

Steven Wainrib

Ricerca Psicoanalitica, 2000, Anno XI n. 1, pp. 95-100.

Interpretazione e problematiche psicosomatiche¹

Traduzione di Michele Minolli.

SOMMARIO

L'Autore sostiene che l'interpretazione è l'unico modo valido di sostenere il paziente psicosomatico e di dare continuità all'investimento relazionale. L'interpretazione infatti si pone come creatrice di senso proprio là dove l'altro si era posto come disorganizzatore dell'io.

SUMMARY

Interpretation and psychosomatic problematics

Far from being opposed to any support given to the patient or to continuity in relational cathexis, interpretation is here found to reside in psychosomatic problematics in so far as it creates meaning-carrying links in the face of the figure of the other that disorganises the Ego.

Che cosa fare con i pazienti che somatizzano? Dobbiamo mettere in stato di latenza o in secondo piano l'attività interpretativa, ritenendo che abbiano bisogno, rispetto al setting normale, di tempi preparatori, attendendo quindi che l'interpretazione, quale strumento dello sviluppo del processo analitico, diventi possibile?

Si è portati abitualmente a ritenere il sintomo psicosomatico "senza senso", a pensare cioè che non possieda tutta la ricchezza rappresentazionale del sintomo isterico, al quale si contrapporrebbe punto a punto.

La supposta assenza di senso del sintomo non costituisce tuttavia argomento valido contro l'interpretazione, soprattutto se la si pensa più in riferimento al *transfert* che non all'esplicitazione del significato dei sintomi.

La messa a fuoco del *transfert* e l'ipotizzarne il significato non sono cosa facile con questi pazienti. L'analista si trova infatti privato dei riferimenti abituali del conflitto proprio delle pulsioni.

Nel paziente psicosomatico, sovente, non si coglie alcun desiderio soggettuale, neppure pensato come rimosso o censurato. Questo non vuole dire però assenza di *transfert*, ma necessità di tempo maggiore e di lenta ricerca di comprensione dell'interpretazione possibile.

Coloro che sostengono ciò che dobbiamo chiamare una terapia di sostegno, pensano che, con questi pazienti così fragili, l'interpretazione *risulterebbe brutale e pericolosa*. Questo modo di pensare trascura il fatto che il vero sostegno ai nostri pazienti è legato alla possibilità di simbolizzazione dipendente dall'interpretazione. È l'interpretazione che contiene e organizza ciò che altrimenti resterebbe allo stato di cosa, di forze disorganizzatrici, di elementi non legati tra loro. Ed è proprio questo che sconvolge il funzionamento psichico dei pazienti psicosomatici.

¹ Il presente articolo è stato pubblicato nella *Revue Française de Psychanalyse* 1998, 5, pp. 1613-1616 con il titolo originale *Interprétation et problématiques psychosomatiques*. Si ringrazia l'Autore per la gentile concessione.

Sono quindi portato a pensare che ritenere pericolosa l'interpretazione sia una risposta controtransferale dell'analista nei confronti di questi pazienti.

Claude Smadja critica giustamente la volgata psicosomatica, la riduzione, cioè, di questi pazienti a uno stato deficitario: è la famosa mancanza di fantasmizzazione che diventa una cosa a se stante e non un fatto psicoanalitico di cui occuparci per inserirlo in una rete di legami portatori di senso.

La paura di uccidere il paziente a colpi di interpretazioni, il fatto di considerarlo un bambino incapace di accogliere le parole che darebbero senso alle sue angosce profonde, se considerati come fenomeno controtransferale e riconosciuti come tali, possono aiutarci a cogliere la modalità del transfert.

Quali indicazioni può darci questa posizione controtransferale? Non ci dice forse chiaramente fino a che punto il funzionamento operatorio del paziente in seduta è caratterizzato da paura della relazione con l'altro quale disorganizzatore di sé?

Essere il proprio corpo, nei desideri e negli affetti, sembra non avere mai potuto trovare riconoscimento nell'altro, non essere mai stato possibile realmente nel rapporto con l'altro.

Nel momento stesso in cui cogliamo che l'incontro con l'altro viene a rappresentare un superamento della soluzione psicosomatica, nello stesso momento possiamo capire che il funzionamento operatorio del paziente è una difesa. Si tratta di una difesa contro la disintegrazione, completamente differente dai comuni meccanismi di difesa utilizzate contro le pulsioni di un Io ben organizzato topicamente. Qui la difesa è la desoggettualizzazione e non è utilizzata contro le pulsioni, ma contro tutto ciò che mette in contatto con il mondo soggettuale, ossia affetti, fantasie, discorso personale...

Siamo in presenza di un paziente che distrugge ogni sensazione di esistere per eliminare il dolore di esistere, il dolore legato al sentimento di essere, quando non c'è più la speranza di farsi riconoscere dall'altro nel proprio essere corpo.

È la difesa: "Sono come mi volete". Difesa difficile da reggere per l'analista poiché non elimina solo l'esistenza del paziente, ma anche quella del suo interlocutore che perde la sensazione di essere un referente dai contorni definiti. In effetti, logicamente, per essere "come mi volete" è necessario avere davanti a sé un altro "come mi volete", altrimenti la finzione di una normalità giocata sul percorso simile-stesso non funziona più.

Per questo il paziente operatorio svuoterà il linguaggio dalle sue implicanze soggettuali per spostarle sulle cose, rifiutando con ostinazione quanto l'analista propone a rottura di questo sistema di spostamento.

Qui l'inconscio non è l'inconscio rimosso del nevrotico, ma piuttosto la non assunzione del corpo pulsionale, per non avere sufficientemente realizzato un'intesa tra essere il proprio corpo e il sentirsi riconosciuti dall'altro. L'altro risultando più un anticorpo che non la presentificazione di una differenza, sorgente potenziale di piacere.

Paradossalmente più questi pazienti sono blindati contro la disorganizzazione, murati nel loro essere incollati al fattuale, incapaci di articolare la loro vita pulsionale nella continuità dell'essere e più sono fragili somaticamente. In effetti, l'eccitazione, che dovrebbe dar luogo alla pulsione, cioè all'esigenza del lavoro psichico legato al corporeo, viene vissuta come disturbo somatico. Privato della continuità dei processi di soggettualizzazione, premessa indispensabile dell'articolazione soma-psiche, il corpo si ritrova in balia di brusche spinte di perturbazione identitaria nel suo sistema immunitario o di folli tempeste neurovegetative.

Questa realtà non comporta l'astenersi dall'interpretare, ma un interpretare in modo diverso dagli abituali termini di conflitto di desiderio o di meccanismi di difesa dell'Io. In effetti, non siamo tanto in presenza di un conflitto strutturato, quanto di un conflitto che fa esplodere, che oltrepassa le capacità psichiche di contenimento, che mette di fronte alle angosce più arcaiche di annientamento.

Voglio ora, brevemente, portare un esempio di somatizzazione nel corso di una psicoterapia.

Antonietta, con cui lavoro vis a vis, è particolarmente ribelle a qualsiasi tentativo di significazione e allo stesso gioco analitico che tende a non lasciare le cose per quello che sembrano. Dopo un tempo assai lungo, in cui si è stabilita una certa fiducia nella mia affidabilità, Antonietta mi chiede di passare a due sedute. Dopo esserci dati il tempo necessario per elaborare tale cambiamento di setting, adottiamo le due sedute, ma la settimana successiva una somatizzazione le impedisce di venire alla seconda seduta. La seduta successiva la paziente mi mette al corrente della grave bronchite e della dolorosa sinusite che le hanno impedito di venire, pur avendo passato un ottimo week-end con gli amici. Del gruppo degli amici era la sola a fumare e questo le ha fatto cogliere la sua dipendenza dal fumo. Mi parla dei pericoli legati al tabacco e della sua relazione con la bronchite. Il suo racconto è decisamente fattuale, non sembra condurre da nessuna parte.

Allora le dico che, secondo me, la sua assenza sembra legata al buon rapporto che si è instaurato tra noi e che la seconda seduta è stata *quindi* vissuta come paura di *una dipendenza che uccide*. La paziente si anima, abbandona il suo funzionamento operatorio e mi racconta il seguente ricordo: a seguito di un'esperienza dolorosa era stata data in affidamento a una signora diventata molto importante per lei. Un giorno, poiché la madre non la pagava da parecchi mesi, la signora le dice: "Se tua madre non paga, non potrò più tenerti". Era ancora una volta la fine del mondo e il peggio fu di averlo creduto.

Abbiamo lavorato molto su tutto questo, operando collegamenti con lo svolgimento delle sedute, con la sua domanda di sedute supplementari come richiesta di amore in contrasto con la staticità del setting.

Il ricordo risultò essere un ricordo di copertura relativo a una profonda problematica arcaica. Lavorandoci, la paziente ha sciolto il legame storico tra ricordo e paradosso traumatico dell'amore come annientamento, per diventare, nel dialogo con l'analista e attraverso *après-coup* soggettualizzati, elemento creativo di una nuova storia personale.

Non mi dilungherò nell'esposizione di questo lavoro. Mi premeva solo fare cogliere come, partendo dalla somatizzazione, l'interpretazione possa avere una funzione di creazione di legami, veicolo di significati e sostegno alla soggettualizzazione, proprio là dove viene scoperta una spaccatura dell'esistenza.

BIBLIOGRAFIA

- Chervet B. (1997) *Equation processuelle et jonction soma-psyché* Rev. franç. de Psychosomatique, 11.
- Debray R. (1998) *Peut-on se passer de la référence à l'économie psychosomatique?* Bulletin de la Société Psychanalytique de Paris.
- De M'Uzan M. (1973) *Genèse du symptôme somatique* in *Cliniques psychosomatiques* PUF, Paris, 1997.
- Fain M. (1981) *Vers une conception psychosomatique de l'Inconscient* Rev. franç. de Psychan., 21.
- Gaddini E. (1989) *Scritti 1953-1985* Cortina, Milano.
- Marty P. (1958) *La relation d'objet allergique* Rev. franç. de Psychan., 1.
- Marty P., De M'Uzan M., (1962) *La pensée opératoire* Rev. franç. de Psychosomatique, 27.
- Marty P., De M'Uzan M., David C. (1963) *L'investigation psychosomatique* PUF, Paris.
- Marty P., Fain M. (1965) *A propos du narcissisme et de sa genèse* Rev. franç. de Psychan., 5-6.
- Marty P. (1976) *Les mouvements individuels de vie et de mort* Payot, Paris.
- Marty P. (1980) *L'ordre psychosomatique* Payot, Paris.
- Marty P. (1990) *La psychosomatique de l'adulte* Payot, Paris.
- Marty P., Nicolaidis N. (1996) *Psychosomatique, pensée vivante* L'esprit du temps, Paris.
- Rosemberg B. (1995) *Relire Marty. De la depression essentielle à la somatisation: réflexions sur le rôle du masochisme dans ce mouvement* Rev. franç. de Psychosomatique, 8.
- Smadja C. (1998) *Le fonctionnement opératoire dans la pratique psychosomatique* Rev. franç. de Psychan., 5.