

Claude Smadja

Ricerca Psicoanalitica, 2000, Anno XI n. 1, pp. 69-78.

Psicosomatica e psicoanalisi¹

Traduzione di Michele Minolli.

SOMMARIO

L'Autore interpreta gli stati operatori in una prospettiva metapsicologica. Le alterazioni del narcisismo primario, la prevalenza delle formazioni ideali e l'insufficienza allucinatoria delle pulsioni, fondano la clinica operatoria e danno senso alla depressione essenziale e al pensiero operatorio. Secondo l'A., nel funzionamento operatorio, l'oggetto è venuto meno e il collettivo si è imposto all'lo del paziente.

SUMMARY

Operative functioning in psychosomatic practice

The author interprets operative states according to a metapsychological perspective. Alterations of primary narcissism, the prevalence of ideal formations and the insufficiencies of the hallucinatory series of the drive, found operative clinical experience and give meaning to its fundamental signs, that is to say, an essential depression and operative thought. According to the concept envisaged by the author, the place of object in operative functioning is lacking, whilst the reality of the fact of the group imposes itself on the patient's Ego.

La psicosomatica non è solo un campo di pertinenza della psicoanalisi, ma una delle sue scommesse più importanti. Questa affermazione, lo sappiamo bene, è lungi dall'essere ammessa da tutti come evidente, più sovente è ritenuta un concetto come altri. È dunque utile cercare di inserire la psicosomatica nel contesto medico e psicoanalitico di cui fa parte.

La medicina, da sempre e a diritto, ha occupato il territorio della psicosomatica. Cosa normale se si pensa che la sofferenza di questi malati si esprime principalmente sul versante somatico. È quindi naturale che il malato si rivolga al medico. Nella storia della medicina sono esistiti periodi di esclusione e periodi di accettazione della dimensione psichica della malattia. Oggi, nel contesto della medicina occidentale, la dimensione psicosomatica non sempre è ammessa e, quando lo è, viene sottomessa a restrizioni. La dimensione psichica nella mentalità medica si vede assegnato uno statuto di *fattore eziologico* assieme ad altri. Abituamente si pensa ad un fattore concomitante. Ma il vero problema è altrove: l'unità del pensiero medico poggia sulla *componente biologica* della malattia, alla quale gli altri fattori vengono subordinati. Alcune specializzazioni scientifiche moderne, come la neuro-psico-immunologia, spingono al massimo le implicazioni di questa impostazione. Non è difficile cogliere le conseguenze dell'oggettivazione scientifica della malattia: il malato si vede proibita la parola, la sua parola, quella della sofferenza sottratta al lavoro psichico. Ricordiamo l'osservazione piena di verità di G. Canguilhem: "Il malato è una persona che ha bisogno di parlare a qualcuno". Nel caso in cui questi è un medico, siamo in presenza del processo che

¹ Il presente articolo è stato pubblicato in edizione originale con il titolo *Après coup* nella *Revue Française de Psychanalyse*, 1998, 5, pp. 1441-1450. Si ringrazia l'Autore per la gentile concessione.

fonda, non come scienza, ma come clinica, la medicina. Per questo la *dimensione soggettiva* del malato non può in alcun modo essere eliminata dalla relazione con il medico.

Ma può la psicoanalisi occuparsi dei malati somatici sui tre versanti della pratica, della clinica e della teoria? Questa domanda rimanda alla storia della stessa psicoanalisi. Le *nevrosi attuali*, studiate da Freud fin dall'inizio, rappresentavano una categoria di malati che interessava più la medicina della psicoanalisi. Eppure rimangono per la psicosomatica un riferimento permanente. Conosciamo la posizione ferma di Freud: "Le nevrosi attuali non interessano la psicoanalisi". Questa dichiarazione, carica di conseguenze, ha certamente inciso sull'esclusione, per più decenni, di una parte della clinica psicoanalitica, almeno fino a quando gli autori di *L'investigation psychosomatique* (1963) non hanno reintrodotta in seno a quella stessa clinica la psicosomatica. Freud aveva messo da parte le nevrosi attuali a causa del loro tropismo, attuale e fattuale, troppo marcato dai meccanismi della percezione e della coscienza. Preoccupato di costruire una teoria generale dello psichico fondata su meccanismi inconsci, non trovava in loro sostegno al suo progetto.

Dopo l'introduzione del narcisismo nel 1914, della coazione a ripetere e della nuova opposizione pulsionale, pulsione di vita/pulsione di morte, nel 1920, le nevrosi attuali divennero legittimamente oggetto di una nuova interpretazione e inserite nella filiazione delle nevrosi narcisistiche da una parte e delle nevrosi traumatiche dall'altra. Così oggi la posizione iniziale di Freud non può più essere sostenuta.

Il secondo ostacolo all'integrazione del fatto psicosomatico nell'ambito della psicoanalisi è rappresentato dalla malattia somatica quale dato eterogeneo al campo psicoanalitico. Per superare questo ostacolo dovremmo avere strumenti concettuali capaci di fondare un vero monismo soma-psiche. Seguendo Freud, ritengo che il funzionamento pulsionale riguardi sia le funzioni psichiche sia le funzioni somatiche e quindi fondi il monismo soma-psiche. La linea di demarcazione è data dall'attività delle pulsioni. In questo modo e su queste basi psicoanalitiche, diventa possibile sviluppare una concezione dell'economia psicosomatica.

Questa premessa mirava a precisare una posizione teorica generale: la psicosomatica è uno degli ambiti d'intervento dello psicoanalista.

Desidero ora esplicitare cosa mi ha condotto a scegliere un'interpretazione del funzionamento operatorio¹ nella linea della seconda teoria freudiana delle pulsioni come *una malattia dell'lo-seconda topica*. La mia concezione metapsicologica del funzionamento operatorio si colloca nella linea di pensiero che ha creato la psicosomatica psicoanalitica e di cui *L'investigation psychosomatique* (1963) costituisce l'atto di nascita. Gli psicoanalisti dell'*École de Paris*, riuniti attorno a Pierre Marty, hanno operato un profondo cambiamento nella storia della psicosomatica. Hanno trasformato lo statuto della psicosomatica passando dal regime di applicazione della psicoanalisi a quello *della pratica della psicoanalisi*. Il pensiero operatorio è nato da questa nuova interpretazione del fatto psicosomatico. Il dato clinico della vita operatoria, così come Pierre Marty l'ha formulato nei suoi scritti e nel suo insegnamento orale, è così ricco, acuto e completo da farne il riferimento e la base di ogni intervento analitico. La mia esperienza clinica con pazienti operatori s'iscrive nell'eredità di questa tradizione. La costruzione teorica costruita a partire dalla realtà clinica della vita operatoria, è inseparabile dal suo *modello evolucionista* di cui rappresenta l'inevitabile conseguenza. Da questo punto di vista la mia impostazione-seconda topica freudiana è perfettamente coerente con il modello generale della psicosomatica di Marty.

Due le osservazioni cliniche di partenza.

- Il funzionamento operatorio è il risultato di una inaudita violenza sulla vita psichica e, quando siamo in presenza di una somatizzazione, anche sulle funzioni organiche del paziente.

- Il *conflitto* tra la pulsione di morte, la cui presenza è testimoniata dal funzionamento operatorio e dallo specifico evolutivo della malattia, e la pulsione di vita, che si esprime nelle capacità di trasformazione psichica del paziente, resta attivo fino agli ultimi istanti della vita.

La seconda teoria freudiana delle pulsioni fornisce, secondo me, gli strumenti concettuali adeguati a spiegare sia la realtà della distruttività in azione nella malattia operatoria sia la conflittualità tra distruttività e creatività psichica, propria di eros. Ma vediamo ora questi due punti alla luce delle nozioni di *pulsione di morte* e di *disorganizzazione* di Pierre Marty, del suo modello evoluzionista e della sua teoria degli istinti fondamentali.

Per Marty la vita operatoria dipende sia da una non organizzazione dell'apparato mentale, nella nevrosi di comportamento, sia da una ampia disorganizzazione dello stesso apparato mentale, nei nevrotici del carattere. In un caso come nell'altro, la vita operatoria rischia di portare alla disorganizzazione somatica. Nella logica del modello evoluzionista, la spinta alla disorganizzazione ha uno statuto anti-evolutivo, la cui forza motrice è da attribuire alle forze individuali di morte. Se esaminiamo la concezione del funzionamento pulsionale in Marty, come ho fatto in lavori precedenti, risulta chiaramente che la pulsione di morte non ha per lui alcuna indipendenza come forza pulsionale. È legata strettamente alla pulsione di vita di cui non è che la figura rovesciata, come la tendenza contro-evolutiva non è che l'opposto della tendenza evolutiva. Il punto nodale è questo: *la pulsione di morte, in quest'ottica, non è una forza di distruzione*. Per definirla al meglio potremmo dire che è un movimento o una spinta di decostruzione, attivata ogni volta che qualcosa ostacola il dinamismo costruttivo della pulsione di vita. Sua caratteristica non è fare violenza alle strutture psichiche o somatiche, il farle a pezzi, ma lo spegnerle, progressivamente e gradualmente, secondo un ordine determinato dal piano evolutivo nella sua traiettoria rovesciata.

Per Marty i due movimenti di disorganizzazione e di regressione si oppongono in questo: nell'attuarsi del primo, non c'è l'ostacolo della fissazione, mentre nel secondo le fissazioni costituiscono delle dighe che fermano il processo. Sul piano clinico questa opposizione viene illustrata dal binomio contrastato del cancellare o dell'esprimere le figure mentali. La vita operatoria, essendo il risultato della più ampia e della più profonda disorganizzazione dell'apparato mentale, si traduce, per Marty, in una cancellazione generalizzata di tutte le funzioni psichiche, riducendo il paziente operatorio a degli automatismi di sopravvivenza. Tuttavia, Marty non esclude che possano svilupparsi delle riorganizzazioni, il più delle volte solo parziali, sia naturalmente, qualora ci siano cambiamenti di vita, sia nel corso di interventi psicoterapeutici.

Nella logica del modello evoluzionista una certa conflittualità si spiega con le oscillazioni tra disorganizzazione e riorganizzazione. È una conflittualità collocata su di un piano verticale tra livelli evolutivi diversi. È necessario tenere ben presente che, nella concezione evoluzionista, le riorganizzazioni, relative alla ripresa evolutiva, mirano a rianimare strutture preesistenti, momentaneamente cancellate dalla disorganizzazione. *Manca, in pratica, a questa conflittualità la qualità trasformativa dell'apparato psichico propria delle pulsioni erotiche inconscie, funzione legata strettamente alla dualità pulsionale*. Se la malattia operatoria rappresenta una possibile soluzione, nello stesso tempo psicopatologica e psicosomatica, è perché costituisce, in ultima analisi, una soluzione di vita, per limitata che sia, e assicura, fino alla morte, la priorità della vita. Gli autori di *L'investigation psychosomatique* (1963) hanno sottolineato questo aspetto tragicamente piatto della vita psichica del paziente operatorio. Se ogni rumore viene da Eros, come scriveva Freud e la pulsione di morte agisce in silenzio, dobbiamo dedurre che, nella lotta che oppone nel paziente operatorio le pulsioni erotiche alle pulsioni di distruzione, sono queste ultime che prevalgono. La malattia operatoria, pensata come malattia dell'io-seconda topica, cerca di spiegarlo.

Fare ipotesi metapsicologiche a spiegazione della specificità dell'organizzazione psichica dei pazienti operatori, come ho appena fatto, è utile, ma bisogna stare attenti a non estenderla automaticamente a qualsiasi paziente. Nel campo della clinica M. Fain ricorda come non esista un modello ideale. È vero che la teoria, ci porta a fare un lavoro di sintesi e di classificazione dei dati clinici presenti in modalità diverse nei pazienti, così da avere classi relativamente specifiche. È quanto hanno da sempre fatto gli psicoanalisti, dopo Freud, con le categorie delle organizzazioni nevrotiche, le organizzazioni psicotiche e gli stati

borderline. Per convincersene basta riferirsi alle loro definizioni. Tuttavia, ed è questa una particolarità della ricerca psicoanalitica, il lavoro dello psicoanalista, specialmente con certe categorie di pazienti, impone di rielaborare le definizioni delle realtà cliniche e di riesaminare le frontiere con le entità cliniche confinanti. Per questo motivo, ossia per cogliere meglio la dimensione dinamica, bisogna sempre tenere presente l'elaborazione teorica generale e il lavoro concreto con il singolo paziente, anche perché la realtà psicoanalitica non può essere separata dal lavoro psichico che avviene tra due attori: paziente e analista.

Precisiamo ora alcuni dati della clinica della malattia operatoria, con particolare riferimento *al suo svolgimento processuale*. La malattia operatoria è pensata da me come una malattia dell'io. Questo vuol dire che l'io, quale istanza psichica, è toccato nelle sue basi costitutive, quelle stesse basi che gli danno fondamento. Sto parlando della sua organizzazione narcisistica primaria. Lo sviluppo di una malattia obbedisce schematicamente a un piano processuale. Il primo momento abitualmente è messo in atto, come ci ricorda Freud, senza che l'individuo se ne accorga. Nel caso della malattia operatoria questo corrisponde ad un disinvestimento dell'io quale oggetto psichico, ad una sua squalifica libidica, che lo portano a subire la forza deoggettivante della pulsione di morte. La depressione essenziale ne è la sola testimonianza clinica. Un primo periodo traumatico. Il secondo momento è *un tempo di guarigione*. Corrisponde a quanto si osserva direttamente nella clinica: pensiero operatorio, comportamenti autocalmanti, conformità agli ideali collettivi e alla realtà del *socius*. È tempo di guarigione perché lo sforzo di polarizzazione dell'io sulla realtà gli permette di recuperare la stima di sé persa nel primo periodo. Ma è tempo di guarigione anche perché la realtà operatoria permette all'io il migliore adattamento possibile alle situazioni traumatiche con cui si sta confrontando. Il passaggio alla malattia operatoria è molto evidente clinicamente: il frastuono delle angosce e del diversificato malessere lascia posto alla calma e alla sparizione delle produzioni psichiche. Si ha come la sensazione che l'io, per salvare la propria coesione, non possa andare oltre un certo grado di deformazione. È come costretto a rinunciare a parti di sé. Il lavoro in seduta rivela dati metapsicologici che evidenziano lo specifico del funzionamento operatorio. Nel discorso del paziente non emerge alcuna rappresentazione rimossa, scissa o forclusa. Le formazioni intermedie appaiono come non disponibili. L'accesso all'interpretazione è troppo spesso impedito. I motivi di queste situazioni, non facili da capire, sono compito delle nostre future riflessioni. Ritengo, tuttavia, che qui abbiamo a che fare con meccanismi di negativizzazione e di neutralizzazione del funzionamento delle rappresentazioni. In una prospettiva psicosomatica, non c'è allora da meravigliarsi se l'apparizione di una somatizzazione paradossalmente allevia la sofferenza del paziente, come se, in assenza di oggetti psichici disponibili, gli organi e le funzioni somatiche potessero, in qualche modo, prenderne il posto. Si tratterebbe di un fenomeno di *oggettivazione organica*, quale forma degradata e inadeguata di oggettivazione, il cui vantaggio, dal punto di vista psichico, starebbe nell'essere una nuova potenzialità di recupero dell'investimento dell'io, a meno che la logica propria della malattia non prenda la mano troppo rapidamente.

La malattia operatoria, risultato del funzionamento operatorio, rappresenta, nell'ottica metapsicologica da me proposta, *una figura di riferimento*. Nella sua forma più grave riveste un andamento cronico: le sue strutture di senso hanno perso al massimo qualsiasi dimensione simbolica. Prevale la dimensione dell'economico e della forza. Ma esistono casi in cui la malattia operatoria riveste una forma meno grave, meno rigida e la cui evoluzione è più variabile. Si tratta di stati operatori nella vita di pazienti le cui capacità di adattamento del loro io alle condizioni traumatiche della realtà sono spesso percepibili immediatamente. In questi casi *le strutture di senso* sono più leggibili e le deformazioni estreme subite dall'io risultano più chiaramente essere delle difese. Comunque stiano le cose, secondo me, l'io reagisce sempre a una *realtà deoggettivante* con un'operazione di tipo operatorio. La realtà deoggettivante può essere definita come una realtà caratterizzata dalla cultura dell'istinto di morte. Esempio classico di questo tipo di realtà è la realtà amministrativa, una realtà collettiva indifferenziata e deoggettivante. Quando capita nella vita di un

soggetto, precocemente o in seguito, una tale evenienza, l'io reagisce elettivamente con modalità operatorie.

L'esame dei dati statistici delle ricerche psicosomatiche fatte all'ospedale Pierre Marty, fa emergere un'osservazione interessante: gli *items* "vita operatoria" e "nevrosi di comportamento" risultano scarsi rispetto a quelli di depressione essenziale, disorganizzazione mentale e nevrosi a mentalizzazione scarsa o incerta. Questo vuol dire che la figura di riferimento della malattia operatoria in quanto tale è meno frequente, nella clinica, di stati operatori che possono emergere occasionalmente nella vita del paziente. Questa indicazione proveniente dal lavoro psicoanalitico con i malati somatici ci porta a riflettere sui rapporti tra stati borderline e stati operatori.

La clinica degli stati borderline è come un vasto territorio pieno di sfumature che André Green descrive aperto su due fronti: uno, interno, verso il soma; l'altro, esterno, verso la realtà. La nozione di limite è pensata da Green "non in termini di rappresentazione figurata, ma in termini di trasformazione di energia e di simbolizzazione (forza e significato)". L'accento messo sulla dimensione deltrasformazionale, equivale, secondo me, alla nozione di mentalizzazione che mette ordine nelle nevrosi di carattere. Per questo penso corretto considerare le nevrosi a mentalizzazione scarsa o incerta come stati borderline. Tanto più che la clinica conferma questa identificazione nosografica mettendone in luce lo spezzettamento delle rappresentazioni, degli affetti e del pensiero, il prevalere del comportamento e la tendenza alla somatizzazione. André Green, nella sua descrizione degli stati borderline, fa notare che "nei casi più gravi si produce una esclusione radicale per scissione ... che rende impossibile il lavoro della rappresentazione. Per questo più che un limite diventa una paralisi della funzione di giudizio dell'io; in effetti, in questo caso, non solo certe pulsioni sono eliminate, ma, per lo stesso processo, lo sono anche parti importanti dell'io". Faccio notare la somiglianza tra la concezione di Green degli stati borderline e la mia ipotesi del funzionamento operatorio: perdita dell'io come oggetto libidico e processo di deoggettivazione cui viene sottoposto. Ci si può domandare se lo stato operatorio sia la forma più radicale dello stato borderline o costituisca una figura psicopatologica a parte. Pur lasciando aperta la questione e pur ritenendo che i confini tra le differenti psicopatologie non possano essere tagliati con il coltello, sostengo, appoggiandomi su argomenti clinici, pratici e metapsicologici, *l'ipotesi dell'originalità e della specificità dello stato operatorio*.

Sul piano clinico sono convinto che esista una parentela tra stati borderline e stati di dementalizzazione. Nell'uno come nell'altro sono riscontrabili un tipo specifico di angoscia, quella del vuoto; una qualità particolare di depressione, detta primaria o essenziale; uno spezzettamento della rappresentazione, degli affetti e del pensiero; un disturbo del discorso e del giudizio e una qualità particolare di narcisismo, definito da Green come narcisismo a prestito e che, seguendo M. Fain, chiamo narcisismo di comportamento. Ma quando lo stato operatorio si manifesta, abbiamo allora un *vero salto qualitativo* che si manifesta con molta evidenza nella clinica: le angosce abitualmente non sono più percepite, il sentimento di vuoto della depressione essenziale non è più vissuto né riconosciuto dal paziente, lo spezzettamento delle rappresentazioni e delle idee dà luogo ad una linearità del discorso e del pensiero rivestita di conformità. L'assenza del pensiero diventa convinzione allucinata che s'impone all'io debilitato del paziente. Sono avvenuti due cambiamenti: nei confronti della realtà interna, il paziente si comporta come se soffrisse *di cecità verso l'inconscio*, un muro lo separa ormai dal mondo delle sue rappresentazioni; nei confronti della realtà esterna, il paziente è preso da una visione del reale, vicina al funzionamento psicotico. Non si tratta di una nuova realtà come nelle psicosi deliranti, ma piuttosto di una forma *di ipocondria del reale*. La realtà per il paziente operatorio si è in effetti smisuratamente ispessita e gli si impone in tutta la pienezza della sua sensorialità. È ciò che gli dà quel carattere di convinzione quasi allucinatoria. Di fatto, la malattia operatoria viene a costituire, secondo me, un tempo di guarigione rispetto al primo tempo caratterizzato

dai gravi disturbi del narcisismo. Il suo significato di contro-investimento è dimostrato, nella mia ottica, dalle manifestazioni cliniche che ne caratterizzano lo sviluppo.

Sul piano della pratica, ciò che specifica al meglio la relazione operatoria è *la ricerca di ricette*. Prima o dopo, nel corso del processo psicoterapeutico, viene inevitabilmente posta all'analista questa domanda: "Come si fa?". Essa esprime il bisogno di sbarazzarsi, subito e rapidamente, del vissuto relativo alla minacciosa tensione interna. La bravura dell'analista starà nel trasformare l'urgenza di questa domanda e della sua forma agita, in un gioco condiviso, all'interno del quale il paziente viene invitato a identificarsi con il piacere del proprio funzionamento mentale. In realtà, *ciò che manca al paziente operatorio è la capacità di rendere assente il proprio analista nella relazione analitica*. Questa procedura d'allucinazione negativa del setting è necessaria per la regressione del pensiero. È proprio quello che gli manca, almeno il più delle volte.

Sul piano metapsicologico, infine, l'importanza che do al processo di deoggettivazione nel funzionamento operatorio corrisponde alla concezione dello stato borderline sviluppata da Green, basata sull'accentuazione delle conseguenze strutturate della pulsione di morte. Tuttavia, potremmo distinguere diversificate conseguenze della pulsione di morte. Negli stati borderline, anche secondo Green, la pulsione di morte agirebbe con meccanismi disgiuntivi di separazione e di rottura dei legami tra le diverse forme di rappresentabilità, che egli chiama scissione e che darebbe luogo all'aspetto spezzettato del funzionamento psichico. Nello stato operatorio, penso che la pulsione di morte agisca con meccanismi di negativizzazione, neutralizzazione e estinzione delle spinte di eccitazione interne. Questi meccanismi descritti tanto tempo fa da M. Fain, situano gli stati operatori al di là del principio di piacere, dominati dalla coazione a ripetere e inseriti nella logica degli stati traumatici. Certamente esistono rapporti stretti tra gli effetti disgiuntivi e gli effetti negativanti della pulsione di morte. Corrispondono a meccanismi simili o operano in situazioni differenti? La discussione potrebbe aiutarci a chiarire questi punti difficili della metapsicologia. Comunque stiano le cose, nella linea che propongo, il disinvestimento dell'Io, in quanto oggetto dell'Es, fonda il processo deoggettivante della pulsione di morte. Da questo punto di vista, lo stato operatorio rappresenta una forma radicale di lavoro del negativo. A quale livello situare la barriera all'espressione degli investimenti pulsionali libidici e in quali situazioni conflittuali con gli oggetti? È una domanda che rimane aperta. Dobbiamo comunque notare che la negativizzazione *del rappresentante affettivo* (quantum di affetto) *della pulsione*, in questo lavoro del negativo, ha la preminenza.

NOTE

¹ (NdT) Ho tradotto *opérateur* con "operatorio" con il significato, secondo il Dizionario Garzanti della lingua italiana, di: "agg. 1. che riguarda un'operazione, spec. chirurgica: *sala chirurgica; intervento, atto chirurgico*. 2. (mat.) che concerne le operazioni. Dal latino tardo *operatorius*, derivato di *operari* 'operare'."

François Duparc in effetti commenta: "*Opérateur* fa pensare alla chirurgia, all'ambito operatorio sterile e all'azione chirurgica che vi ha luogo; è la prima definizione che dà il dizionario. In senso più figurato, correlato con la parola *opération* in riferimento ad un'azione militare e l'aggettivo *opérationnel* riferito a un'efficacia immediata, accesso urgente a un obiettivo concreto, evoca un'attività in cui il pensiero è finalizzato all'obiettivo dell'azione sul reale, rapida, efficace, dritta allo scopo senza intoppi di fantasie o sfumature".