

MARIO MENGHERI

FREUD, JUNG E CHIOZZA: ALCUNE RIFLESSIONI INTORNO ALLA
PSICOSOMATICA

Estratto

La vera origine della psicosomatica è posteriore alla scoperta freudiana. È grazie al rapporto con la psicoanalisi che è potuto avvenire il salto dallo psichico al somatico. Pur avvalendosi di contributi e supporti provenienti dalla psicologia e dalla medicina, l'origine e il riferimento teorico permanente della psicosomatica è la psicoanalisi. A tal riguardo in questo contributo riflettiamo su alcuni pensieri di Freud, Jung e Chiozza. Anche il paziente psicosomatico sarà aiutato solo quando il terapeuta lo studierà come soggetto afflitto dalle proprie sofferenze che non ha potuto elaborare nel percorso della propria storia di vita

Introduzione

Il presente contributo considera solo alcuni momenti di riflessione intorno al pensiero dei grandi teorici e clinici C.G. Jung, S. Freud. I loro scritti richiedono non solo tempo per essere capiti ma anche una maturità che spesso pensiamo di possedere solo per un'ipotesi momentanea. Già a poco tempo di distacco da una prima visione di alcuni brani delle loro *Opere*, rileggendone lo stesso passo, scopriamo pensieri cui la nostra comprensione in un primo momento non aveva avuto accesso. Qualche anno più tardi il fenomeno si può ripetere. Questo articolo, includendo per altro anche un sunto della teoria chiozzana, soffrirebbe di onnipotenza se non fosse pensato, scritto e letto in questa ottica. È altrettanto ovvio che nei suggerimenti e riflessioni di questi pensatori è sempre possibile trovare momenti di adesione e distanza in noi che li studiamo!

1. Considerazioni iniziali

Non è facile far parte di un mondo in cui "l'Ombra dello straniero" è vista come il negativo della speranza delusa di un mondo di uguali. Tutti finiamo per diventare "stranieri" in un mondo in cui ci vorremmo tutti familiari e uguali, ma questa condizione si trasforma invece in una condizione di dominio del neutro, che non garantisce né sicurezza emotiva né senso d'identità, ma straniamento. L'estraneità diventa, allora, paradossalmente, l'unico modo per illudersi di ritrovare, nelle differenze, una propria appartenenza. Anche l'identità dell'uomo rischia di perdersi in un mondo in cui massima è, invece, l'illusione di poter aver accesso a qualsiasi identità, in cui, dall'uomo senza qualità, si è passati all'uomo che di identità può averne fin troppe, che può, in teoria, far di sé qualsiasi cosa, cioè niente. "Uomo buco", lo chiama R. Màdera (1998).

Possiamo aspirare, in una prospettiva “visionaria” di inizio millennio, a ritrovare nella ricerca di una sorta di biografia tesa all’auto-individuazione e alla cura di sé, un movimento terapeutico, che conduca l’uomo fuori del buco esistenziale del neutro, verso quella auto-realizzazione solidale di cui abbiamo bisogno di vedere i confini: un mondo abitato da oggetti pieni e da persone reali. Già iniziando con le parole che il padre della psicoanalisi scrisse, nel *Compendio di psicoanalisi*, 1938, è mia intenzione rendere meno straniera e, nel rispetto della sua identità, far più luce all’ “Ombra della psicosomatica”: *Quanto più progredisce il nostro lavoro e quanto più affiniamo la nostra capacità di penetrare la vita psichica dei pazienti nevrotici, tanto più chiaramente ci rendiamo conto dell’esistenza di due nuovi fattori che esigono da parte nostra la massima attenzione come fonti di resistenza. Tutti e due sono assolutamente sconosciuti al malato e tutti e due non potevano essere presi in considerazione quando abbiamo concluso il nostro patto con lui; essi non derivano del resto dall’Io del paziente. Si possono classificare entrambi sotto il termine comune “bisogno della malattia e della sofferenza” ma, pur essendo affini per altri aspetti, la loro provenienza è differente. Il primo di questi due elementi è il senso di colpa o “coscienza della propria colpa”, come anche viene chiamato a dispetto del fatto che il malato non lo avverte e non lo riconosce. Si tratta evidentemente del contributo alla resistenza recato da un Super-io fattosi particolarmente spietato e crudele. L’individuo non deve guarire anzi deve restare malato, giacché non merita di meglio. Questa resistenza non turba in effetti il nostro lavoro intellettuale, lo rende però inefficace; spesso, invero, essa ci permette di annullare una forma di sofferenza nevrotica, ma immediatamente la sostituisce con una malattia somatica. Questo senso di colpa spiega anche le guarigioni o i miglioramenti di gravi nevrosi che talora si possono osservare in seguito a disgrazie reali; quel che conta è soffrire, non importa come. La silenziosa rassegnazione con cui queste persone sopportano spesso il loro duro destino è assai strana e al tempo stesso rivelatrice. Nella difesa contro questa resistenza dobbiamo limitarci a renderla cosciente e a tentare la lenta demolizione del Super-io ostile [...]. Esistono tra i nevrotici degl’individui in cui, a giudicare da tutte le loro reazioni, la pulsione di autoconservazione ha addirittura subito un’inversione; questo costituisce il secondo fattore che caratterizza il “bisogno della malattia e della sofferenza”. Essi non sembrano mirare ad altro che all’autolesionismo e all’autodistruzione. [...] La nostra ipotesi è che in costoro si siano prodotti in ampia misura dei disimpasti pulsionali, in conseguenza dei quali si sono liberate quantità eccessive della pulsione di distruzione rivolta verso l’interno. Questi pazienti non possono trovare sopportabile la guarigione che deriva da un nostro trattamento e ad essa si oppongono con ogni mezzo. Dobbiamo ammettere tuttavia che questo è un caso di cui non siamo ancora riusciti a dare una spiegazione esauriente (Freud, *Opere*, vol. 11, pp. 606-7).*

Straniera, ed Ombra, può essere anche una parte psichica che non sappiamo gestire forse perché o non la conosciamo, o ci spaventa, o non la sappiamo gestire. Così è per la distruttività (e l'autodistruttività), come tendenza di base della personalità. Essa nasce in situazioni in cui l'aggressività non ha potuto essere vissuta in un presente sufficientemente investito. *È la possibilità di farne esperienza, di vivere cioè l'aggressività nel presente, nella relazione che lega la stessa aggressività alle pulsioni di vita, impedendole di rimanere isolata e quindi distruttiva* (Maffei, 1998, p. 19).

Quando si presentano pazienti con il "bisogno della malattia e della sofferenza" a noi psicoanalisti è fornita una grande possibilità, quella di aiutarli ad imparare ad accogliere (attraverso l'elaborazione del loro materiale psichico e ciò che rappresentiamo) un vivo oggetto d'amore, attuale nel loro presente 'sì da rendere possibile la trasformazione dei contenuti (terrifici) inconsci e renderli preconsoci. Solo così sarà possibile permettere di legare la loro esperienza al loro vissuto, ad esempio a qualsiasi forma di aggressività proveniente sia dal mondo interno che dal mondo esterno. Questa aggressività potrà allora essere pronta a trasformarsi in costruttività e creatività.

2. *Psicosomatica*

La vera origine della psicosomatica è posteriore alla scoperta freudiana; è in ogni modo grazie all'apporto della psicoanalisi che è potuto avvenire il salto dello psichico nel somatico.

Nell'introduzione alla psicoanalisi Freud (1915-17) afferma che le scene infantili riferite dai pazienti *non sempre sono vere. Anzi, non sono vere nella maggioranza dei casi e in casi singoli sono in diretto contrasto con la verità storica* (Freud, *Opere*, vol. 8, p. 522). Poche righe dopo il passo citato Freud aggiunge che *gli episodi infantili costruiti e ricordati nell'analisi certe volte sono incontestabilmente falsi, certe altre volte invece altrettanto sicuramente veri e, nella maggioranza dei casi, un misto di vero e di falso* (ivi, p. 523) come unico atteggiamento corretto poiché *queste fantasie possiedono una realtà psichica in contrasto con quella materiale, e noi giungiamo a poco a poco a capire che nel mondo delle nevrosi la realtà psichica è quella determinante* (ibid.). Quindi, ciò che non è verità oggettiva può essere verità psichica.

In un primo tempo D. P. Spence (1987; 1990) più tardi E. Calamari (1995) affermano che la verità storica, per Freud, è già una versione costruita rispetto a un'ipotetica realtà mentale, fattuale; è una costruzione percettiva soggettiva, che diventa in un certo senso collettiva e consensuale, per il solo fatto di venire espressa mediante un vuoto linguistico condiviso, tanto è vero che fa riferimento alle leggende elaborate da ogni popolo circa i tempi remoti e alle *fantasie con le quali (il nevrotico) ha avvolto la storia della sua infanzia* (Calamari, 1995, p. 166). Del resto il paziente non è un testo statico, scritto una volta per tutte, perché è vivo e risponde all'interpretazione. Così la sua storia

sarà suscettibile di molteplici interpretazioni e versioni, una alla volta, però, perché possa sentirla vera, anche indipendentemente dal ricordo.

La psicoanalisi ha dimostrato che si teme solo ciò che si desidera. Spesso troviamo scritto che la nosografia può avere l'inconveniente di irrigidire l'approccio al malato attraverso schemi, strutture e descrizioni e di non fare sufficientemente posto al dinamismo psichico dell'individuo, sul quale l'analista fonda le sue speranze di modificazione del funzionamento mentale. Se trovo giustificata questa riflessione rispetto alla nosografia psichiatrica, l'avverto poco congruente riguardo la nosografia psicoanalitica. Se essa, in effetti, reperisce una coerenza nell'organizzazione psicopatologica e distingue tra varie modalità, ha tuttavia anche la preoccupazione di comprendere come le differenti modalità si articolino tra di loro e come l'analizzato – aiutando l'analisi del transfert – possa passare dall'una all'altra secondo un moto regressivo o progressivo. *Gli analisti diffidando della nosografia, preferiscono passare alla singolarità dei loro analizzati; questa è un'attitudine necessaria a colui che intraprende l'analisi di una persona. Il pensare ai conflitti dell'analizzato in termini di categorie e classi significherebbe depersonalizzare l'analizzato* (Green 1983, p. 38).

2.1. Medicina, psicologia e scienza

La linea di tendenza della ricerca che ha fondamenti di scientificità è l'applicazione di un metodo che è specifico all'oggetto da indagare. La domanda che più spesso si pone a tutti coloro che si avvicinano allo studio della psicosomatica è la definizione dell'area di appartenenza di tale tipo di scienza o quale sia la natura stessa di essa. Ed inoltre la competenza del disturbo è riferibile al medico o allo psicologo?

Per rispondere adeguatamente dobbiamo dunque conoscere l'oggetto da indagare ed il metodo da usare nella ricerca che ad esso è specifica. Il "problema psicosomatico" nasce sia nell'ambito delle scienze antropologiche che nell'ambito della clinica; ma in quest'ultima troverà un'impossibile collocazione perché sempre a cavallo tra l'area medica e quella psichiatrica.

Anche la psicoanalisi nasce dalla medicina (studio dei fenomeni isterici di Freud) ma al contrario, per opera dello stesso Freud, si collocherà nel campo della psicologia, nel qual campo sarà individuato un metodo adeguato all'oggetto del suo ricercare. Del resto per Freud il metodo psicoanalitico è per definizione lo studio dei processi psichici prodotti dalla mente dell'analizzando: la demarcazione tra l'area dello psichico e l'area del somatico appare netta e non trasgredibile.

2.2. Alla ricerca di un postulato

Già di per sé nell'adesione alla parola psicosomatica è implicita un'opzione -che più precisamente è un postulato- rispetto ad un assunto epistemologico per il quale si attribuisce valore di realtà sia alla psiche che al soma. Col pensiero che psiche e soma siano due categorie della coscienza -quindi rappresentazioni-, quanto finora sostenuto vacilla! Sotto questo profilo il postulato, in quanto proposizione non dimostrata che si ammette per vera e necessaria per fondare un'argomentazione filosofica o scientifica, crolla, ovvero si avverte utopico e comunque disturbato il consenso all'idea che la psicosomatica studi i rapporti e i collegamenti tra due realtà di per sé colte nel loro interagire. Avvertiamo l'esigenza di poter formulare quanto meno un postulato diverso e nuovo ma altrettanto legittimo: postulato che gli psicosomatisti stanno cercando.

Ciò che è determinante nel lavoro analitico con i pazienti psicosomatici, e comunque con tutti i pazienti, non è il divenire del processo immaginativo ma come si possa ad-divenire ad una metodica che meglio aiuti a liberare i processi simbolici in modo che gli affetti possano modificarsi quando, ad esempio, per la sofferenza, sono stati costretti a precipitare nel corpo (Mengheri. 2001). Il crogiolo emozionale in cui prende l'avvio un processo simbolico trasformatore è determinato da componenti affettive complesse ancora da conoscere. Poniamo l'accento all'importanza del ruolo della relazione e dell'interscambio costante tra immagine e parola, come via per comprendere le determinanti emotive dell'evento immaginativo che modifica il campo analitico. Il processo simbolico ci appare la via maestra, se non l'unica, perché questo avvenga. I due versanti di questo processo sono quello rappresentativo, espresso nei sogni e nelle fantasie spontanee, e quello verbale. Essi possono esprimersi insieme anche nel *Gioco della sabbia* (cfr. Aite, 2002, pp. 26-9) 'sì da indurre il fenomeno nel suo accadimento. -Rimando il lettore al volume di Paolo Aite (2002), di grande aiuto nella comprensione di queste tematiche-. Il fenomeno corrisponde a ciò che Jung, aveva definito "antinomico", a tal riguardo scrive:

Le contraddizioni in un campo della scienza dimostrano unicamente che il suo oggetto presenta caratteristiche che al momento possono essere afferrate solo mediante antinomie, come ad esempio la teoria della natura ondulatoria ovvero corpuscolare della luce. La psiche possiede una natura infinitamente più complessa che non la luce; per descrivere in modo soddisfacente la natura

della psiche occorrono perciò antinomie ben più numerose (Jung, *Opere*, vol. 16, p. 8). Sempre alla ricerca di un postulato che ci aiuti a meglio comprendere l'evento psicosomatico, possiamo pensare psiche e soma come due categorie della coscienza e non come due realtà ad essa esterne e, accettando questo postulato, ovvero considerando psiche e soma come rappresentazioni, ne consegue una presa di posizione monista rispetto al reale e dualista rispetto alla coscienza. La considerazione che psiche e soma non sono forme dell'essere (che sotto questo profilo non è né psichico né somatico né la somma di ambedue) è di grande rilievo poiché fornisce un'apertura a una diversa impostazione di base. C'è una rinuncia ad ogni possibilità di concepire l'unità dell'essere umano come fondamento della psicosomatica e della presenza di quest'unità a livello effettuale. Ne consegue la rinuncia ad un causalismo psiche-soma e soma-psiche. Siamo costretti a prendere una posizione dualista rispetto al reale; posizione che, d'altra parte, potremmo però definire originariamente monistica in quanto fa riferimento al solo biologico, ma nella considerazione che il biologico è la matrice (il supporto) dello psichico ne consegue ancora una volta, da parte nostra, una posizione dualista a favore di un concretismo che vede scendere in campo lo studio dell'uomo psicosomatico.

Finisce una teorizzazione di un soggetto psicosomatico a favore di una modalità di lavoro che pur rinunciando alla ricerca delle relazioni tra psiche e soma considera l'una all'altro irriducibili. Ad oggi nella teoria, e conseguentemente nella clinica, sembrano non poter sussistere i presupposti per un approccio monistico integralista (o, come attualmente si usa dire: globale o olistico) della psicosomatica alla malattia organica. Appare ovvio che il solo funzionamento psichico non può in alcun caso rendere conto dei fenomeni somatici.

3. Il contributo di Freud alla psicosomatica

Già con il rigetto di Freud del suo “Progetto di una psicologia”, i processi psichici dei fenomeni mentali non possono essere considerati isomorfi a quelli somatici ma, al contrario, devono essere letti esclusivamente dal lato psicologico e non biologico (somatico).

Ed ancora nella prefazione di Freud, in uno scritto ad Oskar Pfister, nel 1913, riguardo “Il metodo psicoanalitico” scrive:

La psicoanalisi è nata sul terreno della medicina, come procedimento terapeutico per trattare alcune malattie nervose che sono state chiamate “funzionali”, e in cui con sempre crescente certezza si sono riconosciute le conseguenze di disturbi della vita affettiva. Essa realizza il proprio scopo, che è quello di eliminare le manifestazioni di tali disturbi - i sintomi -, presupponendo che essi non siano l'unico e definitivo esito possibile di determinati processi psichici, e perciò scopre, nel ricordo del paziente, la storia dello sviluppo di tali sintomi, ridà vita ai processi che stanno loro alla base e li dirige verso una soluzione più favorevole.[...] essa penetra [...] a fondo nella struttura del meccanismo psichico, e si propone di influenzare durevolmente i suoi soggetti e di ottenere in essi modificazioni permanenti (Freud, Opere, 7, 183-5); al momento in cui Freud sceglie come suo campo di esclusiva competenza lo studio dei processi mentali sembra distaccarsi dal biologico. La psicoanalisi viene così ad operare una definitiva separazione tra ciò che è psichico e ciò che per diversa natura è somatico.

Per Freud dunque le ricerche dovranno pertanto essere limitate esclusivamente al campo dello psichico e non saranno consentiti sconfinamenti nel campo del biologico, anche se tutta l'opera di Freud continuamente ripropone riferimenti costanti e precisi al biologico (paralisi isteriche, teoria delle pulsioni), dovuti ai suoi primi interessi di studioso di laboratorio. Possiamo azzardare l'idea che il periodo, l'epoca freudiana consentissero l'esistenza o alla medicina o con forza alla psicoanalisi ma certamente non ad entrambe. Freud operò per quest'ultima. Riepilogando alcuni pensieri di Freud che portano un notevole contributo al dispiegarsi della psicosomatica:

1/ *Il ruolo del corpo è di assorbire energia attraverso la conversione (Opere, vol. 1, 1892; vol. 2, 1894);*

2/ *Una volta che la conversione è avvenuta, il sintomo isterico si forma come sostituzione del processo psichico conscio - ovvero sostanza creata per conversione - (Opere, vol. 5, 1908);*

3/ *Il sintomo isterico è uno dei molteplici dialetti dell'inconscio (Opere, vol. 7, 1913);*

4/ *(esso) sostituisce un atto con un adattamento ed è corrispondente, filogeneticamente, a un'importante regressione (Opere, vol. 8, 1916);*

5/ *L'Io è anzitutto un'entità corporea, non è soltanto un'entità superficiale, ma anche la proiezione di una superficie (Opere, 9, 1922, p. 488);* l'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo (Opere, vol. 9, 488-9, cfr. nota).

Freud portò l'isteria, sindrome di confine tra mente e corpo, nella psicoanalisi con la teorizzazione del rapporto tra affetto e rappresentazione della sintomatologia isterica: nell'isteria l'affetto viene distaccato dalla rappresentazione rimossa (perché insopportabile dalla coscienza) e trasformato per conversione in sintomi somatici di significato simbolico.

C.G. Jung nel 1906, evidenzia, *attraverso ricerche psico-fisiche ed esperimenti associativi*, (Jung, *Opere*, vol.2, tomo 2, pp.283-4) una connessione stabile tra affetto e rappresentazione. Scopre *Il complesso a tonalità affettiva*, che sottolinea una connessione stabile tra affetto e rappresentazione, a differenza dell'idea freudiana di una flessibilità delle componenti inconscie.

Nel 1905/1909 Jung presenta il pensiero freudiano in Europa: sottolineando che nell'eziologia isterica sono presenti motivi non soltanto sessuali: il discepolo inizia a prendere le distanze dal maestro. Con Jung si ha una radicale trasformazione dei concetti di libido (sottolinea l'esistenza di una psiche collettiva aprioristica e sottintende la psiche) e di simbolo: con il 1952 (*Opere*, vol. 5) si ha la rottura definitiva con Freud già per altro annunciata da Jung nel 1913 in occasione del 17° Congresso medico internazionale di Londra (vedi dopo).

3.1. *I post e i neofreudiani*

Anche alcuni allievi di Freud all'inizio della storia della psicoanalisi (G. Groddeck e S. Ferenczi) propongono importanti rimandi al biologico sia in riferimento alla lettura delle malattie somatiche sia ai comportamenti sessuali. La psicosomatica nasce dunque nel segno di una contraddizione epistemologica alla quale, come abbiamo visto non sono stati estranei né il fondatore della psicoanalisi né i suoi allievi.

Anche negli USA negli anni trenta si costituisce una scuola psicosomatica cui fanno riferimento F. Alexander, F. Deutsch, ed altri. Il riferimento al somatico giunge anche da Alexander nel sostenere che la stagnazione anormale di una quantità di energia in un organo o in un apparato che è specificamente investito della vita affettiva dà avvio a un processo che sarebbe alla base della nevrosi d'organo. I comportamenti somatici sono indissolubilmente legati agli stati emotivi, così pure uno stato emotivo inizialmente darebbe luogo a turbe funzionali e successivamente s'instaurerebbero alterazioni stabili sul piano anatomico.

E. Gaddini, in un lavoro del 1984 riferiva che negli ultimi sessanta anni siamo passati da patologie quali l'isteria ai disturbi del carattere, più tardi a vedere la prevalenza di forme *borderline* di personalità narcisistica come pure numerosi casi di psicosomatosi secondaria comparsa in corso di malattie di importante rilevanza clinica. Con Gaddini, per la definizione del quadro somatico, viene individuato un metodo di studio che ha per oggetto il riconoscimento delle relazioni esistenti tra gli elementi componenti la storia del paziente traguadata

sotto tre profili: medico, psicologico e psicosomatico. Nel passato il percorso della ricerca psicosomatica sul versante psicoanalitico aveva preso inizio dalle osservazioni dei quadri di isteria nella lettura dei quali, il modello psicoanalitico fa riferimento a livelli evolutivi più avanzati della mente e che vengono indicati dall'affioramento del conflitto edipico, che opera principalmente in chiave fallica ed orale, e del funzionamento della mente in termini simbolici. Dallo studio della relazione di oggetto e della funzione del simbolo ci si sposta nell'area della preoggettualità e del presimbolico. Così ha inizio lo studio della scuola americana derivata da H. Hartmann e seguita da H. Kohut con la scuola inglese rappresentata da D. Winnicott.

Secondo quest'ultimo la malattia si caratterizza per la persistenza della scissione nella struttura dell'Io e per la presenza di scissioni della propria personalità; nel paziente esiste infatti una potente organizzazione difensiva tesa a mantenere tale scissione. La scissione della personalità è correlata al bisogno di salvare la propria identità personale e di abbandonare il rapporto fusionale con la madre.

La progressione dell'intervento psicoterapico è caratterizzata da una crescente integrazione del paziente nel processo analitico e da una graduale contrazione della scissione della propria personalità. È presente un'inadeguatezza infantile a stabilire una relazione oggettuale.

Il disturbo psicosomatico, secondo Winnicott, consiste nell'agire questa condizione di scissione attraverso alcune azioni che il paziente compie con il proprio medico quale il portare la sua attenzione verso quei luoghi mentali nei quali tale dissociazione si è realizzata.

Tutto ciò accade per adempiere ai bisogni difensivi della personalità che tende a tenersi lontana dai pericoli che possono derivare da un processo di non integrazione tra psiche e soma e che sono fonte di insostenibile angoscia per quell'individuo. Come è noto infatti ogni individuo tende al raggiungimento di una unità psiche e soma intesa come totalità del funzionamento fisico.

Il bambino ha una tendenza innata verso il corpo che funziona ed è su questo corpo che è possibile sviluppare una personalità sufficientemente attrezzata di processi difensivi idonei a metterlo al riparo dell'ansia di ogni tipo e grado.

Questo pensiero che appare così centrale al problema psicosomatico trova un corollario nella annotazione che Winnicott fa su "l'Io e l'Es" di Freud a proposito dell'asserzione che l'Io si fonda su un Io corporeo, quando sostiene che Freud sarebbe potuto andare oltre a sostenere che il Sé, se è sano, trattiene in se stesso questa identità somigliante al corpo ed al suo funzionamento.

Per Winnicott il disturbo psicosomatico resta correlato fondamentalmente ad una debolezza dell'Io realizzatasi a seguito di cure materne carenti e insufficientemente buone. Tale debolezza si è costituita sulla base del rapporto con un mondo che si è reso ostile al bambino e che non lo ha riconosciuto nel proprio Io; conseguentemente la dissociazione di questo è stata inevitabile. Ne segue che l'Io scisso utilizza a suo favore le dissociazioni ambientali del nucleo

familiare, del rapporto sociale e dell'organizzazione sanitaria ai fini della costruzione di una buona difesa.

C. Brutti e R. Parlani hanno recentemente scritto i principi di quella che annunciano come "seconda epistemologia" dove emerge, proprio nel *Compendio* di Freud, la formulazione delle due ipotesi fondamentali della psicoanalisi. Attraverso la "nuova epistemologia" avviene la definitiva frattura con i presupposti concettuali in precedenza adottati da Freud (vedi in seguito).

3.2. L.A. Chiozza e lo Studio Patobiografico

Il neofreudiano Chiozza non vede mai scisso il sintomo né dall'organo (bersaglio) né dall'uomo con la sua storia personale. Anche per noi il sintomo è un dialetto dell'inconscio da decodificare e interpretare (Mengheri, 1999).

Lo *Studio patobiografico*, ideato da Chiozza, *consiste in un lavoro che si realizza mediante due tipi di storia. Una clinica (che) riporta i sintomi, i segni e la evoluzione di cui il paziente ha sofferto e soffre, considerandoli come processi che derivano da una causa. L'altra biografica, (che) presta attenzione agli episodi e ai fatti della sua vita, considerandoli come scelte e tematiche il cui significato ha pure un senso nell'intero insieme di quella vita* (Chiozza, 1988, p. 20).

Non è possibile a tutt'oggi negare che sia nella formazione dei medici che nella condizione di malati, viene ricevuto sempre lo stesso messaggio [...] *il malato non deve pensare alla sua malattia ma affidarsi al medico che, come un bravo soldato, ne combatterà la causa fisica. La malattia è un infortunio, un incidente causale e non ha niente a che vedere con la vita del paziente* (ivi, p. 65-6). Il malato non è aiutato nel percorso di guarigione se viene osservato come uomo incidentalmente danneggiato. Il paziente psicosomatico sarà aiutato solo quando il terapeuta lo studierà come soggetto col le proprie sofferenze che non ha potuto o saputo elaborare nel percorso della propria storia di vita.

Chiozza pone un particolare accento sulla raccolta (non meno di otto sedute) dell'anamnesi ordinata alla ricerca degli anelli mancanti nella continuità della storia del paziente, dei quali la malattia è un indice. L'indicazione che segue richiede un'indagine indiziaria e un'interpretazione. Se quest'ultima coglie nel segno, fornisce al paziente tutti gli elementi per una risignificazione ed un riordinamento della sua esperienza esistenziale, ciò che per Chiozza equivale alla guarigione. La guarigione è la conquista della possibilità di riorganizzare la propria esistenza secondo nuovi parametri. Le conclusioni dello psicoanalista non sono personali ma scaturiscono da un gruppo di lavoro, formato da diverse professionalità, che nella discussione elabora la definitiva rappresentazione della malattia e delle sue dinamiche e le indicazioni da dare al paziente per l'avvio del processo di risignificazione.

Lo studioso argentino pur rifacendosi alla storia personale del passato riferita al paziente psicosomatico, si avvale, come presupposto nella sua teoria, della Seconda Ipotesi Fondamentale della Psicoanalisi formulata da Freud

3.3. Seconda Ipotesi Fondamentale della Psicoanalisi

Alla richiesta che C. Brutti (1989), in un incontro a Perugia, formulò allo studioso argentino Chiozza di orientarci sulle sue audaci ed originali proposte teoriche, fu così risposto:

Il primo pilone, per così dire, su cui poggia la mia teoria potrei formularlo così: tutto il somatico, sia normale che patologico, ha il suo significato inconscio specifico proprio e inerente. Un significato, dunque, che è inseparabile da esso.

Il secondo pilone riguarda invece l'idea che occorre tener conto del punto di fissazione pre-natale e di conseguenza richiamarci allo psichismo pre-natale con il suo livello thanato-libidinale (pulsione di morte e di vita) con le sue difese, le sue fantasie e le sue angosce specifiche che permanentemente dimorano nell'uomo adulto assieme a tutti gli altri punti di fissazione.

Il terzo pilone riguarda il controtransfert che è uno strumento terapeutico da cui emerge sempre l'interpretazione: questa non può essere concepita senza comprendere che è sempre un atto di controtransfert

Il quarto pilone, infine, concerne il principio per cui la forma primordiale attraverso la quale il rimosso comincia a rendersi manifesto è sempre il letargo (Chiozza, 1989, p. 139).

A dire di Chiozza ognuno di questi quattro piloni contiene impliciti gli altri fornendo concretezza alla convinzione che ubbidiscono ad un metamodello comune che conforma il suo sistema di pensiero. (ibid., p. 141).

Lo **studio patobiografico** consiste in un lavoro che si realizza mediante due tipi di storia:

una **clinica** (che) riporta i sintomi, i segni e la evoluzione di cui il paziente ha sofferto e soffre, considerandoli come processi che derivano da una causa;

l'altra **biografica**, (che) presta attenzione agli episodi e ai fatti della sua vita, considerandoli come scelte e tematiche il cui significato ha pure un senso nell'intero insieme di quella vita (Chiozza, 1988, p. 20).

A dire di Brutti, possiamo teorizzare una metapsicologia chiozzana che prende a caposaldo la Seconda Ipotesi Fondamentale della psicoanalisi formulata da Freud nel 1938 che recita: *La psicoanalisi reputa che i presunti processi concomitanti di natura somatica costituiscono il vero e proprio psichico, e in ciò prescinde a tutta prima dalla qualità della coscienza. [...] e l'insoddisfazione generale riguardante le concezioni correnti dello psichico ha fatto sì che s'imponesse con urgenza sempre maggiore la pretesa che un concetto di inconscio fosse accolto nel pensiero psicologico; tuttavia questa pretesa era espressa in un modo talmente impreciso e difficilmente*

comprensibile che non ha avuto influsso sulla scienza” (Freud, Opere, vol. 11, p. 585).

I principi essenziali che C. Brutti e R. Brutti (2002) hanno individuato come base della seconda epistemologia freudiana sono:

1/ La realtà è in sé inconoscibile e quindi non è né fisica né psichica.

2/ Quando diciamo “fisico” o “psichico” non designamo due realtà in sé sussistenti, ma i modi attraverso cui la coscienza organizza il reale: quando ne coglie il significato, lo chiama “psichico”; in caso contrario, lo denomina “fisico”.

3/ La distinzione fisico/psichico è a carico della coscienza. Non trovare il significato, quindi, non corrisponde ad una sua strutturale assenza, ma ad un limite della coscienza: “mancanza di significato”, pertanto, va inteso sempre come “mancanza di significato cosciente”.

4/ Quando scopriamo “significato” in quella che ci era precedentemente apparsa “realtà fisica”, non assistiamo alla miracolosa trasformazione di una realtà che, priva di psiche, è in grado all’improvviso di secernerla o che l’ha ricevuta per infusione. Non si è verificata, cioè, una trasformazione di essenza (ogni essenza essendo di per sé irriducibile ad altro), ma una trasformazione della coscienza che ha potuto rilevare il significato (lo psichico) proprio laddove in precedenza non lo aveva colto. E questo non perché prima non ci fosse, ma perché esso permaneva inconscio.

5/ Con la Seconda Ipotesi Fondamentale, Freud (Opere, vol. 11, p. 585) ricorda alla psicoanalisi di guardarsi dall’equivoco in cui si muove la Psicologia della Coscienza. Se infatti si ritenesse -come essa ritiene- che coscienza e fenomenologia psichica coincidono, l’introduzione del concetto di inconscio riguarderebbe solo l’area dello psichico (di cui l’inconscio stesso verrebbe ad essere una misteriosa regione). In tal modo, però, rimarrebbe intatto il pregiudizio che “fisico” corrisponda al reale colto nella sua inedità, senza mediazione della coscienza.

Ma Freud con la Seconda Ipotesi, afferma che, per la psicoanalisi, proprio laddove la coscienza rileva il somatico, c’è il vero e proprio psichico inconscio. Dal che consegue che nel coglimento della cosiddetta realtà fisica entra comunque in gioco la coscienza. Anzi, è proprio essa ad organizzare come fisica quella realtà -in sé inconoscibile- che è quanto esclude che, contemporaneamente, la organizza come psichica. Possibilità che naturalmente sussiste, ma inconscia.

Questi cinque punti ci sembrano sufficienti a delineare l’orizzonte epistemologico in cui ci muoviamo (Brutti, Brutti, 2002, pp. 162-3).

Riguardo l’approfondimento di quest’argomento rimandiamo al sintetico quanto prestigioso contributo di Brutti, Brutti (2002, pp. 1661-70).

4. Il finalismo junghiano

Jung prende le distanze da Freud non solo per il fatto che considera riduttiva la connotazione sessuale per cui il padre della psicoanalisi aveva caratterizzato la libido sulla concezione della sessualità e sul ruolo che essa assume nello strutturarsi della psiche ma anche dal causalismo riduttivo delle vedute freudiane in genere, e dal suo non aver focalizzato il principio finalistico junghiano, così caratteristico di tutto ciò che si riferisce alla psiche.

La conoscenza si basa non solo sulla verità ma anche sull'errore. La consapevolezza del carattere soggettivo di ogni psicologia che è il prodotto di ogni individuo dovrebbe essere la caratteristica che mi distingue più rigorosamente da Freud. Un ulteriore tratto distintivo mi sembra il fatto che io mi sforzo di non avere presupposti generali inconsci e quindi acritici. Dico "mi sforzo", perché chi può essere del tutto sicuro di non avere presupposti inconsci? (Opere, vol. 4, p. 360).

Ovvero ogni approccio psicologico presenta comunque almeno una parte del carattere soggettivo di colui che lo descrive: la propria equazione personale. Un postulato cui restiamo fedeli è che qualsiasi sia la teoria che uno psicologo per sua propensione abbraccia, gli oggetti d'indagine rimangono sempre l'uomo e la sua anima e qualsiasi sia la visione che un uomo ha del mondo essa riflette sempre la sua tipologia di base. Ed inoltre: qualsiasi sia il processo psichico con cui generalmente uno psicologo clinico si confronta, devono comunque venire distinti il punto di vista economico, dinamico, strutturale e genetico. Trascurare questa necessaria focalizzazione significa produrre contraddittorietà e confusione.

Per Jung la libido non è solo l'aspetto psichico della pulsione sessuale ma è l'energia psichica presente in generale in tutto ciò che è "tendenza verso". È una posizione teorico-filosofica che ipotizza il mondo organizzato in vista di un fine e intende dire che la spiegazione di ogni evento, e quindi dell'agire individuale, sia da ricercare nel fine a cui l'evento è diretto o meglio: armoniosamente finalizzato.

Con Jung, con la Psicologia Analitica, si ritiene che la capacità di reperire un Senso sia la funzione psichica principale della psiche, così come l'incapacità di trovarlo la causa di fondo delle psiconevrosi. La nostra vita quindi è volta al reperimento del Senso. Detto Senso, non essendo una verità assoluta ma un dato della coscienza individuale, contiene anche i tratti del mito personale, all'interno del quale ciascuno può riconoscersi.

Sotto questo profilo le diverse malattie mentali possono essere lette come altrettante modalità in cui il soggetto si rivela incapace di conferire "significato" all'esistenza e al mondo che ad essa si presenta.

Per quanto concerne il significato più ampio attribuito da Jung al concetto di libido, si evidenzia il discorso sulle polarità in rapporto dinamico e il lavoro sull'immaginazione attiva. Inoltre acquista rilievo lo svolgersi della terapia con

il confronto faccia a faccia, il significato evolutivo ed energetico attribuito al sintomo, il valore del linguaggio simbolico non limitato alla storia personale dell'individuo ma (anche) a quella del conscio (cultura) e dell'inconscio collettivo. Una prospettiva teorica tipicamente junghiana è il finalismo; essa ipotizza che la psiche sia organizzata in vista di fini e che la spiegazione di ogni evento sia da ricercare anche nel fine a cui l'evento è diretto. Con [...] *una prospettiva meramente causalistica, ogni evento sarebbe soltanto la conseguenza di antecedenti fisiologici e psicologici con riduzione dello spazio assegnato alla libertà e alla spontaneità e quindi alla responsabilità. L'evento psichico non è dunque solo un risultato di eventi precedenti, ma l'abbozzo del futuro sviluppo in vista della realizzazione di sé* (Mengheri, Zerbetto, 2002, p. 25).

4.1. *Dalle pulsioni sessuali all'Eros (pulsioni di vita)*

Dopo Freud, con Jung non saranno le pulsioni sessuali che si opporranno alle pulsioni di morte, ma le pulsioni di vita. Tutte le precedenti pulsioni (di autoconservazione, sessuali, la libido d'oggetto, il narcisismo) non sono che sotto insiem riuniti da un'identica funzione: la difesa e la realizzazione della vita attraverso l'Eros, figura metaforica rappresentante le pulsioni di vita, contro gli effetti devastanti delle pulsioni di morte.

Scrive Jung: [...] *io non posso individuare la vera etiologia di una nevrosi nelle molteplici manifestazioni di sviluppo sessuale infantile e nelle fantasie che vi sono associate. Il fatto che queste fantasie aumentino e compaiano in primo piano è una conseguenza della stagnazione di energia o libido. Il disturbo psicologico di una nevrosi e della nevrosi stessa per Freud si identificavano in un blocco della pulsione sessuale con conseguente fissazione ad una fase sessuale (orale, anale, edipica) e non consentivano il passaggio alla fase genitale. Le nevrosi per Jung vengono definite come un tentativo fallito di adattamento [...]. Una nevrosi non ha la sua vera causa in fantasie sessuali infantili [...], non è un fenomeno primario che si basa su una costituzione sessualmente perversa, ma un fenomeno secondario, e precisamente una conseguenza del fallimento del tentativo di impiegare in modo adeguato la libido accumulata* (Jung, *Opere*, vol. 4, p. 268).

Ma se la nevrosi è un tentativo fallito di adattamento possiamo leggerla anche come un processo di autoguarigione della psiche in sintonia sia con Freud che con Janet, forse, con Chiozza e, una volta tolta alle fantasie inconse la qualificazione di esclusivamente sessuali, anche con Jung.

Il padre della Psicologia Analitica, ritiene probabile che [...] *materia e psiche siano due aspetti diversi di una stessa cosa* (Jung, *Opere*, vol. 8, p. 232).

Nel 1913, in occasione del 17° Congresso medico internazionale di Londra, Jung era stato nominato da Freud – nonostante fossero già emerse discordanze tra loro – “rappresentante dell'indirizzo analitico” per difendere la novella

psicoanalisi. L'allievo lo fece presentando un saggio intitolato *Sulla psicoanalisi*, con il quale però illustrava sostanzialmente delle idee personali sull'argomento:

Vorrei proporre perciò di liberare la teoria psicoanalitica dalla concezione esclusivamente sessuale. Al suo posto vorrei piuttosto introdurre nella psicologia delle nevrosi una "concezione energetica" (Jung, Opere, vol. 4, p. 265).

Se la sessualità resta la costante "indetronabile" di tutta la teoria dell'inventore della psicoanalisi, il suo potere è sempre contrastato da una forza avversa che varia nel corso degli anni. Freud decise di mettere fine a questa peripezia del suo pensiero riguardo la libido nel 1921 con lo scritto *Al di là del principio del piacere*. Venne così proposta l'ultima teoria delle pulsioni, opponendo le pulsioni di vita alle pulsioni di morte.

L'ipotesi delle pulsioni di morte doveva suscitare controversie. La sessualità, dal canto suo, cambiava statuto. Non saranno le pulsioni sessuali che si opporranno alle pulsioni di morte, ma le pulsioni di vita. *Ciò che sembrava essere solo una sfumatura, era gravido di conseguenze; perché davanti allo spettro della morte, il solo avversario che sia all'altezza è l'Eros (Green, 1983, p. 31)*, figura metaforica delle pulsioni di vita. Tutte le precedenti pulsioni (di autoconservazione, sessuali, la libido d'oggetto, il narcisismo) non sono che sotto insieme riuniti da un'identica funzione: la difesa e la realizzazione della vita attraverso l'Eros, contro gli effetti devastanti delle pulsioni di morte. Per Freud, nella vita a loro insaputa, certe forze – lo stesso principio del piacere! – collaborano con le pulsioni di morte. Queste collaborazioni di opposti (Eros e Thanatos) non possono che richiamare alla mente la teoria degli opposti, junghiana che, pur con le sue diversificazioni, prende a caposaldo quella freudiana. A tal riguardo Jung scriveva: *[...] io non posso individuare la vera etiologia di una nevrosi nelle molteplici manifestazioni di sviluppo sessuale infantile e nelle fantasie che vi sono associate. Il fatto che queste fantasie aumentino e compaiano in primo piano è una conseguenza della stagnazione di energia o libido. Il disturbo psicologico di una nevrosi e della nevrosi stessa possono essere definiti un tentativo fallito di adattamento [...]. Una nevrosi non ha la sua vera causa in fantasie sessuali infantili [...], non è un fenomeno primario che si basa su una costituzione sessualmente perversa, ma un fenomeno secondario, e precisamente una conseguenza del fallimento del tentativo di impiegare in modo adeguato la libido accumulata (Jung, Opere, vol. 4, p. 268).*

Con Jung la pulsione sessuale perde la sua centralità per divenire parte della relazione analitica. Essa mantiene un posto privilegiato, anche se molto ridimensionato, poiché rappresenta un momento particolarmente significativo della libido all'interno della relazione di transfert. Siamo di fronte alla grossa contrapposizione tra Freud e Jung su cui i critici si sono a lungo soffermati. Si passa da una visione individuocentrica, freudiana, ad una relazionale. La

questione sembra oggi superata per venir riassorbita dalla e nella relazione transferale che introduce il paziente a modalità di rapporto più mature: quelle della relazione oggettuale (riferite al mondo interno). La divergenza tra questi due grandi studiosi della psiche resta comunque attuale in molti altri aspetti sia teorici che clinici.

Con la teoria degli opposti proposta da Jung ci avviciniamo ad una comparazione che può, per alcuni versi, rintracciarsi oggi nella teoria di Chiozza. I citati pensieri si ritrovano infatti, prima negli ultimi supposti teorici freudiani riguardanti il concetto di pulsione sessuale e *thanatos* e, in tempi più vicini ai nostri (di circa 70-80 anni), nella teoria di Chiozza.

4.2. Jung e la psicosomatica

In Jung (1921) affetto e emozione s'identificano e affetto viene definito come *uno stato di sentimento caratterizzato da un lato da percettibili innervazioni corporee, dall'altro da un peculiare disturbo del decorso rappresentativo* (Jung, *Opere*, vol. 6, p. 415); il complesso è autonomo e fonda la sua autonomia su un intenso stato emotivo.

Per Jung la presa di coscienza non è soltanto un risalire alle cause dei traumi individuali ma, non escludendo il causalismo freudiano, con la scoperta finalistica (della psiche), l'attuazione della spontanea tendenza archetipica al fine dell'integrazione più grande possibile dell'unità psichica individuale. L'integrazione costituisce la condizione a partire dalla quale la sovrabbondanza creatrice ingenerata può liberamente esprimersi in forme nuove. L'inconscio, con Jung, assume valore di riserva energetica finalizzata ad una trasformazione nella storia personale che non viene vista scissa da un contesto familiare, mentre per Freud l'inconscio è, oltre il luogo delle pulsioni, soprattutto il luogo del rimosso e pertanto la residenza di un disturbo da eliminare riducendo le censure e introducendo la coscienza dell'Io al posto dell'*incoscienza* dell'Es.

Se per Freud il sintomo è il segno ed il simbolo la sua immagine, per Jung esso è il tentativo dell'inconscio di dare soluzione al conflitto. Per i neojunghiani, il sintomo non è tanto da eliminare quanto da capire amplificandone il senso. Dopo Freud, con Jung e Chiozza vediamo il tramonto della teorizzazione monista del dualismo mente/corpo (e del paziente psicosomatico) a favore della posizione dualistica per abbracciare nuove fondamenta e prospettive di una modalità di lavoro: pur riconoscendo che il solo fenomeno psichico non può rendere conto dei fenomeni somatici.

La comprensione di nuovi fenomeni naturali, come quello psicosomatico, non è potuta avvenire senza la formulazione di nuove ipotesi e la creazione di nuovi concetti quantunque anche tali costruzioni possano essere a tutt'oggi in attesa di modifiche, rettifiche e determinazioni più rigorose grazie all'accumulo e alla selezione di nuove esperienze.

Dopo aver più volte ribadito l'inconfutabile relazione tra psiche e materia, il padre della Psicologia Analitica ritiene probabile che [...] *materia e psiche siano due aspetti diversi di una stessa cosa* (Jung, *Opere*, vol. 8, p. 232). Non avendo una preconcetta ostilità nei confronti della dimensione somatica (Samuel, 1989, p. 54) nelle parole di Jung è implicita l'indicazione a collocare il linguaggio d'organo nella trama esistenziale e relazionale dell'individuo, all'interno della quale trova una sua collocazione, uno scopo, un significato. Nella visione teorica junghiana si suppone che gli affetti rimossi o scissi continuino a esercitare un'influenza subconscia o inconscia a livello organico. La magica chiave che permette di affrontare il problema mente-corpo, la luce che può illuminare la *tenebra i cui processi psichici cominciano a condizionare e a correlarsi a quelli biologici* (Deutsch, 1926, p. 16) è il concetto di inconscio. Nel 1926 Deutsch pensa di intravedere, con l'inizio della visione psicosomatista, la riconciliazione tra psicoanalisi e medicina ed una prossima soluzione dell'enigma psiche-soma. Ancora siamo alla ricerca del paradigma!

5. Conclusioni

L'azione terapeutica ha bisogno di una teoria che ne garantisca la coerenza e la scientificità. Tale teoria deve anche prevedere, che nel suo svolgersi clinico, possa avere i suoi effetti su aspetti poco conosciuti e poco conoscibili; deve quindi contenere ipotesi riguardo all'influenza, alla configurazione totale della situazione patologica di parti non prese in esame perché da ciò dipende, a volte in larga misura, il successo terapeutico. Assumere una visione organicista, o una teoria psicologista, come teoria totale quale strategia terapeutica, è un grave errore metodologico.

Per Freud le malattie somatiche pure hanno la caratteristica di essere permeate di elementi non mentalizzati. Nella teoria di Chiozza, al contrario, tutte le malattie somatiche partecipano alla vita fantasmatica, in quanto si esprimono in funzioni e disfunzioni per definire le quali non si è trovato altro linguaggio se non quello utilizzato (dall'organo) per definire i fenomeni psichici. Esiste cioè una relazione stretta tra funzione fisiologica e funzione psicologica di un organo e, in modo corrispondente, tra malattia dell'organo e distorsione dei processi mentali connessi. Il postulato psicosomatico che continuiamo a cercare precede qualsiasi approccio teorico psicologico; è comunque da inserirsi nell'*energetica psichica del monismo mente corpo* quantunque.

Quello di Chiozza, secondo Traversa (1981), è un buon lavoro in stretta conformità col metodo freudiano in quanto assume e utilizza ripetutamente, in fasi diverse della ricerca, i prodotti della creazione artistica e culturale, quali il mito, la leggenda, i riti, il folklore e le cerimonie, come pure le polisemie presenti in molti termini dei vari linguaggi umani; anche se a noi, in alcuni momenti, ci appare nei suoi contributi, come una forzatura di ciò che ha scritto il padre della psicoanalisi.

Ci sembra di poter dire che, seppur valutata, con lo studio patobiografico, non viene sufficientemente curata la relazione terapeuta paziente, controtransfert-transfert, privilegiando, in maniera determinante, la relazione tra il paziente e la propria storia di vita. Chiozza, pur non discutendo sulla struttura di pensiero nella spiegazione del meccanismo psicogenetico di un disturbo, sottolinea che tutto ciò dovrà essere collocato nella comprensione del suo significato. Riferendosi al significato come forma di linguaggio scrive che *la forma corporea non solo è una struttura materiale particolare, ma è anche, in modo ugualmente importante, un simbolo* (Chiozza, 1981, p. 16). La parola simbolo significa “mettere assieme”. Per Freud il sintomo è il segno di un conflitto e il simbolo la sua immagine cioè esiste un rapporto costante tra il simbolo e il simbolizzato. Freud sembra avvicinare il significato d’immagine a quello di simbolo. Se egli limita il significato di simbolo alla trasformazione in contenuto manifesto di un contenuto latente (attraverso un sogno, un lapsus, un sintomo); ma il genio viennese, a differenza del pensatore argentino, rimane strettamente aderente alle manifestazioni psichiche del sintomo. Ciò è meno evidente in Chiozza che parla di linguaggio d’organo con la propria valenza significativa da interpretare attraverso anche le fantasie inconsce che, in quel soggetto, quell’organo col suo linguaggio esprime. Jung, distaccandosi da Freud, separa nettamente il significato di immagine da quello di simbolo. Jung dà un senso meramente energetico al simbolo, privilegia l’inesauribilità, e quindi l’incodificabilità del materiale simbolico. Si pone come preminente un’energetica psichica contenuta tra l’esistente e il non esistente, tra il materiale e l’astratto, tra la particella e il corpuscolo, tra mente e corpo.

Con l’aiuto della psicoanalisi, il legame tra la coscienza e la libido racchiusa nell’inconscio viene ripristinato. In tal modo la libido inconscia viene messa sotto il controllo della volontà. Solo così l’energia scissa può essere di nuovo messa a disposizione dei necessari compiti esistenziali. *Da questo punto di vista, la psicoanalisi non appare più come una semplice riduzione dell’individuo ai suoi primitivi desideri sessuali, ma, se correttamente intesa, come un compito altamente morale d’instimabile valore educativo* (Jung, Opere, vol. 4, p. 269). Nella visione teorica junghiana si suppone che gli affetti, rimossi e/o scissi, continuino ad esercitare un’influenza subconscia o inconscia a livello organico. La memoria corporea, inscritta nel complesso allontanato dalla coscienza e tenuto a distanza dalle difese, continuerebbe a esercitare un’azione energetica sul soma e a provocare variazioni sia sulla cenestesi generale, sia su singoli organi o apparati in condizioni di campo favorenti. Secondo questo modo di vedere, gli affetti rimossi per necessità di adattamento durante la nostra evoluzione, o le emozioni scisse e mai espresse perché incompatibili con l’ambiente, possono a un tratto trovare il campo psichico adatto per invadere il complesso dell’Io e lo schema corporeo che ne rappresenta il substrato organico (Aite, 2002, p. 245). In alcuni casi sia per Freud (vedi i sintomi isterici) che per Jung ciò che si esprime somaticamente è ciò che,

ha valore di linguaggio da decifrare, decodificare e articolare, poiché espressione psichica della stessa realtà somatica. È facile ipotizzare che la carica energetica dovuta a un complesso (a tonalità affettiva) rimosso possa provocare a livello fisico delle scelte d'organo, e forse anche forme caratteristiche di patologia psicosomatica o organica. Le espressioni soma e psiche hanno significato primordiale e rappresentano globalmente l'unità che è il vivente. Il malato è aiutato nel percorso di guarigione se osservato come uomo incidentalmente danneggiato. Il paziente psicosomatico sarà aiutato solo quando il terapeuta lo studierà come soggetto afflitto dalle proprie sofferenze che non ha potuto o saputo elaborare nel percorso della propria storia di vita.

6. Postfazione

Nei suggerimenti e riflessioni di ogni studioso è sempre possibile trovare momenti di adesione e di distanza con possibili sintonie e disaccordi con colui che si avvicina a qualsiasi grande pensatore della mente umana. In altre parole ogni approccio psicologico presenta comunque almeno una parte del carattere soggettivo di colui che lo descrive: la propria equazione personale. Un postulato a cui restiamo fedeli è che qualsiasi sia la teoria che uno psicologo per sua propensione abbraccia, gli oggetti d'indagine rimangono sempre l'uomo e la sua anima e qualsiasi sia la visione che un uomo ha del mondo essa riflette sempre la sua tipologia di base. Ed inoltre: qualsiasi sia il processo psichico con cui generalmente uno psicologo clinico si confronta, devono comunque venire distinti con l'oggetto il metodo di studio, il punto di vista economico, dinamico, strutturale e genetico. Trascurare questa necessaria focalizzazione significa produrre contraddittorietà e confusione.

Bibliografia

Aite P. [2002]: *Paesaggi della Psiche. Il Gioco della sabbia nell'analisi junghiana*, Bollati Boringheri, Torino.

Brutti C. [1989]: Storie di vita, storie di malattie. Narrativa tempo e mito in psicoanalisi e in psicosomatica, in *Quaderni di psicoterapia infantile*, 19, 159-67.

Brutti C., Brutti R., [2002]: Ancora su sensorialità e pensiero (una prospettiva psicoanalitica alla luce della seconda epistemologia) in *Psicoanalisi e metodo*, II, 161-170, ETS, Pisa.

Calamari E. [1995]: *I Ricordi Personali Psicologia della memoria autobiografica*, Collana di Psicologia Psicoanalisi Psichiatria, nuova serie, Edizioni E.T.S., Pisa.

Chiozza L.A. [1981]: Perché ci ammaliamo? La storia che si nasconde nel corpo, in *Quaderni di psicoterapia infantile*, 19, Borla, Roma..

Chiozza L.A. [1988]: Perché ci ammaliamo? La storia che si nasconde nel corpo, *Quaderni di psicoterapia infantile*, 19, 60-5, Borla, Roma..

- Chiozza L.A. [1989]: *Storia di vita, storie di malattie. Commento allo studio patobiografico*, Borla, Roma.
- Deutsch F. [1926]: Der Gesunder und der kranke Körper in psychoanalytischer Betrachtung, in *Int. Z. Psychoanal.*, 2, 493-503.
- Freud S. [1912-14]: *Totem e Tabù e altri scritti*, in *Opere*, vol. 7, Boringhieri Torino.
- Freud S. [1915-17]: *Introduzione alla psicoanalisi*, in *Opere*, vol 8, Boringhieri Torino
- Freud S. [1938]: *Compendio di Psicoanalisi*, in *Opere*, vol 11. Boringhieri Torino
- Green A. [1983]: *Il narcisismo e la psicoanalisi: ieri ed oggi*, in *Quaderni di psicoterapia infantile*, 9, Borla Roma.
- Jung C.G. [1913]: La dinamica dell'incoscio. (Tr. it. 1976), in *Opere*, vol 8., Boringhieri Torino.
- Jung C.G. [1916]: *Sulla psicoanalisi*. (Trad. it. 1973), in *Opere*, vol. 4. Boringhieri Torino Boringhieri.
- Jung C. G. [1929]: *Il contrasto tra Freud e Jung*. (Trad. it. 1973), in *Opere*, vol. 4, Torino Boringhieri.
- Jung C. G. [1935]: *Principi di psicoterapia pratica*. (Trad. it. 1981), in *Opere*, vol. 16, Torino Boringhieri.
- Màdera R. [1997]: *L'alchimia ribelle*, Bari Palomar.
- Maffei G., [1998], Sulla distruttività come conseguenza di un'aggressività non trasformata, in P. Aite a c. di: Vitalità del negativo, *Rivista di Psicologia Analitica*, 13-24.
- Mengheri M. [1998], Tramonto della teorizzazione di un soggetto picosomatico: fondamenti e prospettive di una modalità di lavoro. *Confronto. Riflessioni sui modelli di sviluppo*, IV, 8, 11-31.
- Mengheri M. [2002]: Il Gioco della sabbia; in M. Mengheri (a cura di): *Genitori e figli. Conoscere per avvicinarsi. Un percorso psicosomatico*. EUR, Roma.
- Mengheri M., Zerbetto R., [2002], L'approccio alla psicosomatica tra Gestalt e Psicologia Analitica, *Sentieri. Itinerari di psicopatologia, psicosomatica, psichiatria*, ETS, Pisa. pp. 17-55.
- Rogers C.R. [1951]: *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze, 1970.
- Samuels A. [1989]: Jung e i neojunghiani, Borla Roma.
- Traversa C. [1981]: *Presentazione in Psicoanalisi e cancro* di L.A. Chiozza, 9-14, Borla Roma.
- Spence D.P. [1987]: *The Freudian Metaphor. Toward Paradigme Change in Psychoanalysis*, Norton, New York. Tr.it.: *La metafora freudiana.. Verso un cambiamento di paradigma in psicoanalisi*, Martinelli Firenze, 1990.
- Spence D.P. [1990]: *The Rhetorical Voice of Psychoanalysis*, in *Journal of the American Association*, 38, 579-604.

Mario Mengheri

Psicoterapeuta, Psicoanalista, Specialista in Psicologia, Membro Ordinario dell'AIPA e dell'Istituto Internazionale di Psicol. Analitica (IAAP), Docente di "Diagnosi e terapia dei disturbi psicosomatici" Univ. di Siena, Fondatore/Presidente dell'Assoc. Ital. Ricerca Psicosomatica (AIRP).
E-mail: mariom@sysnet.it, Via C. Bini 14, 57123 Livorno

