza di una dimensione interna sufficientemente strutturata, cosicché il suo funzionamento è regolato soprattutto nei termini di un ricorso all'azione finalizzato a rigettare ciò che la psiche non è capace di rielaborare. A tal proposito, ritroviamo nel testo freudiano (Freud, 1913) le riflessioni sull'*agieren*, in opposizione ai processi di simbolizzazione che implicano il ricordo e la mentalizzazione. In merito al sintomo somatico, Green (1973) amplia la riflessione: ciò che viene espulso dallo psichismo (o ciò che non può rientrarvi affatto) non è soltanto la rappresentazione psichica, bensì qualcosa nell'ordine dell'affetto. Nei pazienti psicosomatici, infatti, è questo che non trova alcun tipo di rappresentabilità, rendendone impossibile l'esperienza: è un intruso da espellere fuori dalla realtà psichica. «La crisi somatica degli psicosomatici (...) rappresenta un autentico acting out. Un agire al di fuori orientato verso il dentro» (*ibidem*, p. 152) e finalizzato a liquidare lo psichismo. L'affetto, «non soltanto inconscio, ma precluso» (*ibidem*), diviene così l'essenza della somatizzazione. L'espulsione agita dell'affetto sul corpo non libidico, puramente biologico, prende la direzione dell'"in", correlativo all'"out": «acting in» (Green, 1974), dunque, come modalità di evacuazione degli affetti nel corpo.

Per quanto riguarda la nevrosi del carattere, anch'essa assume una propria fisionomia: il tratto patognomico è dato dall'instabilità del funzionamento psichico nel tempo, in presenza di una grande numerosità dei punti di fissazione, non dotati però di solidità consistente, né sull'asse mentale, né su quello somatico. Tale irregolarità qualifica la nevrosi del carattere come una categoria nosografica eterogenea e collocabile tra due estremi: se da una parte vi sono le patologie organizzate "in positivo" (mentalizzate) e dall'altra quelle "in negativo" (caratterizzate dal deficit di elaborazione mentale), tale quadro nosografico può essere posizionabile a metà del continuum, ovvero sul limite. Questa particolare collocazione comporta un «aspetto sintomatologico polimorfo» (Marty, 1980): psichico, somatico o psicosomatico.

La considerazione dell'organizzazione mentale, secondo la prospettiva proposta da Marty, va di pari passo con una particolare attenzione rivolta alla coordinata economica psicosomatica e all'equilibrio generale dello psichismo. In tal senso, il sintomo somatico appare come un vero e proprio regolatore dell'omeostasi nella specifica dinamica psichica del soggetto. Questi equilibri sono definiti in base a quattro differenti sistemi economici fondamentali che articolano lo stato dei meccanismi evolutivi e involutivi dell'individuo: vi sono così le "apparenti inorganizzazioni", tipiche dei nevrotici del comportamento, che registrano un tipo di regressione che si instaura fino a quando non interviene una modificazione importante nella realtà esterna; le "disorganizzazioni progressive", che possono caratterizzare tanto la nevrosi del comportamento quanto quella del carattere, imponendo moti involutivi rapidi o lenti, intervallati da paure, che possono far pensare ad apparenti fasi di ripresa, ma in cui i punti di fissazione non riescono ad arrestare su nessun piano la disorganizzazione, cosicché «il passaggio da una sintomatologia somatica a un'altra, come l'aggravamento progressivo della sintomatologia generale, è la regola» (Debray, 2002, p. 24); infine, vi sono le regressioni "totali" e quelle "parziali", entrambe suscettibili di manifestarsi in qualunque struttura psichica (psicotici, nevrotici o psicosomatici), che tuttavia presentano una sintomatologia mentale positiva, tale da poter arginare la disorganizzazione somatica e sancire una riorganizzazione del sistema.

Appare chiaro che «soltanto l'organizzazione regolare di una patologia psichica attiva (...) [può] essere considerata come una garanzia di fronte ai rischi di una disorganizzazione progressiva» (Marty, 1980, p. 10). L'assenza di sintomatologia in senso "positivo" minaccia conseguenze drasticamente "negative", soprattutto in riferimento a un particolare incastro, ovvero quando un processo di "disorganizzazione progressiva" si innesta su una nevrosi del carattere. In tal caso, la perdita delle acquisizioni dello sviluppo, la progressiva "sottrazione" degli elementi psichici, l'aggravarsi dei sintomi somatici, possono condurre a stati devitalizzati dell'esistenza, configurando una situazione depressiva particolare, la cosiddetta "depressione essenziale", caratterizzata da «uno stato puro, senza colorazione sintomatica, senza una controparte

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

economica positiva» (*ibidem*, p. 63), un quadro costituito da «funzionamenti in meno, senza funzionamenti in più» (*idem*). Senza angoscia e senza tristezza, senza alcuna autoaccusa, senza senso di colpa, né deliri di inferiorità, tipici di melanconie maggiormente “mentalizzate” come quelle descritte da Freud e dalla psicoanalisi classica (Abraham, 1924), il malato manifesta una vaga percezione di stanchezza e astenia. La patologia dai contorni “essenziali” gira attorno a un vuoto, a un niente che cancella la percezione della propria vita, nonché le strutture più evolute di mentalizzazione (il simbolismo, i nessi associativi, i sogni, il pensiero astratto, la tonalità affettiva del discorso, le metafore). Il funzionamento dell’individuo nella realtà, in tal caso, non si arresta, ma appare semplicemente impoverito, meccanico, “operatorio” e ancorato al “mondo dei fatti” e al conformismo. Più l’Io si eclissa, più sono suscettibili di aggravarsi i disturbi somatici, «il cui valore è quasi sempre “qui” negativo, poiché (...) [denotano] la presenza degli istinti di morte» (Marty, 1980, p. 68); «senza desideri e senza piaceri, esposto tuttavia alle ferite e alle malattie, il soggetto in stato di vita operatoria suggerisce sovente l’immagine di un morto vivente» (*ibidem*, p. 110). Una morte interna, dunque, segno dell’azione silente degli istinti di morte che disgregano l’organismo dall’interno e che mettono in scacco i suoi legami funzionali e le sue gerarchizzazioni, mentre «il campo della vita (...) resta coperto dalle sole funzioni in stato di automazione, il cui numero si assottiglia ancora progressivamente» (*ibidem*, p. 119). In casi estremi, l’involutione progressiva porta alla morte, quando il principio di automazione, ovvero il funzionamento separato di ciascun sistema, ha ceduto «a livello di tutte le funzioni psicosomatiche, ivi comprese quelle originarie, del nucleo dell’inconscio» (*idem*).

André Green e il negativo

Alla prospettiva del “deficit di simbolizzazione” nella malattia psicosomatica di Marty (1980), si aggiunge anche il contributo di André Green (Green & Chiozza, 1989; Green, 1973) che tematizza un «somatico (...) privo di significato e, ancor più radicalmente [una] malattia somatica (...) fuori dal campo di influenza della psicoanalisi» (Ferraro, 2011, p. 351), focalizzando la propria attenzione sulla categoria diagnostica difficilmente definibile degli stati limite, la cui peculiarità consiste in una notevole carenza di organizzazione e strutturazione. La mancanza di una produzione sintomatica positiva in questi stati indefiniti, così come nelle psicosomatosi di Marty, indica una comune fragilità egoica, una difficoltà dell’Io (e talvolta una sua incapacità) a trattare le formazioni rappresentative e le loro componenti affettive.

Per procedere oltre, è necessario spostare il focus da questo “difetto” dell’Io verso il limite tra lo psichico e il somatico, sul loro bordo di contatto o alienazione. Infatti, il concetto di limite, come sostiene Green (1976), consiste in «una frontiera mobile e fluttuante (...) sia nella normalità che nella patologia. [Esso] può essere un concetto fondamentale nella psicoanalisi moderna. Non si

tratta di riformularlo nei termini di rappresentazione figurata, ma piuttosto in quelli di trasformazione di energia e di simbolizzazione (forze e significato)» (p.108). Estendere le considerazioni dello psicoanalista alle psicosomatosi può risultare utile a fornire indicazioni per gli “stati al limite” tra psiche e soma, dal momento che anche qui si ritrova una particolare indefinitezza dei quadri clinici, oltre che una significativa squalifica dello spazio psichico: il comun denominatore è proprio il “vuoto” che si insedia nella realtà interna, lasciando nient’altro che un “bianco” nel funzionamento del pensiero, segno evidente della sua assenza. Ciò che contrassegna la negatività trasversale a tali patologie liminari è la pulsione di morte, in un certo senso il negativo per eccellenza in psicoanalisi, rivolta com’è alla «distruzione della propria dimora organica» (Freud, 1932, p. 507). Essa attua silenziosamente un tipo di “lavoro del negativo” lontano perfino dai rumori dell’odio: la sua primordiale tendenza consiste, piuttosto, nel far terreno bruciato delle strutture psichiche, nella cancellazione dei loro legami, nel perseguire una particolare traiettoria di anti-simbolizzazione, secondo la sua naturale propensione verso l’inerzia, lo zero di eccitazioni (Green, 1966-67, 1993). Il negativo non è soltanto sottrazioni di elementi: esso assume un proprio statuto, una forte concentrazione nell’Io di agenti atti ad attaccarlo e indebolirlo: «il lavoro del negativo [viene] considerato (...) sotto l’angolatura del funzionamento dell’Io» (Green, 1993, p. 24). Le conseguenze per il corpo costituiscono potenzialmente un dramma ben più grave di quello che caratterizza le patologie organizzate in positivo: «vi è un legame tra questa riduzione psichica e il rischio vitale incorso dal paziente. Qui la morte non è solo psichica, (...) essa sembra sopraggiungere al termine di una disorganizzazione interna» (*ibidem*, p. 22). Se lo psichismo può talvolta sprofondare in un buco senza fondo, ciò lascia intendere la mancanza del fondamentale oggetto interno, e non solo della sua imago, bensì della stessa funzione relazionale che organizza i legami tra le diverse istanze dello psichismo. Il coinvolgimento dell’Io nei processi di distruzione interna copre e snatura la problematica edipica, richiamando il momento della sua stessa formazione, che si svolge tra le maglie del narcisismo primario.

Posizionato teoricamente negli scritti freudiani tra la prima e la seconda topica, Green (1967b) propone una rilettura metapsicologica del narcisismo primario, collocandolo tra *Eros* e *Thanatos*, al cuore della seconda topica. Se lo si concepisce, conformemente a Freud (1910b, 1914), come il momento della riunione delle pulsioni parziali, fino ad allora autoerotiche, che sigla la nascita dell’Io, è facile che emerga una convergenza concettuale con Eros, che tende a sintesi sempre maggiori (Freud, 1920). Ma l’Eros unitario del “narcisismo di vita” non può che possedere un «doppio rovesciato» (Green, 1976b), cosicché a esso si affianca un “narcisismo di morte”. Questa controparte negativa consiste nel fattore antilibidico della pulsione mortifera, che mira a ridurre al silenzio Eros, spingendo verso la vita inorganico. Questo logico completamento concettuale, inoltre, può essere ritrovato nelle concettualizzazioni dell’opera

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell’Università “Sapienza” di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

freudiana circa il narcisismo primario assoluto (Freud, 1932), inteso come prolungamento della situazione intrauterina che si protrae nella relazione primaria anteriore allo svezzamento, e ancor più indietro, come evidenziato, con il principio d'inerzia del *Progetto* (Freud, 1895b), che postulava la tendenza primaria del sistema nervoso a mantenersi privo di stimoli mediante la scarica diretta e istantanea delle eccitazioni. Questa aspirazione primaria, ridefinita da Freud nel 1920 come principio del Nirvana, si va modificando per azione della realtà (e dell'oggetto generatore di stimoli); il cambiamento consiste nel principio di costanza, tentativo dell'apparato psichico di conservare quanto più basso possibile il livello di eccitazioni: «è alla secondarizzazione, comandata dalla necessità di mantenere un minimo di investimento, che ubbidisce la costanza» (Green, 1966-67, p. 104). La funzione secondaria, quindi, permette al sistema di trattenere un minimo di investimento. L'Io stesso, dunque, in termini economici, è il prodotto di un investimento relativamente costante, consistendo in una sorta di riserva energetica.

La prospettiva economica rimanda a quella topica: il punto è quale sia l'origine degli investimenti primari. Freud pone la soluzione a questa questione prima nell'Io (1914), poi nell'Es (1932), poi di nuovo nell'Io, partendo dal presupposto che questo sia solo una parte dell'Es modificatasi per azione della realtà. Secondo Green (1966-67), invece, l'origine degli investimenti primari non può essere che esterna e porre in causa l'oggetto primario: l'intero processo di investimento esiste solo perché la madre investe il suo infante. All'interno di un «Es comune» e primitivo sono presenti, quindi, queste due polarità, madre e bambino, tra i quali s'impone, «nel modo più semplice [economico], una corrente di investimento» (*ibidem*, p. 148). Mentre Freud teorizza la fondamentale assenza dell'oggetto nel processo dell'autoerotismo (e poi del narcisismo), Green ne include la presenza nascosta. La simultaneità tra i due eventi – la perdita dell'oggetto e la percezione complessiva dell'oggetto – precede la chiusura autoerotica dell'infante. Green rilegge così la sessualità infantile in relazione alla figura dell'oggetto, collegandola alle vicissitudini dell'introiezione: vi è un passaggio «dall'oggetto del soddisfacimento “all'esterno” alla ricerca di un oggetto di soddisfacimento, se non proprio “all'interno”, almeno nello stesso corpo del bambino» (*ibidem*, p. 135). Pertanto, «la pulsione autoerotica è una pulsione capace di soddisfare sé stessa, *in assenza* come *in presenza* dell'oggetto, ma indipendentemente da esso» (*ibidem*, p. 136, corsivi nell'originale). Ma è la scomparsa dell'oggetto primario a occupare un ruolo fondamentale nella formazione dell'Io dell'infante: la madre, da figura significante e centro del mondo del piccolo, diviene un fondo strutturale. L'oggetto primario c'è e non c'è, nel senso che è nella sua assenza che si struttura lo psichismo: «il narcisismo stesso non è che l'appartenenza dietro alla quale sempre si cela l'ombra dell'oggetto invisibile» (Green, 1976b, p. 43). L'introiezione della madre si costituisce quale «struttura inquadrante» della psiche infantile, come «matrice delle identificazioni» (Green, 1966-67)

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

future, come il fondo originario dello spazio psichico, al di sotto della struttura narcisistica, di cui compone le basi. L'invisibilità è fondamentale: essa viene, infatti, sottoposta a un ulteriore processo di "cancellazione", tale da permettere all'emergente istanza egoica di impostare un regime autarchico, nell'ordine dell'autosufficienza. Si tratta dell'«allucinazione negativa» (Green, *ibidem*, p. 152) dell'imago materna totale, che si dissolve sullo spazio rappresentativo. Tale negativizzazione permette il narcisismo dell'Io in formazione, le cui conseguenze sono dense di significato: gli investimenti primari, internalizzati come base dello psichismo, si dirigono verso l'Io, componendone, in modo relativamente costante, il tessuto energetico. L'Io libidinizzato vive un'illusione autarchica, un sogno di autosufficienza. Tuttavia, affinché questa primaria introiezione si realizzi, «l'amore per l'oggetto (...) [dovrebbe essere] sufficientemente sicuro da svolgere un ruolo da contenitore nello spazio rappresentativo» (Green, 1980, p. 294) - «esso deve essere là per essere misconosciuto» (Green, 1976b, p. 79). Ciò che costituisce lo sfondo, sulla scia dei meccanismi dell'allucinazione negativa, è un «campo vuoto», bianco, suscettibile di essere riempito da qualunque tipo di fantasia, sia nell'ordine del distruttivo, che dal lato erotico. E soprattutto, «questo vuoto non (...) [dovrebbe essere] mai avvertito dal soggetto, perché la libido ha investito lo spazio psichico, e gioca il ruolo di matrice primordiale per investimenti futuri» (Green, 1980, p. 294). Il vuoto qui è spazio di vita e tela bianca che, se resiste, diviene garanzia della creatività del soggetto; ma se le vicissitudini di interiorizzazione subiscono delle complicazioni che rendono questo dentro instabile, diviene chiaro che il bianco non sarà in grado di proteggere il narcisismo del bambino, segnato, pertanto, da faglie narcisistiche e ferite dell'Io. Se l'oggetto non si dissolve sullo sfondo, se la libido oggettuale non diviene libido narcisistica - in altre parole, se il narcisismo di vita si converte in narcisismo di morte - «la distruzione dell'oggetto può assumere la forma riflessa dell'autodistruzione» (Green, 1976b, p. 65). In tal caso, l'oggetto è troppo presente, troppo traumatico, assorbendo e sottraendo gli investimenti necessari all'economia dell'Io. E tale processo ha delle ricadute sull'esperienza del corpo: se l'introeiezione non riesce ad effettuarsi, il moto di ripiegamento narcisistico non si addentra internamente all'organizzazione psichica. L'oggetto può rimanere allora sul limite corporeo: «l'oggetto ipocondriaco è ritagliato sul corpo della libido corporea dell'investimento psichico destinato all'Io» (Green, 1966-67, p. 156). L'organo dell'ipocondria si dà nella forma negativa dell'autoerotismo, dal momento che l'allucinazione negativa non è riuscita a relegare l'oggetto sullo sfondo. In tal modo, l'oggetto (interno) è assente, mentre al suo posto è collocato un corpo dolorante, che bisogna controllare, scrutare, auto-osservare. Ma il processo patologico può spingersi ben oltre questa forma ipocondriaca: un oggetto che si mostra troppo deludente, che anticipa la soddisfazione, che cura senza amore, che interviene quando l'Io dell'infante ha ormai superato le proprie possibilità di attesa, può provocare la presenza insistente e persistente di

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004) - www.funzionegamma.it

angosce psicotiche: «All'estremo delle possibilità dell'apparato psichico nella sfera psichica» (Green, 1979b, p. 177), può aprirsi la strada delle psicosomatosi. La regressione procede così all'indietro, in assenza di un confine psichico capace di contenerla. Siamo di fronte alla cosiddetta «demenza del soma» (1979b, p. 178), determinato a distruggersi dall'interno.

Alcuni brevi riferimenti agli stati liminari, così come descritti da Green, possono costituire un contributo utile alla comprensione della questione psicosomatica secondo tale specifica cornice di pensiero. Ritroviamo negli stati limite, con una certa regolarità, una faglia narcisistica la cui posta in gioco non è tanto la dinamica delle pulsioni, quanto la relazione con l'"oggetto-trauma", che occupa un posto di rilievo nell'economia psichica. L'organizzazione psichica è a metà: né psicotica, né nevrotica, «né sì, né no» (Green, 1976a). Il risultato è un tipo di organizzazione che «tende a creare una corazza narcisistica protettiva e preventiva dei traumi, ma al prezzo di una sclerosi mortificante che mina il piacere di vivere» (Green, 1979b, p. 192), producendo delle rotture sia tra il soggetto e la realtà, sia all'interno del soggetto stesso. Mentre l'Io rimane privo di coesione e coerenza sotto i colpi della scissione, la configurazione relazionale che lo unisce al suo oggetto assume forme particolari. Al di sotto di questo ripiegamento narcisistico, all'insaputa del soggetto, «l'Io riporta l'oggetto nella sua rete» (*ibidem*, p. 185), rovesciando la direzione degli investimenti: l'oggetto narcisistico minaccia l'esistenza egoica stessa, l'Io rischia di dissolversi nell'altro troppo presente. «Il soggetto sarà preso tra l'angoscia di separazione, che significa la perdita dell'oggetto, e l'angoscia di intrusione, [dove sussiste] il pericolo di invasione da parte di questo» (*ibidem*, p. 193). Qui emergono le due facce dell'oggetto – questo Giano bifronte – che si collocano sempre nell'aut aut: la scissione dell'oggetto (nonché la sua onnipotenza), che lo pone come buonissimo o cattivissimo, mai intero e mai buono e cattivo in contemporanea. L'organizzazione narcisistica del soggetto a limite mostra, così, la vaghezza della triangolazione edipica, mentre ciò che costituisce la sua essenza sembra essere più una "bi-triangolazione" (Green, 1974) arcaica a livello fantasmatico; infatti, l'oggetto narcisistico scisso sosta su un taglio, un al di qua e un al di là del limite. Ciò che manca è la presenza di un'introiezione della relazione con l'oggetto sufficientemente stabile, dal momento che esso «non può essere portato a livello personale, o comunque, non può rimanervi in modo durevole» (*ibidem*, p. 70). Queste configurazioni relazionali bi-triangolari provocano delle conseguenze a livello della formazione del pensiero: «poiché non è mai assente, questo oggetto non può essere pensato» (*ibidem*, p. 69), cosicché lo spazio psichico si trova invaso da un oggetto perfetto ma indisponibile (nonché suscettibile di venir perduto), e da uno persecutorio che, espulso all'esterno, rischia di tornare nel reale, mobilitando tutta una serie di controinvestimenti difensivi che esauriscono le risorse dell'Io. L'inaccessibilità porta alla depressione, la presenza invasiva al delirio: è questo lo scenario delle due tendenze negli stati limite. Tali riferimenti agli stati limite pongono in causa la

stessa formazione del pensiero, implicando una «paralisi del pensiero, che si traduce in una ipocondria negativa del corpo, in particolare alla testa: l'impressione di una testa vuota, di un buco nell'attività mentale» (*ibidem*, p. 70), in ultima analisi, un'assenza del pensiero. È ciò che Green chiama “psicosi bianca”, apparentemente asintomatica, o meglio, sintomatologicamente negativa.

La categoria del “bianco psichico” diventa la chiave per comprendere le patologie liminari: sotto il rumore delle relazioni bi-triangulari del soggetto, oltre il limite della logica duale tra amore e odio, agisce in modo nascosto l'orrore del vuoto. Infatti, se l'oggetto cattivo scomparisse, non rimarrebbe che spazio inoccupato, in quanto l'oggetto buono non riuscirebbe a occupare lo spazio psichico che per un tempo limitato; ciò che si gioca, è una dinamica «“dopo” il vuoto» molto intensa: «l'oggetto è cattivo, ma è buono in quanto esiste, perfino quando non esiste come oggetto buono» (*ibidem*, p. 84). «Il vuoto ha richiamato il troppo pieno, il troppo pieno ha determinato lo svuotamento» (*ibidem*, p. 70): ciò che il soggetto teme è lo sprofondamento nel nulla – l'Io non è investito, l'oggetto non diviene qui struttura inquadrate. Il vuoto, dunque, non può essere investito libidicamente, non può divenire spazio personale, in quanto privo di fondo psichico. Il narcisismo di vita rimane al margine, mentre quello di morte imposta il suo regime silente. In questo scenario, il masochismo, anche primario, tende a preservare il legame con l'oggetto tramite «la negativizzazione del piacere e la ricerca del dolore» (Green, 1969, p. 220). Pertanto, il narcisismo di morte, a cui è sotteso il principio d'inerzia, spinge verso la cancellazione delle eccitazioni vitali, trovandosi estraneo a ogni tipo di affetto di qualunque qualità. Esso aspira così al niente contro il quale il soggetto attiva le proprie difese per non sprofondare nella morte psichica: «Alla cappa di piombo della sofferenza psichica si sostituisce il coperchio della bara. Perché a quel punto si tratta di un sentimento d'inesistenza, di un non-essere, di un vuoto interiore ben più intollerabile di ciò contro cui bisognava proteggersi» (Green, 1969, pp. 230-231). Il narcisismo negativo contiene, tra le sue pieghe, la consistenza economica della rarefazione degli investimenti, «il ritiro narcisistico è il corollario del disinvestimento oggettuale» (Green, 1979a, p. 185). Il “lavoro del negativo” della pulsione di morte si svolge lungo i bordi, sui limiti, tra gli opposti – buono e cattivo, l'Es e l'Io, l'Io e l'altro – ma anche tra psiche e soma, che sono suscettibili di differenziarsi, di divenire “la stessa cosa”, per finire nell'annullamento primordiale delle differenze. Il destino della desertificazione oggettuale e della negativizzazione psichica compongono quella forma di negativo radicale che può essere messa in gioco nella psicosomatosi, dimostrando la relazione tra la riduzione psichica e il rischio vitale che ne potrebbe seguire. Pertanto, non è possibile parlare di psicosomatica senza prendere in considerazione il processo di disinvestimento dello spazio psichico che vi partecipa.

Jean Laplanche e Christophe Dejours: dalla teoria della seduzione generalizzata all'inconscio enclavé

All'interno della prospettiva francese, è possibile leggere una certa continuità di pensiero rispetto alle teorizzazioni fin qui esposte nei contributi di Laplanche e Dejours che rilanciano il corpo tra le cornici della metapsicologia.

Come ribadito precedentemente, la complessità della questione psicosomatica richiede di andare oltre la pura ricerca sull'eziologia differenziale tra sintomo isterico e sintomo somatico; l'oggetto del discorso diventa allora il corpo "vissuto" dall'individuo, non strettamente imbrigliato nelle sole coordinate economiche. Per quanto appaia decisiva la priorità del punto di vista economico, esso rischia di oscurare le potenzialità significanti del lavoro psichico dell'esperienza del corpo. Sempre all'interno della tradizione francese, un ulteriore focus di indagine approfondisce le modalità con cui il soggetto elabora i propri stati somatici, delineando una fenomenologia soggettiva della percezione di sé. Allo stesso modo, la teoria della carenza fantasmatica della Scuola di Parigi, nelle declinazioni del "pensiero operatorio" e della "depressione essenziale", rischia di confondere le cause con le conseguenze: non tutti i malati psicosomatici sono caratterizzati da un deficit dello psichismo, così come non tutte le patologie psicosomatiche nascono in un contesto depressivo. Ciò non toglie che vi possa essere una funzione del sintomo somatico che si rende "aspiratore" degli stati inelaborabili della psiche, impoverendo progressivamente la dinamica psichica. In tale direzione va l'apporto di Dejours (2002) che, recuperando gli aspetti più esplicitamente dinamici dell'esperienza corporea e psichica, ricolloca il sessuale al centro del discorso. L'accento qui non viene più posto sui deficit della mentalizzazione, ma sull'«impatto di un corpo mutilato o malato [qualunque ne sia la causa] sull'esigenza e sulla capacità di lavoro imposte allo psichismo» (p. 101). Questa prospettiva, che recupera la dimensione metapsicologica in un'accezione squisitamente freudiana, appare in continuità con le riflessioni di Jean Laplanche (2005).

La teoria della seduzione, ipotizzata da Freud (1896b) come possibile fattore eziologico dell'isteria, poi abbandonata (Freud, 1897) a favore del fantasma di seduzione, viene ripresa da Laplanche, generalizzata e integrata con le intuizioni freudiane del 1905 circa l'effetto delle cure materne sul corpo del bambino: «i rapporti del bambino con la persona che ha cura di lui sono per lui una fonte inesauribile di eccitamento e di soddisfacimento sessuale a partire dalle zone erogene, tanto più che tale persona – di regola la madre – riserva al bambino sentimenti che derivano dalla vita sessuale di lei, lo accarezza, lo bacia, lo culla: lo prende con evidente chiarezza come sostituto di un oggetto sessuale in piena regola» (Laplanche, 2005, pp. 123-124). Vi è sempre seduzione nella misura in cui colui che si prende cura del bambino è un adulto con un inconscio sessuale costituito da residui infantili, con una predisposizione perversa polimorfa più o meno rimossa. Lungi dall'essere una circostanza patologica, la seduzione

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

diviene così la regola densa di effetti sul piano della genesi dello psicosessuale e, in definitiva, del pulsionale. Laplanche introduce il contesto della «situazione antropologica fondamentale» (2005, p. 852) per indicare la relazione che si stabilisce tra adulto e infans, a partire dal registro autoconservativo, fornendo così la base per una sorta di “comunicazione” che si radica nell’invisibile. Se sul versante biologico lo scambio si dà ben presto in senso reciproco, sul piano dello psichismo esso si orienta in modo dissimmetrico. Di fronte al corpo del bambino e sotto la pressione dell’istinto della suzione, dal momento che anche il seno materno è una zona erogena, la costellazione psichica dell’adulto si caratterizza per movimenti di ritorno del rimosso: l’infante ne mobilita i fantasmi, la storia della sessualità infantile, le pulsioni che, a loro volta, s’infiltrano nella comunicazione auto-conservativa, “contaminandola” di sessuale. È proprio questo il tempo della genesi della pulsione nel corpo del bambino: il fantasma si iscrive, per così dire, «al di sotto del sottile strato della coscienza, o “sottopelle”» (Laplanche, 2004, p. 15) senza venir compreso, rimanendo lì – in attesa. Infatti, la pulsione non sorge dal corpo biologico, né si sposta tramite moti automatici da una zona all’altra; il fatto «che la pulsione prenda avvio su un limite, sulla linea di articolazione tra l’autoconservativo e il sessuale, non implica che sia essa stessa un essere-limite» (Laplanche, 1986, p. 363). La pulsione non è l’istinto, né da questo deriva – il suo luogo di provenienza è l’altro adulto, o meglio, l’altro nell’adulto, il suo inconscio. Vi sono qui una ripresa e un rimaneggiamento del modello dell’appoggio freudiano, depurato di ogni biologismo: se la pulsione «sorge appoggiandosi [alle] (...) funzioni vitali del corpo» (Freud, 1905, p. 81), vuol dire che essa compie una trasformazione nel senso erotico del corpo, non immanente a esso, bensì risulta importata dall’oggetto-seno all’epoca dell’allattamento. Dunque, prima della relazionalità non vi è nessun pulsionale. Per mezzo di questa trasformazione e tramite i gesti seduttivi dell’adulto sessuato, le zone del corpo biologico, in primis la bocca, diventano zone erogene; «l’appoggio opera come una sovversione» (Dejours, 2004, p. 778) fondando la sessualità psichica. Successivamente, anche il resto del corpo viene coinvolto in questo moto di parziale affrancamento dal biologico, passando per le zone che lo delimitano, gli sfinteri, gli organi di senso, poi gli organi interni. Lentamente, sul corpo fisiologico si va edificando un corpo erotico, sessuale, al contempo libidicamente investito, che fungerà da «luogo geometrico a partire dal quale si dispiega progressivamente la soggettività» (*ibidem*, p. 780) nel registro del desiderio. Si tratta del «risultato di un dialogo intorno al corpo e alle sue funzioni» (*ibidem*, p. 779) generatosi nella situazione antropologica fondamentale, processo di “antropizzazione” del bambino all’interno della relazione sessuata. Ma la conquista di questo corpo «strappato ai suoi padroni primitivi» (*ibidem*) non viene mai definitivamente compiuta, permanendo sempre nella tensione dinamica del continuo rimaneggiamento dell’ordine

erotico, sotto la minaccia di dis-appoggiarsi dal corpo fisico, sottraendone il potenziale libidico.

Pertanto, le vicissitudini del corpo erotico, con le sue implicazioni di “copertura” e disinvestimento del corpo fisico, sono necessariamente connesse alle dinamiche intrinsecamente relazionali del corpo a corpo della seduzione, nel tempo originario della passività. Nella comunicazione adulto-infante, il primo è l'emittente dei messaggi, mentre il bambino ne è il destinatario. Alcuni di questi si producono sul piano preconsciouso-conscio, altri sono compromessi dall'inconscio dell'adulto, qualificando «la dimensione sessuale che sovraccarica il messaggio, conferendovi lo statuto di messaggio enigmatico» (Dejours, 2010, p. 660; Laplanche, 2004). Il surplus di eccitamento si «impianta» sulla «superficie del derma psicofisiologico (Laplanche, 1990, p. 454) nella forma del “significante enigmatico” (Laplanche, 1986), di cui il bambino, con i suoi codici biologici, non possiede (ancora) la chiave. L'enigmatico può estendersi radicalmente oltre «l'impianto», verso «l'intromissione», «variante violenta» (Laplanche, 1990, p. 454) del processo, in cui ciò che viene trasmesso non è rimosso, ma piuttosto precluso, un vero e proprio enclavé (Laplanche, 2004) per lo psichismo dell'adulto, «vergine di ogni [sua] traduzione» (Dejours, 2010, p. 661); ciò che si dà in forma informe sono «gli stati del corpo eccitato dell'adulto» (*ibidem*). La radicale preclusione all'elaborazione degli stati corporei dell'adulto, però, riguarda ormai le circostanze patologiche degli «accidenti della seduzione» (p. 663), in cui, all'interno della situazione del corpo a corpo col bambino, si scatena una reazione incontenibile e incontrollabile: quando, ad esempio, l'adulto sente un'inspiegabile repulsione nei confronti del corpo infantile che lo induce a picchiarlo; quando, troppo eccitato, agisce i suoi impulsi in senso sessuale abusandone, come accade nelle circostanze messe in luce da Ferenczi (1932); o ancora quando, dopo averlo sollecitato sessualmente, evita il peggio, interrompendo la comunicazione e lasciandolo solo con l'eccitazione che ha provocato (Dejours, 1988, 2010). L'agire psicopatico, perverso o psicotico dell'adulto proviene, a sua volta, «da un antico agire intercluso di cui è stata esclusa ogni elaborazione psichica» (Laplanche, 2006, p. 696).

I messaggi enigmatici, quindi, si impiantano e/o si intromettono nel corpo del bambino, generandone la pulsionalità. Ma «la pulsione non è il corpo nella sua totalità» (Dejours, 2002, p. 84): l'essenza della pulsione è piuttosto la parzialità, un disinteresse generale per i destini corporei nell'insieme, una pura ricerca dell'organo nella sua singolarità. L'«appello al godimento (...) costituisce, perciò, una minaccia potenziale alla coesione della soggettività stessa» (*ibidem*), in cui il rischio è proprio quello della rottura del legame tra le parti della totalità, cioè lo slegamento del corpo in se stesso. L'esperienza erotica impiantata, ancor di più se intromessa, destabilizza il fragile Io in formazione, scuotendone le fondamenta e provocando così una crisi: «La sessualità non legata, la sessualità che può dirsi “slegata” nel senso della pulsione, ossia (...) avente come unico

scopo quello di correre al più presto verso la sua soddisfazione e verso l'abbassamento completo del desiderio, cioè la realizzazione completa del suo desiderio per le vie più brevi» (Laplanche, 1986, p. 367) si dà sotto un aspetto demoniaco, asservito al processo primario. La Todestrieb, la pulsione di morte freudiana è, infatti, inclusa da Laplanche tra le pulsioni sessuali, presa nella sua parzialità e depurata dal biologismo dell'ultimo Freud (1920, 1922, 1932). La destabilizzazione che parte dal moto della pulsione sessuale di morte implica un nuovo rimaneggiamento, un secondo tempo rispetto all'iscrizione pulsionale, un movimento di traduzione (Laplanche, 2004), suscettibile di realizzare un nuovo lavoro di legame rispetto all'esperienza del corpo a un differente livello di stabilità ed equilibrio (Dejours, 2002). La pulsione, come sottolineato da Freud (1915a), pone un'esigenza di lavoro allo psichismo, all'Io che si va costituendo nell'operazione stessa della traduzione. L'apparato psichico si complessifica in virtù delle forze pulsionali che inducono l'evoluzione psichica dall'interno. «La pulsione possiede (...), nei confronti dell'Io, questo potere di ingiungere all'apparato psichico di rimaneggiare la sua stessa architettura per potersi appropriare dell'esperienza erotica e accrescere così proprio la soggettività» (Dejours, 2002, p. 86): il lavoro di legame porterà l'organizzazione psichica a un'omeostasi differente, includendo «l'esperienza (inedita) del corpo» (*ibidem*, p. 85) intero. L'accrescimento della soggettività, a sua volta, costituisce di per sé «un'esperienza di piacere altamente specifica» (*ibidem*, p. 87) che si realizza nel narcisismo. Le sequenze «pulsione-esigenza di pensiero» e «rottura del legame-legame» implicano un'oscillazione continua lungo tutto l'arco di vita, mentre emerge in primo piano l'esperienza del corpo in cui si radica il pensiero.

In questo secondo tempo della traduzione e della ripresa attiva del sessuale, secondo Laplanche (2004), la storia della relazione adulto-infans si organizza topicamente. Il messaggio in precedenza introdotto dall'esterno ora si riattiva dall'interno, agendo «come un corpo estraneo interno che bisogna ad ogni costo integrare» (p. 15). La traduzione procede verso la strutturazione dell'apparato psichico tramite l'azione della rimozione originaria che, da una parte forma il preconcio e l'Io, corrispondendo questo essenzialmente alla capacità di storicizzarsi in modo più o meno coerente, dall'altra l'inconcio rimosso contrassegnato dal sessuale. Infatti, tale traduzione è sempre imperfetta, perché situata su due piani incompatibili che si formano per opposizione. Rimane così il resto che sfugge alla messa in senso, «l'ombra della traduzione» (Dejours, 2010). Il resto non tradotto «è costituito dai significanti privi del loro contesto originale, dunque ampiamente privi di senso» (Laplanche, 2004, p. 16), molto poco coordinati tra di loro. Questo modello topico si riferisce al parziale fallimento del moto traduttivo che si situa nello psichismo normale o nevrotico. Si pone qui la questione del fallimento estremo della traduzione, all'origine delle patologie non nevrotiche. I messaggi intromessi si cristallizzano a livello di un altro tipo di inconscio – l'inconcio intercluso o enclavé, zona

dell'intraducibile radicale, del non trattato impossibile da simbolizzare. A differenza del rimosso che permane in relazione con il preconsciouso, l'inconscio intercluso rimane «a fior di coscienza (...) mantenuto da un sottile strato di difesa cosciente, che funziona secondo una modalità apparentemente logica, "operatoria"» (*ibidem*). Il meccanismo difensivo prevalente non è più la rimozione, ma la negazione: il pensiero logico è spesso il corrispettivo negativo del rinnegato. Tra i messaggi interclusi è possibile collocare anche quelli superegoici, nella misura in cui l'istanza si radica nell'intraducibile come «corpo estraneo non metabolizzabile» (Laplanche, 1990). Infine, questo tipo di inconscio è la stessa superficie originaria di iscrizione dei messaggi, cosicché qui si cristallizza anche ciò che è in attesa di traduzione (Laplanche, 2004).

L'ipotesi di Laplanche va, così, nel senso di una teoria unificata dell'apparato psichico, partendo dal presupposto che i due tipi di inconscio convivano l'uno accanto all'altro in ogni individuo. Vi è sempre un rimosso, così come vi è sempre un precluso, tenendo conto dell'eterogeneità dei contenuti dell'inconscio enclavé (messaggi in attesa di traduzione, superegoici, oltre a quelli intraducibili). Semmai, ciò che può variare è l'ampiezza della topica: rimosso più vasto nel nevrotico, intercluso maggiore per il non nevrotico. Vi è quindi un «doppio insaputo» (Laplanche, 1990, p. 21) in tutti gli esseri umani, separato al suo interno dal meccanismo della scissione, intesa «non come barriera del conflitto, ma come separazione tra i due processi di difesa» (Laplanche, 2004, p. 19). Il limite della scissione in genere si mantiene tra i due inconsci, gestendone i transiti, ma la sua consistenza è suscettibile di divenire più o meno permeabile a seconda della traiettoria dei moti del rimosso pulsionale che, imponendo un lavoro di traduzione al preconsciouso e all'Io, è anche capace di convogliare i contenuti dell'intercluso nel proprio campo d'azione.

Anche l'ultimo Freud (1938) aveva individuato i meccanismi di scissione che interessano l'apparato psichico, indicandone le conseguenze nella perversione, soprattutto nel feticismo. Laplanche (2004, 2006) e anche Dejours (1986, 2002, 2004, 2010) – quest'ultimo nello specifico di un'esplorazione del rapporto tra il modello del doppio inconscio e il corpo fisico – propongono, quindi, una riflessione che esita in una "Terza Topica" o "Topica della scissione" che riorganizza la prima topica freudiana «secondo una geografia imperniata sulla scissione» (Dejours, 2004, p. 785). Secondo Dejours, vi è una corrispondenza tra questo topos dell'impensabile e i registri somatici del soggetto: la soggettività, in quanto costruita dal moto traduttivo dell'Io di fronte alle esigenze di lavoro che la pulsione ha indotto, si colloca sul versante del sessuale appartenente alla relazione preconsciouso-rimosso, «garanti topici del corpo erogeno» (*ibidem*, p. 785), "rappresentanti" della sovversione libidica del corpo fisiologico. Al contrario, il radicalmente intercluso viene denominato «inconscio amenziale» (*ibidem*, p. 784), un non pensabile estremo che costituisce il «corrispettivo topico delle zone del corpo escluse dalla sovversione libidica» (*ibidem*). Queste zone fredde sono, infatti, «proscritte» (4)

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

all'ordine erotico: si tratta di zone anestetiche, parestesi o paralisi inadatte a partecipare all'«agire espressivo» (*ibidem*, p. 776) della soggettività, incapaci di mobilitarsi nell'incontro con l'altro. L'inconscio amenziale, quindi, contiene «registri di funzionamento del corpo impossibili» (Dejours, 2010, p. 664), sprovvisti di potenzialità erotica. Le parti del corpo proscritte, unicamente fisiologiche, divengono elettivamente vulnerabili agli scompensi somatici: qui si cristallizza infatti «l'agenesia pulsionale parziale» (Dejours, 2004, p. 782), che si accompagna all'assenza del pensiero, al pensiero senza corpo. Il corpo inabitato, vissuto come morto o indifferente, si ritrova in esperienze psicopatologiche estremamente gravi: la “depressione essenziale”, la nevrastenia, l'amenzia, la schizofrenia efebrenica, l'apragmatismo. In tal senso, riscontriamo la questione del vuoto di rappresentazione e affetto che si oppone a un corpo vissuto, al pensiero radicato nel corporeo. E ancora il prevalere di convenzioni, stereotipi e razionalizzazioni oggettivanti e impersonali, conformi a un immaginario sociale dominante; «per poter pensare è necessario un corpo abitato affettivamente, un corpo che innanzitutto viva» (Dejours, 2004, p. 776). La proscrizione delle zone del corpo non è altro che l'“anatomizzazione” della storia della relazione corpo a corpo adulto-infans nella situazione antropologica fondamentale. Tale “costituzione” del corpo, però, non è definita per diretta e lineare trasmissione transgenerazionale dell'impensabile. O meglio, non vi è eredità meccanica, filogenetica, consegnata alla discendenza; piuttosto, tra ogni trasmissione si interpone prima la traduzione dell'adulto, poi quella del bambino, in uno scambio singolare, suscettibile di accogliere o rifiutare la discontinuità dell'imprevisto. Anche se certe storie familiari possono essere contrassegnate da un «sigillo comune» (Laplanche, 2006, p. 696), la discendenza ne ammette ogni variazione. Il sintomo corporeo, dunque, qualunque sia la sua natura, si manifesta come esigenza di lavoro, come punto di partenza per lo sviluppo del pensiero. Nel caso del sintomo somatico, per poter pensare il sessuale è necessario che il corpo fisiologico sia in buono stato, altrimenti i moti di desiderio, l'angoscia, perfino l'elaborazione, rischiano di essere assorbiti dalla faglia somatica che agisce come magnete per gli stati affettivi, impedendo al pulsionale di sorgere e di “appropriarsi” nei suoi moti erotici del corpo fisiologico.

Verso una possibile mentalizzazione

Le implicazioni teoriche e cliniche della nuova metapsicologia che prende in considerazione il corpo sono molteplici. Difatti, il sintomo corporeo si impone richiedendo all'Io nuovi tentativi di traduzione, nuove simbolizzazioni, mostrando come vi siano elementi nei due inconsci prodotti dal «decadimento dei processi di comunicazione, significazione, traduzione» (Luchetti, 2010, p. 115) cristallizzatisi a partire dalla situazione antropologica fondamentale. Che il decadimento sia parziale o radicale, rimane comunque sempre un resto non tradotto che prima o poi si impone. Quando il rimosso ritorna, lo fa nella forma

dell'“irruzione”, ma l'idea stessa di “ritorno” implica che qualcosa ci sia stato e poi si sia allontanato. Il rimosso ritorna nel presente, ha avuto un passato e richiede un futuro, un lavoro da parte dell'Io. Esso irrompe più o meno deformato, varcando un limen spazio-temporale, in modo più o meno familiare ed estraneo, ossia perturbante. L'intercluso-amenziale, invece, non può ritornare, e non essendo mai stato presente, è completamente “fuori tempo”. Si tratta, piuttosto, dell'«attuale che insiste... [nel] tempo delle *enclavi* immetabolizzabili» (*ibidem*, p. 116). Qui, «anziché irruzione vi è l'emergenza» (*ibidem*, p. 117, corsivo nell'originale) di una ripetizione non deformata, ma comunque irriconoscibile – mai tradotta – che suscita essenzialmente disorganizzazioni all'interno dell'Io, slegamenti critici, somatizzazioni o passaggi all'atto violenti o perversi (Dejours, 2010). L'intercluso che emerge, non supera confini spaziali o temporali, s'impone soltanto nell'«attuale impresenza a sé» (Luchetti, 2010, p. 117).

Dal punto di vista clinico, la fenomenologia del corpo acquista differenti configurazioni, ponendo alla psicoanalisi la questione della differenziazione del sintomo fisico, rapportato a un modello topico capace di distinguere il rimosso dal precluso. In tal senso, la malattia somatica impedisce alla soggettività di erigersi sul corpo, causando la «cattura dell'intenzionalità» (Dejours, 2002, p. 70) e la limitazione dell'agire espressivo. Essa desessualizza gli stati del corpo, assorbendone i contenuti. Il sintomo è, precisamente, ciò che impedisce il lavoro di elaborazione, provocando circostanze di impasse. Il pensiero, allora, può riemergere quando interviene un nuovo momento di traduzione, suscettibile di riattualizzare e accogliere i movimenti del corpo attraverso il transfert, permettendo che il gioco della seduzione genitoriale prosegua là dove si era precedentemente cristallizzato. In questo modo, la permeabilità della scissione tra i due inconsci può accrescersi, accedendo al processo di «perlaborazione mediante il sogno» (Dejours, 2010, p. 665), in cui il lavoro del sogno non si limita a deformare i contenuti rimossi davanti al preconsciouso, bensì sta a indicare i movimenti del precluso verso l'area del simbolizzabile, ampliando la zona d'azione del sessuale. Per far ciò, l'analista deve «accusar ricevuta dei movimenti del corpo vissuti» (Dejours, 2002, p. 75) senza sostituirsi al sogno; è infatti esso che produce «la raffigurazione del senso. Non (...) l'analista» (*ibidem*). Nel sintomo isterico, invece, le circostanze sono differenti: il corpo erotico è presente nella sua appropriazione del corpo biologico, ma gli stati corporei faticano a costituirsi affettivamente, proprio a causa della loro tendenza a “cadere” e dissolversi nell'attrazione del sintomo. Per questa ragione, l'analista deve slegarli tramite l'interpretazione e permettere un nuovo moto di traduzione, un nuovo lavoro di legame. Il sintomo ipocondriaco si inserisce a metà strada tra il sintomo somatico e quello isterico, indicando un profondo disturbo della capacità di vivere gli affetti e gli stati del corpo in rapporto all'alterità. Si tratta di una grave perturbazione nella percezione degli stati del corpo nel contesto di una «chiusura egocentrica» in cui il corpo tende a farsi

sentire come morto o inerte. Più che alle nevrosi attuali, l'ipocondria si avvicina alla psicosi, con il rischio che sopravvenga la melanconia o il delirio persecutorio, spezzando gravemente i legami tra il corpo e il pensiero.

Le questioni poste in essere dal punto di vista della pratica clinica delineano la psicosomatica come «una delle vie per esplorare lo spazio della dementalizzazione» (Smadja, 2001, p. 174), nella misura in cui vi è una correlazione tra la perdita dell'espressione positiva del sintomo e l'interruzione del funzionamento mentale. Appare quindi chiaro che, all'interno del setting, l'esplorazione degli stati basati sul vuoto di simbolizzazione e di pensiero non può avvenire tramite l'analisi dei contenuti psichici e della interpretazione classica, che potrebbe, al contrario, saturare quello stesso vuoto (Green, 1974), invalidandone i potenziali cambiamenti di qualità; l'attenzione del clinico, in questo caso, dovrebbe essere rivolta all'analisi del contenitore psichico e alle sue carenze primarie, esercitando, ove necessario, le funzioni mentali per il paziente, compresa la capacità di pensare il corpo per questo (5). L'analisi di questi casi difficili, definiti dalla McDougall (1989) «antianalizzandi in analisi», rivela che se anche questi soggetti accettano apparentemente di buon grado il processo analitico, esso non si avvia; «il transfert nasce morto, malgrado gli sforzi dell'analista per favorirne, e persino provocarne, il manifestarsi» (Green, 1974, p. 66). Egli si sente paralizzato nel proprio lavoro, nel proprio pensiero, in risonanza con il disinvestimento del paziente e la sua inerzia. Ciò pone delle significative difficoltà controtransferali, dal momento che l'analista si trova in una situazione di «esclusione oggettuale» (*ibidem*). Green (1993) sottolinea, nel quadro di una «clinica del negativo», che il marchio delle esperienze traumatiche precoci di tali soggetti «sarebbe tale da estendersi a tutta la struttura psichica e da diventare, per così dire, indipendente dalla comparsa e dalla scomparsa futura dell'oggetto; il che significa che la presenza dell'oggetto non può modificare il modello negativo, diventato ormai caratteristica delle esperienze vissute dal soggetto» (p. 14); questo si dà nella somma delle due forme di negatività del soggetto e dell'oggetto, nell'insieme più nociva rispetto al negativo del soggetto preso singolarmente. «Il negativo si è imposto come un rapporto oggettuale organizzato, indipendentemente dalla presenza o dall'assenza dell'oggetto» (*ibidem*); in gioco vi è qualcosa in più rispetto al piacere masochistico della reazione terapeutica negativa (Freud, 1922, 1924), un «conflitto attorno alle reazioni provocate dalla non-esistenza dell'oggetto, (...), che può risolversi (...) solo mediante la scomparsa dell'Io stesso, della quale è difficile dire se dipenda dalla sola sua distruttività o da una specie di simmetria mimetica della non-apparizione dell'oggetto» (Green, 1993, p. 16).

Ma talvolta, in analisi, di fronte a una riattualizzazione delle dinamiche primarie, con tutte le difficoltà che ne conseguono, può avvenire una trasformazione degli elementi in gioco: «un simile lavoro passa solo attraverso il contenimento dato dal setting analitico e dalla garanzia della sua costanza nel tempo, che qui sostituisce il contenimento dato alla persona» (Green, 1974, p.

75). Lo spazio così delimitato potrebbe costituire il fondamento dell'introduzione dell'oggetto, quando la relazione riesce a favorire la continuità del senso di esistenza del paziente e a svolgere la funzione fondamentale di holding, individuata da Winnicott (1960) primariamente nell'abbraccio materno. Dare al setting il suo posto preciso, accettare questi stati informi e mantenere un atteggiamento non intrusivo, supplire verbalmente alla carenza di cure materne, può sostenere «l'emergere di una relazione verso l'Io e verso l'oggetto, fino al momento in cui l'analisi (...) non divenga un oggetto transazionale e lo spazio analitico uno spazio potenziale di gioco» (Green, 1974, pp. 86-87). Il dilemma di tali analisi, infatti, è la trasformazione «della morte *in assenza*, nella creazione del campo intermedio dato dallo spazio potenziale» (Green, 1974, p. 87, corsivi nell'originale).

L'elemento centrale di tale lavoro psichico permane la relazione della coppia analitica, ovvero il suo legame, quell'elemento terzo che non coincide con la somma delle singole parti, e che potrebbe permettere la simbolizzazione di ciò che è stato escluso dall'area della mentalizzazione. In questo senso, Green parla dei "processi terziari", intesi come differenti sia rispetto ai processi primari della ragione soggettiva, sia da quelli secondari della ragione oggettiva; è la convivenza creativa tra questi due tipi di processi a permettere la genesi del legame intrapsichico degli elementi impensabili. I processi terziari si generano così come il prodotto della relazione della coppia analitica nel setting. Essi aprono la strada al campo transizionale definito da Winnicott (1951), ovvero a una terza area dell'esperienza, a metà tra l'appercezione personale e la dimensione della realtà; si tratta di un'area di gioco, intermedia, in cui si potrebbero generare i simboli, i legami, proprio in quanto spazio potenziale, suscettibile di unire e separare la madre e il bambino (e, similmente, l'analista e l'analizzando), formando in tal modo una nuova categoria di oggetti. Ed è precisamente in questo spazio che può avviarsi quel lavoro di simbolizzazione in cui l'analista può offrire al paziente «un modello di elaborazione, situando il materiale che egli (...) offre [all'analista] in uno spazio che non sarà né vuoto, né troppo pieno» (Green, 1974, p. 71), in cui riuscire a pensare l'assenza dell'oggetto, ovvero giungere alla costruzione della sua rappresentazione, «fonte di ogni pensiero» (*idem*).

Breve rassegna storica e teorica di ulteriori vertici di lettura post-freudiani dello psicosoma

Molteplici punti di vista hanno apportato sostanziali contributi alla ricerca sulla psicosomatica psicoanalitica (Ferraro, 2010). Ne prenderemo in considerazione alcuni. In contemporanea alla prospettiva freudiana, sicuramente Groddeck (1923) è considerato da molti come uno dei padri della psicosomatica; egli, difatti, si interessò della realtà clinica del corpo dal punto di vista della sua relazione profonda e segreta con l'inconscio. Nell'interessante *Carteggio* fra Groddeck e Freud (1917) emerge la loro scoperta simultanea di due nozioni

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

fondamentali: il transfert e la resistenza, che si trovano alla base del lavoro e della teoria psicoanalitica. In seguito, i loro percorsi si differenziarono; Groddeck mantenne il suo interesse fondamentale di natura medica e l'uso solo collaterale del sostegno analitico nella relazione con i suoi pazienti. Inoltre, anche altre divergenze di natura teorica fra le loro posizioni segnarono una differenza che interruppe la collaborazione. Ma Freud intuiva il grande rispetto che il collega meritava, anche quando spingeva la sua indagine verso modalità quasi mistiche o non metodologicamente verificabili, come la suggestiva ipotesi panvitalista delle cellule, che sarebbero dotate ognuna di un'anima propria. E forse chissà che l'ipotesi non sia da "annotare", come direbbe Bion (Griglia) da parte della ricerca scientifica come intuizione profetica! (Marinelli, *comunicazione personale*).

Per quanto concerne gli sviluppi successivi, *in primis*, vi è la linea kleiniana (1935), che definisce con molta chiarezza un punto attualmente ancora significativo: la mente primitiva opera sulla base delle funzioni corporee. Centrale nel dispositivo della psicoanalista vi è il modello della fantasia inconscia (Isaacs, 1948), cosicché la mente legge ciò che il corpo fa nel senso di una continua fantasmizzazione dell'esperienza somatica. Nessuna ipotesi deterministica; piuttosto, un punto di vista psicoanalitico sul funzionamento corporeo, che partecipa, per la contiguità concettuale che assume, alla definizione di uno dei concetti più diffusi oggi nella letteratura psicologica di "immagine del corpo", ovvero la modalità psicologica con cui la *psiche* vive il *soma* che abita. Anche questa nozione prende le mosse dall'"Io corpo" freudiano, inteso come "proiezione di una superficie" (1922). Winnicott, invece, incentra le sue esplorazioni sulle questioni dell'insediamento della psiche nel soma (1988) e sulla "collusione psicosomatica": dal punto di vista evolutivo, la psiche si insedia nel soma. Una precisazione terminologica: la psiche è vista come una "elaborazione immaginativa delle parti somatiche, dei sentimenti, delle funzioni, cioè della vita fisica" (1971); il soma è il corpo reale; l'intelletto è una "difesa" che si localizza nella testa quando le cose non vanno sufficientemente bene e l'ambiente non facilita l'integrazione dell'individuo. Quando le cose vanno sufficientemente bene, non vi è alcuna localizzazione; ciò che succede è piuttosto un'integrazione (1949), ovvero una collusione tra psiche e soma, affine al costrutto della salute psicofisica. Bion, invece, postula un'area indifferenziata, primaria e primitiva, denominata "area protomentale" (1961), a cavallo tra mente e corpo, sede di materiale allo stato grezzo e caotico ancora indistinto e non organizzato. L'area protomentale bioniana non è solo intraindividuale, bensì intersoggettiva, o meglio, come sostengono i post-bioniani, di campo; il gruppo unito in "assunto di base" funziona in modo collettivo, orientato da movimenti protosomatici o somatopsichici. Lo stesso si può dire del dolore, che rientra nella stessa famiglia dei "fatti" psicosomatici: «Picasso traccia un disegno su una lastra di vetro cosicché può essere visto da un lato e dall'altro. Vorrei suggerire qualcosa di analogo: guardate da un lato,

Funzione Gamma, rivista telematica scientifica dell'Università "Sapienza" di Roma, registrata presso il Tribunale Civile di Roma (n. 426 del 28/10/2004)– www.funzionegamma.it

c'è un dolore psicosomatico. Giratelo, ora è somatopsichico. È lo stesso, ma ciò che si vede dipende dal modo in cui lo si guarda, da quale posizione, da quale vertice – o qualsiasi altro termine preferiate usare» (Bion, 1987, p. 246). Il discorso dei vertici è anche affrontato da Winnicott (1964), che sostiene che il paziente si rivolge al curante nella sua unità psicosomatica mosso dalla dissociazione tra il corpo e la mente, e che i diversi vertici che colludono con questa fondamentale separazione, non agendo alcun tipo di integrazione, contribuiscono a disperdere gli agenti terapeutici, rafforzando la scissione nel paziente. Si può dire che con questo filone del pensiero, la salute è vista come: una buona integrazione psicosomatica; corpo e mente sono distinte ma in connessione; vi è una buona simbolizzazione del corpo, nel senso di permeabilità degli stati della mente agli stati del corpo, che la psiche sente, legge, interpreta in modo differenziato e complesso; emerge un senso di vitalità psicosomatica, di esperienza positiva del corpo. La patologia, siccome si parla di questioni di rilevanza clinica, si caratterizza per: scissione senza contatto tra area psichica e somatica; fragilità egoica e povertà fantasmatica; mancanza di comunicazione tra le due sfere, a discapito della sfera psichica che non è equipaggiata per vivere e sentire la sua controparte somatica e, di conseguenza, non può leggere e interpretare gli stati somatici, che sostano in uno stato indifferenziato, insensato, estraneo.

Successivamente, negli anni 70 H. Bruch (1977) ha proposto la sua teoria sull'incapacità del paziente affetto da disturbo alimentare di riconoscere i segnali somatici di fame-sazietà. La problematica di non percepire gli stati somatici, in realtà, può essere estesa trasversalmente ad una moltitudine di pazienti psicosomatici. Seguendo la traiettoria del *deficit*, ben oltre il punto di vista del conflitto, il malato psicosomatico possiede una struttura psichica in stato di carenza e povertà. Anche autorevoli psicoanalisti, come R. Gaddini (1980) teorizzano un deficit evolutivo nello sviluppo dell'infante; nel contributo di quest'autrice, emerge in particolar modo il passaggio positivo dalle fantasie *nel* corpo dell'infante, secondo un funzionamento indistinto dello psicosoma, alle fantasie *sul* corpo dell'infante, quando ormai la sfera psichica è maggiormente strutturata. Seguendo questa traccia, sembrerebbe che il paziente psicosomatico continui a fantasticare *nel* corpo, non riuscendo a percorrere passaggi evolutivi maggiormente differenziati e separativi rispetto all'area primaria. McDougall (1989) ha parlato, invece, di *isteria* arcaica, sostenendo che nel lavoro clinico con il paziente psicosomatico, i sintomi somatici possono essere dotati di senso ad un certo punto del percorso analitico, seguendo il postulato relativo al fatto che il corpo del paziente psicosomatico funziona come il corpo del neonato, ovvero manifestando il disagio, che per l'infante è tutt'uno nella sua sfera psicofisica, attraverso il corpo, in condizioni dell'assenza di una mente materna capace di contenere ed elaborare i fatti psicofisici. Il meccanismo di difesa messo in atto dal paziente adulto psicosomatico sarebbe, in questo caso, quello della "forclusione", nel contesto della netta occlusione

della sorgente della soggettività. Anche Sami-Ali (1987) sostiene che i pazienti psicosomatici soffrono di un'eccessiva efficacia del meccanismo difensivo della "rimozione" dell'immaginario, che li costringe ad aderire all'iperconformismo degli stereotipi sociali. Gli autori concordano sul fatto che una patologia siffatta è da attribuire ad una relazione primaria disfunzionale, che non ha portato il paziente a svolgere un'adeguata interiorizzazione dell'oggetto materno o, per dirla con Bion (1962), della relazione contenitore-contenuto, forse a causa dell'incapacità ambientale di facilitare lo sviluppo dell'infante (Winnicott, 1960), a causa dei propri traumi non elaborati o altri accidenti del contesto di vita.

Vertici moderni sulla questione psicosomatica prendono in considerazione non solo il rimosso e i suoi derivati, bensì quelle aree del funzionamento inconscio ignote, relazionali, implicite, non costituite da legami verbali, bensì asimboliche, non iconiche, insomma, scollegate dagli apparati di rappresentazione psichica. Si fa riferimento all'elegante punto di vista di C. De Toffoli (2001) sulla comunicazione non verbale, o all'elaborato modello di W. Bucci (1997) della "teoria del codice multiplo" che, nella somatizzazione, vede lo scacco dell'attività referenziale, ovvero di collegamento, tra i vari sistemi di cui è fatto l'apparato psichico: non verbale/non simbolico, non verbale/simbolico e verbale/simbolico. Il modello di Bucci, inoltre, bene si intreccia con gli sviluppi scientifici interdisciplinari, incontrando il punto di vista delle neuroscienze a più riprese. La ricerca neuroscientifica, infatti, ha dato un nuovo slancio a buona parte della psicoanalisi, fornendo numerose conferme e spunti di riflessione alla disciplina e rilanciando nuovamente l'interesse per il corpo, nei moderni paradigmi dell'*embodied mind* (Varela, 1991).

Concludendo, si può affermare che la ricerca psicosomatica oggi è andata ben oltre i *Holy Seven* (Alexander, 1950) (6): non si può dire che *quel* accidente psichico può determinare proprio *quella* somatizzazione; non si può dire che l'autonomia funzionale non esista; non si può dire che lo strumento dell'interpretazione classica sia efficace sul materiale somatico, né che il conflitto psichico sia onnipresente. Si può dire, invece, che alcuni fatti psichici del paziente hanno un peso sulla sua salute psicofisica e alcune questioni del suo sviluppo e le sue condizioni di vita possono esporlo ad un rischio psicosomatico; compito della psicoanalisi moderna, allora, può essere quello di valutare e gestire la *quota psicologica* che pesa su di esse, sottraendola all'economia del disturbo organico e legandola a rappresentazioni di natura psichica.

Bibliografia

Abraham K. (1924). Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici. *Opere*, 1: 286-354. Boringhieri: Torino, 1975.

- Alexander, F. (1950). *Medicina psicosomatica*. Tr. it. Editrice Universitaria: Firenze, 1951.
- Assoun P-L. (1997). *Leçons psychanalytiques sur corps et symptôme. Tome I: Clinique du corps*. Economica: Paris (trad. it.: *La clinica del corpo. Lezioni psicoanalitiche*. FrancoAngeli: Milano, 2004).
- Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3), 484–486.
- Bion, W. R. (1961). *Esperienze nei gruppi*. Borla: Roma, 2013.
- Bion, W. R. (1962). *Apprendere dall'esperienza*. Armando: Roma, 2009.
- Bion, W. R. (1987). *Seminari Clinici. Brasilia e San Paolo*. Raffaello Cortina: Milano, 1989.
- Breuer J. & Freud S. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. Opere, 1: 163-439. Boringhieri: Torino, 1967.
- Bruch, H. (1977). *Patologia del comportamento alimentare: obesità, anoressia mentale e personalità*. Feltrinelli: Milano, 1994.
- Bucci, W. (1997). *Sintomi e simboli: la somatizzazione secondo la teoria del codice multiplo*. Tr. it. Online <http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/bucci.htm>.
- Charcot J.-M. (1887-88). *Leçons du mardi à la Salpêtrière*. Paris: Progrès Médical (trad. it.: *Lezioni alla Salpêtrière*. Guerini e Associati: Milano, 1989).
- Ciocca, A., Marinelli, S., Dazzi, F. (2013). *Anoressie: patologie del sé corporeo*. FrancoAngeli: Milano.
- Debray R. (2002). *Psychopathologie et somatisation*. In: Debray, Dejours & Fédida, 2002 (trad. it.: *Psicopatologia e somatizzazione*, pp. 6-63).
- Debray R., Dejours Ch. & Fédida P., editors (2002). *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Dunod: Paris (trad. it.: *Psicopatologia dell'esperienza del corpo*. Borla: Roma, 2004).
- Dejours C. (1986). *Le corps entre biologie et psychanalyse*. Payot: Paris (trad. it.: *Il corpo tra biologia e psicoanalisi*. Borla: Roma, 1988).
- Dejours C. (2002). *Le corps comme "exigence de travail" pour la pensée*. In: Debray, Dejours & Fédida, 2002 (trad. it.: *Il corpo, come "esigenza di lavoro" per il pensiero*, pp. 64-103).
- Dejours C. (2004). *Le corps entre séduction et clivage*. In: Aïn J., editor, *Résonances entre corps et psyché*. Érès: Toulouse, 2004, pp. 59-83 (trad. it.: *Il corpo tra seduzione e scissione*. *Rivista di Psicoanalisi*, 2004, L, 3: 773-798).
- Dejours C. (2010). *Psicosomatica e teoria sessuale*. *Rivista di Psicoanalisi*, LVI, 3: 653-669.
- De M'Uzan M. (2011). *Vers une nouvelle nosographie psychosomatique*. In: Bouhsira J. & Danon-Boileau L., editors, *Nosographie psychanalytique. Monographies et débats de psychanalyse*. PUF: Paris, 2011, pp. 195-212.

- De Toffoli C. (2001) Psiche-soma. Il sapere del corpo nel lavoro psicoanalitico. La continuità nell'esperienza di sé. *Rivista di Psicoanalisi*. Riportato in *Transiti corpo-mente*, p.181. FrancoAngeli: Milano, 2014.
- Fain M. & Braunschweig D. (1971). *Éros et Antéros. Réflexions psychanalytiques sur la sexualité*. Payot: Paris.
- Ferenczi S. (1932). *Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen um dem Kind*. In: *Schriften zur Psychoanalyse*. Fischer: Frankfurt, 1972, Vol. 2, pp. 303-313 (trad. it.: *Confusione delle lingue tra adulti e bambini*. In: *Fondamenti di psicoanalisi*, Vol. 3, pp. 415-427. Guaraldi: Rimini, 1974. Anche in: *Opere, 1927-1933*, Vol. IV. Raffaello Cortina: Milano, 2002, pp. 91-100).
- Ferrari, A. B. (1992). *L'eclissi del corpo. Un'ipotesi psicanalitica*. Borla: Roma.
- Ferraro, F., A. Nunziante-Cesaro (1985). *Lo spazio cavo e il corpo saturato. La gravidanza come "agire" tra fusione e separazione*. FrancoAngeli: Milano.
- Ferraro F. (2010). La clinica del corpo. Appunti per un confronto. *Rivista di Psicoanalisi*, LVII, 2: 349-367.
- Fornaro M. (2007). Psicosomatica ieri e oggi. Indagine sull'eredità storica di Freud e Alexander alla luce dei nodi teorici ricorrenti. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLI, 3: 215-244.
- Freud S. (1888). *Isteria*. Opere, 1: 43-62. Boringhieri: Torino, 1967.
- Freud S. (1893). *Alcune considerazioni per uno studio comparato delle paralisi motorie organiche e isteriche*. Opere, 2: 69-84. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1894a). *Le neuropsicosi da difesa*. Opere, 2: 121-34. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1894b). *Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi come "nevrosi d'angoscia"*. Opere, 2: 153-176. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1895a [1950]). *Minuta G (Minute teoriche per Wilhelm Fliess 1892-1897)*. Opere, 2: 7-66. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1895b [1950]). *Progetto di una psicologia*. Opere, 2: 201-84. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1896a). *Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*. Opere, 2: 307-27. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1896b). *Etiologia dell'isteria*. Opere, 2: 333-60. Boringhieri: Torino, 1968.
- Freud S. (1897). *Lettera del 21 settembre*. Lettere a Wilhelm Fliess 1887-1904. Boringhieri: Torino, 1986.
- Freud S. (1901 [1905]). *Frammento di un'analisi di isteria. Il caso clinico di Dora*. Opere, 4: 305-402. Boringhieri: Torino, 1970.
- Freud S. (1905). *Tre saggi sulla teoria sessuale*. Opere, 4: 447-546. Boringhieri: Torino, 1970.
- Freud S. (1908). *Osservazioni generali sull'attacco isterico*. Opere, 5: 441-45. Boringhieri: Torino, 1972.

- Freud S. (1910a). *I disturbi visivi psicogeni nell'interpretazione psicoanalitica*. Opere, 6: 289-95. Boringhieri: Torino, 1974.
- Freud S. (1910b [1911]). *Osservazioni psicoanalitiche su un caso di paranoia (Dementia Paranoides) descritta autobiograficamente (Caso clinico del presidente Schreber)*. Opere, 6: 339-406. Boringhieri: Torino, 1974.
- Freud S. (1911). *Precisazioni sui due principi dell'accadere psichico*. Opere, 6: 453-60. Boringhieri: Torino, 1974.
- Freud S. (1913 [1914]). *Nuovi consigli sulla tecnica della psicoanalisi: 2. Ricordare, ripetere e rielaborare*. Opere, 7: 353-361. Boringhieri: Torino, 1975.
- Freud S. (1914). *Introduzione al narcisismo*. Opere, 7: 443-72. Boringhieri: Torino, 1975.
- Freud S. (1915a). *Metapsicologia. Pulsioni e i loro destini*. Opere, 8: 13-35. Boringhieri: Torino, 1976.
- Freud S. (1915b). *Metapsicologia. La rimozione*. Opere, 8: 36-48. Boringhieri: Torino, 1976.
- Freud S. (1915c). *Metapsicologia. L'inconscio*. Opere, 8: 49-88. Boringhieri: Torino, 1976.
- Freud S. (1915-17a [1916-17]). *Introduzione alla psicoanalisi. Lezione 8. Il senso dei sintomi*. Opere, 8: 420-434. Boringhieri: Torino, 1976.
- Freud S. (1915-17b [1916-17]). *Introduzione alla psicoanalisi. Lezione 8. La fissazione al trauma; l'inconscio*. Opere, 8: 435-446. Boringhieri: Torino, 1976.
- Freud S. (1915-17c [1916-17]). *Introduzione alla psicoanalisi. Lezione 8. Il nervosismo comune*. Opere, 8: 532-544. Boringhieri: Torino, 1976.
- Freud S. (1917). *Lettera del 5 giugno*. In: Carteggio Freud-Groddeck. Adelphi: Milano, 1973.
- Freud S. (1920). *Al di là del principio del piacere*. Opere, 9: 193-249. Boringhieri: Torino, 1977.
- Freud S. (1922 [1923]). *L'Io e l'Es*. Opere, 9: 476-520. Boringhieri: Torino, 1977.
- Freud S. (1924). *Il problema economico del masochismo*. Opere, 10: 5-16. Boringhieri: Torino, 1978.
- Freud S. (1927 [1928]). *Dostoevskij e il parricidio*. Opere, 10: 521-38. Boringhieri: Torino, 1978.
- Freud S. (1932 [1933]). *Introduzione alla psicoanalisi (nuova serie di lezioni). Lezione 31. La scomposizione della personalità psichica*. Opere, 11: 170-190. Boringhieri: Torino, 1979.
- Freud S. (1938 [1940]). *La scissione dell'Io nel processo di difesa*. Opere, 11: 557-60. Boringhieri: Torino, 1979.
- Gaddini, R. (1980). *Patologia psicosomatica come difetto maturativo*. In *Rivista di Psicoanalisi*, 3, pp. 381-388.
- Green A. (1966-67). *Le narcissisme primaire, structure ou état*. In: Green, 1983 (trad. it.: *Il narcisismo primario: struttura o stato*, pp. 98-160).

- Green A. (1969). *Le narcissisme moral*. In: Green, 1983 (trad. it.: *Il narcisismo morale*, pp. 213-48).
- Green A. (1973). *Le discours vivant. La conception psychanalytique de l'affect*. PUF: Paris (trad. it.: *Il discorso vivente. La concezione psicoanalitica dell'affetto*. Astrolabio: Roma, 1974).
- Green A. (1974). *L'analyste, la symbolisation et l'absence*. In: Green, 1990 (trad. it.: *L'analista, la simbolizzazione e l'assenza del setting analitico*, pp. 57-88).
- Green A. (1976a). *Le concept de limite*. In: Green, 1990 (trad. it.: *Il concetto di limite*, pp. 89-121).
- Green A. (1976b). *Un, autre, neutre, valeurs narcissiques du même*. In: Green, 1990 (trad. it.: *Uno, Altro, Neutro: valori narcisistici del Medesimo*, pp. 39-97).
- Green A. (1979a). *La psychanalyse et la pensée habituelle*. In: Green, 1990 (trad. it.: *La psicoanalisi e il pensiero comune*, pp. 33-55).
- Green A. (1979b). *L'angoisse et le narcissisme*. In: Green, 1983 (trad. it.: *L'angoscia e il narcisismo*, pp. 161-209).
- Green A. (1980). *La mère morte*. In: Green, 1983 (trad. it.: *La madre morta*, pp. 265-303).
- Green A. (1982). *Après-coup, l'archaïque*. In: Green, 1990 (trad. it.: *A posteriori, l'arcaico*, pp. 193-216).
- Green A. (1983). *Narcissisme de vie. Narcissisme de mort*. Les Éditions de Minuit: Paris (trad. it.: *Narcisismo di vita. Narcisismo di morte*. Borla: Roma, 1992).
- Green A. (1990). *La folie privée. Psychanalyse de cas-limite*. Gallimard: Paris (trad. it.: *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*. Raffaello Cortina: Milano, 1991).
- Green A. (1993). *Le travail du négatif*. Paris: Les Éditions de Minuit (trad. it.: *Il lavoro del negativo*. Borla: Roma, 1996).
- Green A. & Chiozza L. (1989). *Organsprache. Linguaggio d'organo. Quaderni di Psicoterapia Infantile*, 1991, 23: &&&&.
- Green A. (1997). trad. it.: *Il chiasma: i casi limite visti dalla prospettiva dell'isteria, l'isteria vista retrospettivamente a partire dai casi limite*. In: Scazone F. & Zontini G., a cura di, *Perché l'isteria*. Liguori: Napoli, 1999, pp. 345-370.
- Groddeck G. (1923). *Il libro dell'ES*. Adelphi: Milano, 1966.
- Isaacs S. (1948). The nature and function of phantasy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 29, pp. 73-97 (trad. it. in *Richard e Piggie*, 2, 1995).
- Klein M. (1935). Contribution to Psychoanalysis 1921-1945, The Hogarth Press: London, 1948, *Developments in Psychoanalysis*, The Hogarth Press, London, 1952, trad it. *Note su alcuni meccanismi schizoidi*, cap. 19 in *Scritti 1921-1958*.

- Laplanche J. (1986). *La pulsion de mort dans la théorie de la pulsion sexuelle*. In: Green A. et al., *La pulsion de mort*. PUF: Paris (trad. it.: *La pulsione di morte nella teoria della pulsione sessuale*. In: Laplanche, 1997, pp. 359-373).
- Laplanche J. (1990). *Implantation, intromission*. La primauté de l'autre en psychanalyse. Flammarion: Paris (trad. it.: *Impianto, intromissione*. In: Laplanche, 1997, pp. 451-55).
- Laplanche J. (1997). *La primat de l'autre en psychanalyse*. Flammarion: Paris (trad. it.: *Il primato dell'altro in psicoanalisi*. la Biblioteca: Roma, 2000).
- Laplanche J. (2004). Tre accezioni del termine "inconscio" nella cornice della Teoria della Seduzione Generalizzata. *Rivista di Psicoanalisi*, L, 1: 11-26.
- Laplanche J. (2005). I tre saggi e la teoria della seduzione. *Rivista di Psicoanalisi*, LI, 3: 849-862.
- Laplanche J. (2006). Incesto e sessualità infantile. *Rivista di Psicoanalisi*, LII, 3: 685-98.
- Luchetti, A. (2010). Dell'irruzione. *Rivista di Psicoanalisi*, LVI, 1: 97-120.
- Marty P. (1976). *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*. Payot: Paris (trad. it.: *I moventi individuali di vita e di morte: ipotesi di economia psicosomatica*. Guaraldi: Firenze, 1977).
- Marty P. (1980). *Les mouvements individuels de vie et de mort. L'ordre psychosomatique*. Payot: Paris (trad. it.: *L'ordine psicosomatico: disorganizzazioni e regressioni*. Centro Scientifico Torinese: Torino, 1986).
- McDougall J. (1989). *Theaters of the Body*. London: Free Association Books (trad. it.: *Teatri del corpo*. Raffaello Cortina: Milano, 1990).
- Meltzer, D. (1986). *Studies in Extended Metapsychology: clinical applications of Bion's ideas*. Perthshire, 1986 (tr. it. *Studi di metapsicologia allargata. Applicazioni cliniche del pensiero di Bion*, Milano, 1987).
- Polacco, G. W. (1997). *Paesaggi interni e corpi estranei. Disordini alimentari e altre patologie*. Bruno Mondadori: Milano, 1999.
- Porcelli, P., Todarello, O. (1996). Osservazioni sul trattamento psicoanalitico di un caso di rettocolite ulcerosa. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 30 (4): 67-86.
- Sami-Ali, M. (1987). *Le banal*. Gallimard: Paris.
- Smadja C. (2001). *La vie opératoire. Études psychanalytiques*. PUF: Paris (trad. it.: *La via psicosomatica e la psicoanalisi*. FrancoAngeli: Milano, 2010).
- Solano, L. (2013). *Tra mente e corpo: come si costruisce la salute*. Raffaello Cortina: Milano.
- Varela F.J., Thompson E., Rosch E. (1991). *The Embodied Mind. Cognitive Science and Human Experience*. MIT Press: Cambridge.
- Winnicott, D. W. (1949). *L'intelletto e il suo rapporto con lo psiche-soma*. In *Psicoanalisi dello sviluppo*. Brani scelti. Armando: Roma, 2004.
- Winnicott D.W. (1951). Transitional objects and transitional phenomena. *Int. J. Psychoanal.*, 1953, 34: 89. Anche in: *Collected Papers. Through Pediatrics to Psychoanalysis*. Basic Books: New York, 1958, pp. 229-242 (trad. it.: *Oggetti*

transizionali e fenomeni transizionali. In: Dalla pediatria alla psicoanalisi. Scritti scelti. Martinelli: Firenze, 1975, cap. XVIII, pp. 275-290).

Winnicott D.W. (1960). The theory of parent-infant relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41: 585-595 8 (trad. it.: La teoria del rapporto infante-genitore. In: Sviluppo affettivo e ambiente. Studi sulla teoria dello sviluppo affettivo. Armando: Roma, 1970, pp. 41-65).

Winnicott, D.W. (1964). *La malattia psicosomatica: aspetti positivi e negativi*. In *Psycho-Analytic Explorations*, 1989. Trad. Ital. *Esplorazioni Psicoanalitiche*. Cortina: Milano 1995

Winnicott, D. W. (1988b). *L'insediamento della psiche nel corpo*. In *Sulla natura umana*. Raffaello Cortina Editore: Milano, 1989.

Note

(1) Il presente articolo prende in considerazione la tematica del corpo, per così dire, “in generale”; occorre, tuttavia, ricordare, seppur soltanto in nota, contributi maggiormente specifici, che approfondiscono la questione del corpo maschile e femminile e lo sviluppo psicosessuale differenziato in un’ottica psicodinamica di genere (per approfondimenti s.v. Ferraro-Nunziante Cesaro, 1985).

(2) Bisogna, tuttavia, osservare che, le ipotesi della Scuola Psicosomatica di Parigi sono state considerate a lungo con un certo discredito nel mondo psicoanalitico italiano.

(3) De M’Uzan (2011) lega la mentalizzazione alle capacità di *rêverie* e di fantasmaticizzazione.

(4) Dejours (2010) utilizza il termine “proscrizione” dell’inconscio amenziale per differenziarlo dalla rimozione, che invece appartiene al preconcio – rimosso.

(5) Seguendo de M’Uzan (2011), i deficit di mentalizzazione presenti nelle patologie psicosomatiche autorizzerebbero «a parlare di una vera e propria clinica della *carezza*, un’altra espressione della quale è il *pensiero operatorio*» (p. 199, corsivi nell’originale, trad. nostra).

(6) Nel 1950, F. Alexander, nel contesto della Scuola di Chicago, descrisse sette patologie psicosomatiche che denominò le *Holy Seven*. Si trattò di: ulcera peptica, rettocolite ulcerosa, neurodermatite, asma bronchiale, ipertensione essenziale, ipertiroidismo, artrite reumatoide.

Adelina Detcheva è Psicologa Clinica e specializzanda della Scuola di Psicologia Clinica per l’abilitazione all’esercizio della psicoterapia presso La Sapienza. Membro di Argo, collabora con la redazione della rivista *Gruppo: Omogeneità e differenze*, occupandosi di recensire libri di clinica attuale.

E-mail: adelina.detcheva@gmail.com

Massimiliano Sommantico è Psicologo, Psicoanalista SPI-IPA, e Ricercatore in Psicologia Dinamica presso l'Università degli Studi di Napoli "Federico II".
E-mail: massimiliano.sommantico@unina.it

Giuseppe Stanziano è Psicologo, Psicoterapeuta, Dottore di Ricerca in Studi di Genere, Università degli Studi di Napoli "Federico II", Candidato della Società Psicoanalitica Italiana.

E-mail: giuseppe.stanziano@gmail.com