

Jaqueline Amati-Mehler, Simona Argentieri Bondi

Ricerca Psicoanalitica, 2000, Anno XI n. 1, pp. 79-86.

Un altro modello per la psicosomatica¹

Traduzione dal francese di Michele Minolli.

SOMMARIO

Le Autrici presentano una prospettiva riguardante la psicosomatica in un'area pre-strutturale; un livello nel quale nessuno degli elementi delle due topiche classiche è ancora chiaramente differenziato. A differenza della Scuola francese di psicosomatica, che concettualizza la psicosomatosi solo in termini di Io, pulsione, investimento e contro-investimento dell'oggetto, le Autrici parlano piuttosto dell'io corporeo e dell'organizzazione di base del sé. Seguendo il modello di E. Gaddini, fanno riferimento ad uno stadio d'organizzazione più vicino al biologico, al corporeo o alle "proto-fantasie" che precedono l'immagine allucinatoria. Le proto-fantasie sono legate alla rievocazione nel corpo di sensazioni che sono connesse a funzionamenti già sperimentati e che hanno lasciato una traccia mnestica.

SUMMARY

Another model for Psychosomatics

We have attempted to give a perspective that relates to psychosomatic illness in a prestructural phase, at a level at which none of the elements of the two classical topics is as yet clearly differentiated. In contrast to the School of psychosomaticians who conceptualise the psychosomatoses only in terms of the Ego, the drive, cathexis and counter-cathexis of the object, we speak rather of the bodily Ego and the foundations of self organization. Following E. Gaddini's model, we refer to a level of organization that is closer to the biological, the bodily, and "proto-fantasies" that precede the hallucinatory image. These proto-fantasies are linked to the re-evocation in the body of sensations in connection with ways of functioning that have already been experienced leaving a mnemonic trace.

In Italia il pensiero dei fondatori de l'École de Psychosomatique, Pierre Marty, Michel de M'Uzan, Michel Fain e Christian David, è molto conosciuto e stimato per il suo valore storico, teorico e clinico, per la sua continuità e coerenza interna, inalterate nel tempo, nonostante gli sviluppi concettuali che le prime formulazioni hanno subito. Abbiamo apprezzato lo sforzo di Claude Smadja di inserire, con rigore, le sue formulazioni in una linea autenticamente freudiana, pur sottolineando gli sviluppi concettuali che hanno subito le prime formulazioni.

Molti sono i nostri punti in comune con Claude Smadja: la puntuale distinzione tra isteria di conversione, ipocondria e malattia psicosomatica; lo sforzo di contestare l'abuso selvaggio dell'interpretazione causa-effetto a livello psicosomatico simbolico; l'adesione a Freud; la discussione sul monismo; la non specificità patogenetica; la considerazione di tutti gli elementi (economico, dinamico, topico e genetico); l'importanza della dimensione relazionale.

¹ Il presente articolo è stato pubblicato nella Revue Française de Psychanalyse, 1998, LXII, 5, con il titolo *Un autre modèle pour la psychosomatique*. Si ringraziano le Autrici per la gentile concessione.

Tuttavia pensiamo sia più utile offrire una diversa prospettiva e sottolineare piuttosto le differenze. Un gruppo di psicoanalisti italiani che segue il pensiero di Eugenio Gaddini - nella linea di Winnicott e di Phyllis Greenacre - ritiene che i livelli precoci implicati nelle malattie psicosomatiche rimandino a un'area pre-strutturale nella quale nessuno degli elementi delle due topiche si è ancora chiaramente differenziato. Un'area dove ancora non esiste la possibilità di integrare psichicamente sensazioni, percezioni e affetti in rappresentazioni comunicabili a se stessi e agli altri. Dove non abbiamo che elementi affettivi confusi, angosce primitive non traducibili in acquisizioni di senso. Non c'è pensiero simbolico e le pulsioni non possono ancora essere mentalizzate in rappresentazioni e dirette verso un oggetto riconosciuto come tale. In questo senso, parlare soltanto di Io, invece che di Io corporeo - come fa notare Freud stesso in *L'Io e l'Es* - ci sembra abbia conseguenze ben precise sia d'ordine teorico che clinico, soprattutto in quanto ci riferiamo a meccanismi di difesa primitivi.

La scuola di P. Marty concettualizza le psicosomatosi solo in termini di Io, pulsione-investimento-controinvestimento d'oggetto, rimozione, mentre noi pensiamo preferibilmente in termini di organizzazione mentale di base del sé. È questo uno dei grandi punti in discussione: esistono o no livelli di sviluppo che precedono la relazione d'oggetto nell'ambito del livello pulsionale? E nei disturbi psicosomatici siamo in presenza di una perdita di libido dell'Io, di un disinvestimento regressivo o di una possibilità d'investimento non ancora raggiunta?

Nonostante esistano molte diversità nel modo di teorizzare i livelli precoci dell'organizzazione psichica, che qui non possiamo approfondire, c'è un punto, forse il solo, sul quale tutti i modelli dei diversi autori concordano: la malattia psicosomatica ha una funzione difensiva. Secondo Claude Smadja: " Il funzionamento operatorio ha il significato di difesa nei confronti dell'oggetto".

Molto diverso, invece, nei differenti modelli, è il modo in cui si intende la relazione, ai livelli precoci dello sviluppo, tra difesa e fantasia-rappresentazione. Come sappiamo, la scuola di P. Marty ritiene che uno degli elementi essenziali del pensiero operatorio sia quello "di alterare più o meno gravemente la funzione di rappresentazione dell'oggetto" o, secondo una sintesi ben riuscita di Nicos Nicolaïdis, la "mancanza e disfunzione della rappresentazione".

Nel 1981, al Congresso della Federazione Europea, sia Betty Joseph che Eugenio Gaddini hanno sostenuto che le fantasie sono, dall'inizio, intimamente legate alla formazione delle difese precoci che hanno origine nelle esperienze istintive corporee. Ma, mentre Betty Joseph propone di datare i fantasie e le difese in base allo sviluppo pulsionale e al loro rapporto con gli oggetti interni e le loro angosce, Gaddini propone un modello di comprensione delle origini delle fantasie basato sulle esperienze mentali primitive del corpo proprie di un determinato funzionamento fisico, per esempio, all'inizio, l'alimentazione.

La modalità più primitiva di pensiero, nella concettualizzazione freudiana, è l'immagine visiva, molto vicina al concreto e alle cose, e solo nel corso dello sviluppo il pensiero verbale emerge dai processi di simbolizzazione e di astrazione. Gaddini, invece, ritiene che bisogna ricercare l'origine della mentalizzazione, ancora prima dell'immagine visiva allucinatoria, a un livello più vicino al biologico e al corporeo. Piuttosto che d'oggetto e di pensiero ritiene che all'inizio sia più corretto parlare di attività di rievocazione *nel* corpo di sensazioni connesse con funzionamenti precedentemente sperimentati e che hanno lasciato una traccia mnestica. In assenza della madre, l'interruzione dell'esperienza di contatto provoca nello psichismo primitivo del bambino la possibilità di ricostruire in modo magico la situazione gratificante dell'unione. Ma ciò che viene evocato non è l'immagine allucinatoria visiva del seno o della madre, bensì la modificazione sensoriale di sé nella situazione dell'esperienza del cibo. *L'esperienza mentale primitiva è in questa fantasia corporea*: per esempio, lo stimolo della fame porta il neonato a succhiare "a vuoto", come per riattivare il funzionamento corporeo e le sensazioni di cui ha fatto esperienza nell'allattamento. "Questa risposta psicofisica-fantasia *del* corpo" che Gaddini ha chiamato *protfantasia* "funziona come difesa autarchica della mancanza di soddisfacimento reale del bisogno" per

contenere la minaccia aggressiva della pulsione di morte ... ed è diversa dalle fantasie *sul* corpo che hanno bisogno di una mentalizzazione più evoluta.

Claude Smadja inserisce la malattia operatoria nel filone traumatico a detrimento del filone allucinatorio ... e dunque siamo d'accordo. Ma noi proponiamo che prima di arrivare alla capacità di allucinare (e avere un giudizio di attribuzione) i processi che hanno a che fare con la rappresentazione d'oggetto restino impigliati nelle reti delle "protofantasie" e della loro patologia, ossia, nelle sindromi psicofisiche.

Le psicosomatosi si strutturano in questo modo per salvaguardare un nucleo psicofisico coeso (agglutinato) e arcaico del *sétraumatizzato*.

È possibile accostare questo sviluppo patologico delle "protofantasie", propri dei sistemi antitraumatici precoci, al funzionamento operatorio e ai sistemi autocalmanti che Claude Smadja imposta invece nella linea dello sviluppo pulsionale? Egli scrive che l'io è sollecitato prematuramente a costituire una paraeccitazione nei confronti degli effetti del traumatismo, il che non sembra molto diverso da quanto sostiene Gaddini: ... "La malattia psicosomatica è la riattivazione difensiva di un funzionamento corporeo che è stato un tempo alterato in senso protomentale". In seguito queste aree - alterate e non integrate - continuerebbero a funzionare a questi livelli arcaici. "Questa formulazione, che considera la coesistenza di livelli primitivi con aree più evolute della personalità e dell'organizzazione psichica, può spiegare, secondo me, le diversificate espressioni della malattia mentale che si manifestano nella molteplice gamma che va dalla nevrosi alla psicosi".

Un problema ulteriore concerne il posto dell'autoerotismo. Claude Smadja suppone che "gli autoerotismi e la vita fantasmatica siano ostacolati nel loro sviluppo". Ma che dire allora di quel livello di autoerotismo che Freud in *Introduzione al narcisismo* (1915) ritiene precedente alla fase degli investimenti narcisistici dell'io e che, comunque per noi, è difficile collocare a quel punto? Citando Freud: " ... solo quando esiste l'investimento d'oggetto è possibile discriminare una energia sessuale - la libido - da un'energia delle pulsioni dell'io"; e ancora: " ... quale rapporto instaurare tra il narcisismo, di cui parliamo, con l'autoerotismo che abbiamo descritto come uno stadio primitivo della libido?"; "in riferimento alla prima domanda osservo che siamo costretti a ritenere che non esiste nell'individuo una unità comparabile all'io; l'io deve ancora svilupparsi. Le pulsioni autoerotiche sono invece assolutamente primordiali; qualcosa - una nuova azione psichica - deve quindi collegarsi all'autoerotismo perché emerga il narcisismo".

Possiamo ancora parlare di un Es diversificato da questo Io corporeo come luogo dell'impasto e del disimpasto delle pulsioni di vita e di morte? Non è meglio parlare di uno stato, né topico né strutturale, di non differenziazione?

Certamente bisognerebbe riferirsi anche al Freud successivo e problematico che nel 1937, un anno prima di morire, continua a interrogarsi sulla teoria pulsionale e scrive a Marie Bonaparte: "Non possiamo che avere un'idea molto schematica e immaginare che nei primi anni di vita tutta la libido è diretta verso l'interno e tutta l'aggressività verso l'esterno, e che questa situazione si trasforma gradualmente nel corso della vita. Ma forse neppure questo è corretto".

La pulsione libidica, invece di essere in origine narcisistica e in seguito oggettuale, sarebbe diretta verso l'interno mentre l'aggressività sarebbe rivolta verso l'esterno. Sarebbe quindi la libido a dovere tenere insieme i frammenti del "sé" per contenere la minaccia della pulsione di morte che rischia di rovesciarsi all'interno e compromettere l'equilibrio psicofisico.

Siamo completamente d'accordo sulla non specificità patogenetica delle psicosomatosi. La pretesa, purtroppo ancora molto alla moda oggi, di catalogare "personalità tipiche" in base a malattie specifiche, non può che essere fuorviante.

Ci si potrebbe tuttavia domandare se non sia possibile mettere in relazione il traumatismo (nell'ordine dei processi di separazione- individuazione) con le tappe dei processi di sviluppo che portano i differenti organi e apparati ad acquisire significato mentale.

Un esempio interessante è la sindrome del mericismo, della ruminazione nel bambino (E. e R. Gaddini, 1959); di quei bambini, cioè, che, avendo subito una grave frustrazione orale, riescono a stimolare, con forti movimenti di suzione, contrazioni ritmiche dei muscoli faringei e a rigurgitare il latte per poi inghiottirlo di nuovo. Si calmano, e poi ricominciano. Possiamo instaurare una connessione tra questa ruminazione dei neonati con le condotte autocalmanti o con la ripetizione dell'identico "il più vicino alla senso-motricità" di cui parla M. de M'uzan?

Noi crediamo che le difese di cui stiamo parlando, ossia le profantasie, potrebbero situarsi al livello che precede le difese propriamente dette, relative alla struttura, come per esempio la rimozione (Marty e coll.) e anche le difese primarie, così chiamate da A. Green (*Verleugnung, Verwerfung o Verneinung*) ... Non vogliamo dare l'impressione di operare una specie di competizione sterile tra modelli per vedere quale colga le aree più precoci dell'organizzazione, ma solo esplorare una dimensione psicofisica che potrebbe essere, come abbiamo detto sopra, alla radice della costituzione dell'Io corporeo.

Siamo convinte, con E. Gaddini, che l'angoscia "catastrofica" che minaccia il fragile nucleo primitivo del sé si esprima in due modi: l'angoscia di non-integrazione e l'angoscia di integrazione, due tendenze difensive opposte. Clinicamente, la prima corrisponde al panico di annientamento, alla paura di perdersi nello spazio infinito e esprime lo sforzo di integrazione e di maturazione per tenere assieme i frammenti non ancora integrati del sé. L'altra invece tende a mantenere un'organizzazione fluida frammentaria e indefinita che vive ogni progresso o cambiamento come una minaccia di morte. Le profantasie e le sindromi psicofisiche sarebbero legate a una difesa d'integrazione più che a una spinta, nella direzione opposta, alla disintegrazione, dovuta ai processi regressivi.

Infine il nostro discorso mira a ridurre la specificità del legame tra pensiero operatorio e psicosomatica. Pensiamo in effetti che il funzionamento operatorio non possa essere ristretto a questa categoria di pazienti, come sembra pensare anche Claude Smadja quando sottolinea il rischio di trasformare il pensiero operatorio in una entità semiotica indipendente. Le perversioni, le alterazioni dell'identità di genere, i disturbi alimentari, le tossicomanie poggiano anch'esse su un funzionamento operatorio.

La nostra esperienza clinica ci porta a pensare che molti pazienti, affetti da forme più o meno gravi di psicosomatosi, a causa della loro organizzazione lacunare a mosaico (T. Caratelli, L. Scoppola), non mostrano nelle loro relazioni le caratteristiche generali di anaffettività, di incapacità a metaforizzare o la concretezza del pensiero, storicamente utilizzate come tratti nosografici precipi di questa categoria di pazienti.

Le nostre considerazioni possono sembrare riduttive, invece, secondo noi, vanno nella direzione opposta:

a) Estendere l'importanza e il valore di tutto il patrimonio di teorizzazione e di esperienze della scuola di P. Marty e di M. de M'Uzan. Il pensiero operatorio si può estendere oggi alla ben più vasta patologia dei disturbi narcisistici. Non basta dire che le patologie sono cambiate, anche se è assolutamente vero. Anche la nostra disciplina ha operato trasformazioni che permettono di trattare psicoanaliticamente casi considerati in precedenza come non analizzabili. Il problema che si pone è quello di non confondere la specificità della psicoanalisi con le derivazioni psicoterapeutiche.

b) Utilizzare le acquisizioni del pensiero e del funzionamento operatorio per capire meglio il livello generale del processo di sviluppo relativo agli stati arcaici dello psichico; e non per completare, come propone Claude Smadja, categorie nosologiche.

L'obiettivo della psicoanalisi attuale, tuttavia, è quello di concettualizzare i cambiamenti della patologia e per fare questo di stabilire confronti tra i diversi modelli post-freudiani. Un ottimo esempio è offerto da

André Green, che mette in luce il merito della scuola di Pierre Marty nell'aver affrontato contemporaneamente i destini pulsionali, la relazione d'oggetto e il funzionamento mentale. Ma egli ha saputo articolare il suo pensiero anche con modelli molto differenti, come quelli di Winnicott e di Bion.

Noi ci troviamo a metà strada - posizione non facile - tra le formulazioni di Claude Smadja e quelle di alcuni autori inglesi post-freudiani.

In quest'ottica sarebbe augurabile confrontare le concettualizzazioni del pensiero e del funzionamento operatorio con le riflessioni di Phyllis Greenacre, che parlava di simbiosi focale per designare situazioni nelle quali la relazione simbiotica esiste in relazione a un organo o a un'area specifica del corpo, e con quelle di Jose Bleger, che nel 1958 formula il suo concetto di "io fattuale" (*yo factual*), e ancora con le interessanti esperienze cliniche di Meltzer, di Herbert e David Rosenfeld che potrebbero offrire delle occasioni di fertilizzazione reciproca.