

Claude Smadja, *La via psicosomatica e la psicoanalisi*. Prefazione di Michel Fain. Introduzione all'edizione italiana di Anna Ferruta. Trad. e cura di Daniela Morelli. Milano: FrancoAngeli, 2010, pp. 220, €27,50 (ediz. orig.: *La vie opératoire. Études psychanalytiques*. Paris: Presses Universitaires de France, 2001)

Una variante meno nota del mito edipico narra che la Sfinge proponesse agli incauti viandanti non uno, ma due enigmi, il primo relativo all'età dell'uomo, il secondo all'alternanza delle "sorelle" giorno e notte. Parallelamente, se il sogno è la via regia che conduce all'inconscio, è fuor di dubbio che, fin dai suoi esordi, la psicoanalisi si sia imbattuta spesso in un ulteriore enigma, quello relativo alla malattia organica, per la cui soluzione sono state talvolta intraprese strade lungo le quali molti hanno rischiato di smarrirsi. Il francese Claude Smadja ha qui il merito di offrire al lettore alcuni studi psicoanalitici che – nota Anna Ferruta nell'Introduzione – vengono a colmare una lacuna italiana relativamente agli orientamenti recenti della ricerca psicoanalitica in tale campo, in particolare circa il modello della scuola psicosomatica di Parigi, fondata nel 1962 da Pierre Marty, i cui lavori proseguono ancora oggi all'*Institut de Psychosomatique de Paris* (IPSO) inaugurato nel 1972 e sulla *Revue Française de Psychosomatique* pubblicata a partire dal 1991.

Va chiarito subito un equivoco: tale proposta comporta una rottura epistemologica rispetto alle più note (e spesso ingenuie) ipotesi psicogenetiche della medicina psicosomatica tradizionale, naturalistica e olistica, in quanto Marty intendeva come base della psicosomatica la rilevazione già freudiana dell'"enigmatico salto tra lo psichico e il somatico" presente nell'isteria. La concezione di Marty non comporta quindi interpretazioni simboliche delle malattie psicosomatiche, né il profilo metapsicologico di una presunta personalità psicosomatica; essa indaga invece alcuni processi mentali, descritti nel "funzionamento operatorio", che accompagnano spesso la malattia organica. Se la psicoanalisi fornisce il metodo d'indagine, la psicosomatica si occupa in modo non preconcepito di processi mentali inerenti anche alla condizione somatica; il tutto all'interno di una concezione monista dei rapporti mente-corpo, considerata la sola salvaguardia rispetto a due opposti e tipici errori della medicina psicosomatica moderna: da un lato, le operazioni marcatamente o velatamente dualiste, che comportano l'introduzione spesso surrettizia di processi animistici all'interno dell'organismo; dall'altro, le opzioni riduzioniste che finiscono per negare l'esistenza di attività psichica in concomitanza con la malattia organica.

Come rileva Michel Fain – altro illustre psicoanalista psicosomatista francese – nella Prefazione al volume, con questo lavoro Smadja cerca di rispondere a un limite ancora presente nell'approccio di Marty, più attento alla clinica che alla teoria del funzionamento operatorio, introducendo il suo concetto di "dementalizzazione". L'Autore con questi studi cerca infatti di approfondire gli aspetti metapsicologici del funzionamento operatorio individuando in modo puntuale alcuni temi importanti per il lavoro dello psicoanalista che si imbatte in fenomeni ben noti alla clinica ma scarsamente pensati in una cornice teorica unitaria. Nelle pagine iniziali del volume, Smadja offre quindi una disamina e un superamento della nozione di somatizzazione, fonte di equivoci e fraintendimenti, spesso mal intesa perché confusa con la nozione empirica di alexithymia (quale deficit della competenza emotiva). L'Autore parte in-

vece dalla rilevazione di un “paradosso psicosomatico”, ovvero il fatto che la malattia organica va spesso a risolvere una sofferenza psichica ingestibile e irrapresentabile che viene appunto “dementalizzata”. Di qui, rilevava già Marty, la difficoltà controtransferale dello psicoanalista che di fronte al malato organico percepisce un vuoto nel lavoro psichico sottostante; segno peculiare, in negativo, di un disinvestimento dei processi fantasmatici che accompagna la malattia somatica. Tale è appunto il “pensiero operatorio”, che rende in genere il dispositivo analitico poco adatto a siffatti pazienti e che Smadja ricollega anche al “lavoro del negativo” descritto da Green per gli stati limite.

A partire da questo fatto, che il più delle volte ha portato vari clinici, non solo psicoanalisti, a desistere dalla psicoterapia del malato organico, è possibile però meglio intendere la somatizzazione come espressione di una dementalizzazione per la quale, non accidentalmente, il conflitto psichico che ha abitato silenziosamente il futuro malato organico cessa di essere un oggetto mentale e lascia il posto a un pensiero “bianco”. Come è noto a chi si occupa di tali condizioni, la scomparsa in concomitanza con la malattia organica della depressione – *essenziale* per Marty, senza oggetto e senza parola, rivelata talvolta dalla scarsa mimica, dalla iperattività convulsa o dalle condotte compulsive di *addiction* – coincide con la scomparsa di ogni conflittualità pulsionale e di una psicosessualità soggettivamente investita. La perdita psichica si stabilizza poi in una “vita operatoria” che produce “disaffettazione” (*désaffectation*, McDougall) e “deoggettualizzazione” (*desobjectalisation*, Green), in un progressivo adattamento alla condizione di malattia fino al decesso.

Benché spesso tali condizioni, proprio per la loro qualità silenziosa, giungano tardi all’attenzione dello psicoanalista, esse non sono poi così diverse da quelle forme, psichicamente mute, che Freud aveva indicato come “nevrosi attuali”, e che per Smadja delimitano una psicopatologia psicosomatica “della vita quotidiana”, da cui derivano, da un lato, il ricorso alle cure mediche come sostituto di cure materne nelle quali il paziente ricerca forme concrete di amore e, dall’altro, la diffusione di “procedimenti autocalmanti” compulsivi e non di rado autolesivi (dall’autoprescrizione di farmaci al consumo di sostanze stupefacenti, dall’attività sportiva frenetica agli autoferimenti masochistici), che precludono ogni ulteriore sviluppo fantasmatico. Depressione essenziale, pensiero operatorio e procedimenti autocalmanti sono dunque dementalizzazioni che attraversano forme di diversa gravità, dalle nevrosi attuali alle tossicomanie fino alle malattie organiche. Come già nelle nevrosi attuali, l’eccitamento, anziché trovare la più nota via di elaborazione psichica, si scarica negli organi e nelle loro funzioni, impedendo quella mentalizzazione che consentirebbe lo sviluppo della capacità di sognare; si tratta quindi di un’alterazione permanente dell’Io che risulta spogliato di ogni funzione psichica eccedente l’autoconservazione. La dementalizzazione si caratterizza così per una doppia negatività: non è allucinatoria, in quanto sono assenti i meccanismi di base della produzione onirica, ma non è neppure traumatica, in quanto non scatena fantasmi individuali; senza sogno e senza trauma, il paziente dementalizzato è dunque spinto a rivolgersi al corpo, incapace di creare legami psichici “né dentro né fuori” l’apparato psichico; la dementalizzazione conduce così a una libera scarica pulsionale nel corpo, con lo scacco di quelle che Freud aveva per un certo tempo definito “pulsioni dell’Io”, cioè le pulsioni di vita subordinate a mete autocon-

servative. Di fatto – rileva Smadja – si può pensare che nel paziente dementalizzato gli stessi autoerotismi siano scarsamente sviluppati, e che questo lasci slegate le pulsioni distruttive; ciò spiegherebbe come mai la depressione essenziale (assenza di investimenti libidici oggettuali) e la vita operatoria (scomparsa di investimenti narcisistici) finiscano per tradursi in procedure autocalmanti a sfondo masochistico. La depressione essenziale di tali soggetti – nota inoltre Smadja – è tanto autistica, per via dei procedimenti autocalmanti adottati, quanto “anaclitica”, per via della relazione oggettuale ricercata; d'altronde, il fatto stesso che questi pazienti usino le cure mediche come sostituto concreto delle cure materne fa pensare a un difetto precoce nella funzione “di appoggio”, secondo quanto già Freud teorizzava riguardo all'autonomizzazione delle pulsioni erotiche a partire dalle pulsioni autoconservative. Il paziente dementalizzato sarebbe dunque un individuo che “si lascia vivere” per difficoltà a tollerare psichicamente l'assenza fisica dell'oggetto, e risulterebbe congruente con il profilo di quei malati organici che alla fine “si lasciano morire”.

In sintesi, Smadja, da un lato, amplia il concetto freudiano di nevrosi attuale, dal quale ricava un modello metapsicologico per estendere la psicoanalisi ai pazienti sofferenti di sindromi organiche, individuando nella mancata differenziazione tra autoconservazione e sessualità il fattore economico che rende possibile separare specularmente psicosomatosi e psiconevrosi; dall'altro, grazie alla distinzione tra eccitamento somatico e investimento pulsionale, propone una soluzione all'enigma rappresentato dal funzionamento operatorio in cui, secondo la nota formula di Marty, l'inconscio riceve ma non emette: gli eccitamenti esterni attraverso la percezione arrivano all'inconscio, dove non si creano legami oggettuali di natura libidica, così che la via alla coscienza rimane disattesa; la distruttività, risultando slegata, non può dunque che scaricarsi nel corpo con effetti spesso irreversibili.

L'ipotesi della dementalizzazione quale processo strutturante la vita operatoria rappresenta dunque una proposta di soluzione *qualitativa* per un problema che nella psicosomatica psicoanalitica *mainstream* appariva ancora di natura *quantitativa*: la dementalizzazione costituirebbe una modalità tipica di regolazione pulsionale e andrebbe intesa come effetto di una riattivazione di funzionamenti somatopsichici arcaici, in cui, capovolgendo la nota affermazione freudiana, dove dovrebbe esserci l'Io torna a comparire l'Es. Lo svanire dei processi fantasmatici nella vita operatoria risulterebbe così congruente con l'emorragia di eccitamento tonico della depressione essenziale – eccitamento comunque conservato nelle psiconevrosi. Questo renderebbe forse possibile ipotizzare una serie complementare tra la via psicosomatica e quella psiconevrotica circa quell'“enigmatico salto tra lo psichico e il somatico”, psichicamente reversibile nel caso dell'isteria, spesso irreversibile nel caso della malattia somatica, in cui l'organo o la funzione colpita fuoriescono dall'ordine autoconservativo dell'Io. Deviando dunque la pulsione dalla via onirica, la dementalizzazione spingerebbe l'individuo lungo una via alternativa, quella psicosomatica appunto, in cui la mancata differenziazione di autoconservazione e psicosessualità impedirebbe il più delle volte al sogno di illuminare appropriatamente l'alternanza psichica di giorno e notte, permettendo così all'individuo di giungere, transitando lungo le età della vita, alla sua appropriata destinazione post-edipica.

*Davide Cavagna*