

# Medicina psicosomatica e psicologia analitica

*Pierre Solié, Parigi*

## **Introduzione**

In un articolo che costituisce il discorso inaugurale della quarta sessione scientifica della Società Svizzera di Psicologia Analitica a Fribourg, nel 1960, articolo pubblicato nel giornale di Psicologia Analitica inglese (vol. 8, n. 2, 1963). poi nella Rivista di Psicologia Analitica (che ci fa l'onore di riceverci in questo luogo) — (terzo anno — n. 2 —ottobre 1972) Carl Meier (Zurigo) ci assicura che quando noi oggi parliamo di psicologia junghiana, non è, generalmente, la psicologia psicosomatica la prima associazione che ci viene in mente.

E' vero, ma considerando la storia dell'argomento, Meier ci ricorda che la carriera di psichiatria clinica di Jung, iniziò con la scoperta del **complesso e** che il «test delle parole» (indicatrici del complesso) è basato su delle reazioni emotive.

Queste emozioni che, senza alcun dubbio, rientrano nel dominio della psiche hanno un ruolo preponderante nella formazione dei complessi i cui effetti possono essere testimoniati ugualmente da variazioni della sfera corporale.

È proprio a questo studio che si era dedicato Fèré, di Parigi dal 1883. poi Veraguth, di Berlino, nel 1906-1907, poi L. Binswanger nel 1907, che utilizza a questo scopo il galvanometro.

I lavori di Jung e Ricksher, poi Jung e Petersen nel 1907-1908 introducono, oltre il galvanometro, il pneumografo.

In questo modo con l'applicazione di questi differenti metodi di misura, le risposte di molte funzioni psicologiche furono studiate secondo il metodo seguente:

1) Resistenza elettrica della pelle (galvanometro e ponte di Wheatstone).

2) Tremore involontario (Strumento registratore di Sommer).

3) Respirazione (Pneumografo).

4) Polsi (Sfigmografo).

5) Apporto sanguigno (Pletismografo)

Alcuni di questi strumenti erano stati posti insieme in una macchina unica: il poligrafo o «rilevatore di menzogne »

È chiaro dunque che, già dal 1907-1908, lo studio dell'interazione psicosomatica era ben avviato e Jung non era certo tra ultimi.

Ma tutte queste ricerche sono state a poco a poco abbandonate fino a che la ricerca, farmacologia in modo particolare, le pone nuovamente in primo piano per stabilire che non esiste un solo organo —

ad eccezione forse delle ossa e dei denti— il **cui** funzionamento non sia influenzato dalle emozioni, ed in generale dalle affezioni psichiche.

Dai tempi antichi perlomeno si sapeva certamente questo: «I Traci ci precedono, assicurava Socrate, essi sanno che il corpo non può essere guarito se non si cura allo stesso tempo lo spirito».

E poi Meier ricorda un brano notevole per la sua acutezza, riportato da Plutarco, ma scritto dal nostro eminente confratello Erasistrate, medico d'Antioco I°, che deperiva alla corte di suo padre Seleuco 1°.

Il fatto è che, Freud, riscoprendo a suo modo «il salto misterioso della psiche sul fisico» nell'isterico, scopriva nello stesso tempo che il sintomo fisico così creato aveva un **senso**.

D'allora il sintomo non era più una semplice segnalazione, ma diventa l'omologo di un significante linguistico.

Pertanto si dovrà attendere gli anni 1920-25, a che alcuni discepoli di Freud, tali Groddeck, Ferenczi, Rimmel, Jeliffe, Steckel. Dunbar, tentino di applicare al sistema nervoso vegetativo (e non più solamente cerebro-spinale, come è invece nel caso dell'isteria) ed alle sue conseguenze viscerali, i dati acquisiti dai lavori psicoanalitici a riguardo dell'isteria di conversione.

Ed è nel 1922 che Felix Deutsch coniò il termine ed il concetto «psicosomatico» (senza tratto di unione).

Durante questo primo tratto di secolo anche i lavori di neuropsicologia fondamentale presero il loro avvio.

E così che Bergman, dal 1912, insiste sui fattori emotivi nella eziopatogenesi dell'ulcera gastroduodenale. Pavlov, da parte sua aveva già formulato a quell'epoca le leggi dei riflessi condizionati e parla, nel 1899, in una conferenza a Petersbourg della «psicologia delle ghiandole salivari» che egli estende già a tutti gli organi del nostro corpo.

Mentre Cushing, nel 1932 dimostra sperimentalmen-

te i rapporti tra il diencefalo e l'ulcera gastroduodenale.

Sono Bykov e Smolenski che, sotto il nome di «medicina cortico-viscerale», continueranno l'opera del loro maestro all'interno della scuola di Leningrado. Cannon stabilì il rapporto tra le manifestazioni fisiologiche delle emozioni e le ghiandole medullo-surrenali (l'adrenalina). Egli chiamò questi stati neurofisiologici: «stati d'allarme».

La teoria dello stress di Selye (allarme-resistenza-spossatezza) giunse a complicare lo schema di Cannon.

Si è potuto descrivere le «malattie della preparazione» (dell'organismo in azione) e «dell'adattamento» (dell'organismo all'ambiente) di cui il caposcuola della Scuola di Chicago (Franz Alexander) stava per servirsi per costruire uno schema **causalistico e lineare** della medicina psicosomatica.

Per lui la malattia M è una funzione a variabili multiple: a (eredità) b (trauma ostetrico) c (malattia originale dell'infanzia) d (cura dell'infanzia) e (traumatologia fisica) f (traumatologia) g (atmosfera affettiva).

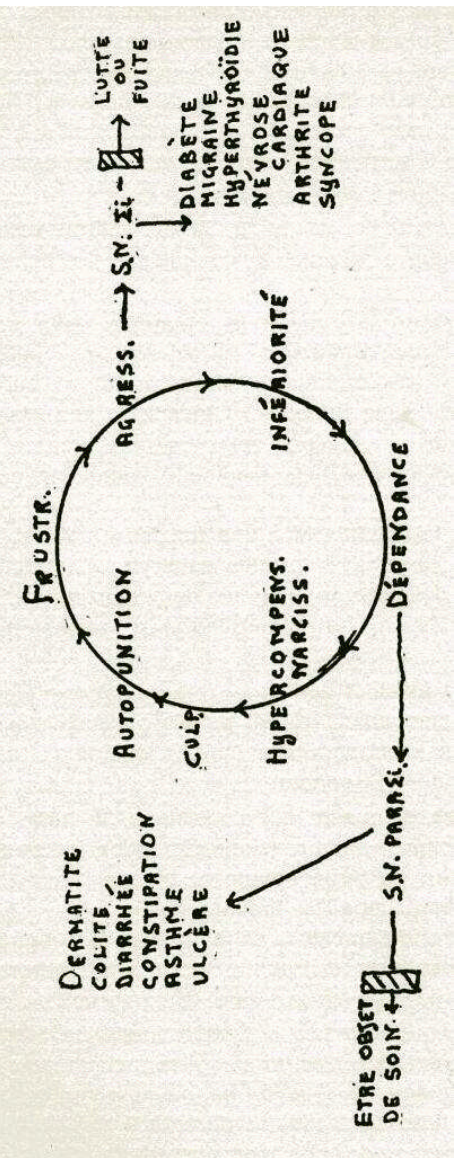
I fattori psichici non fanno altro che aggiungersi ai fattori meccanicistici del pensiero causalista classico. Non s'infrangono le care leggi dell'anatomia — clinica del XIX secolo:

A **destra** di questo circolo vizioso, le turbe dovute al bloccaggio della reazione simpatica (adrenergica).

A **sinistra**, le turbe dovute al bloccaggio della reazione parasimpatica (colinergica).

A partire da questo «schema dinamico specifico» Alexander tenta di trovare dietro ogni sindrome psicosomatica, un certo «tipo di personalità».

Infine, egli pretende di vedere nelle nevrosi vegetative nient'altro che un semplice meccanismo di **accompagnamento**. Quello che, diciamo subito, è spesso del tutto contraddetto durante il suo studio. Poiché, applicando alla somatizzazione vegetativa la teoria della conversione isterica (cerebrospinale), so-



lo il livello del blocco dell'affetto e della sua rappresentazione varia.

E le «malattie della preparazione» o «dell'adattamento» sono anche in ultima analisi «malattie dell'espressione». Il suo schema è sufficientemente esplicito a questo riguardo.

Dopo questi magistrali lavori della Scuola di Chicago molti libri introduttivi alla medicina psicosomatica sono comparsi in Europa:

A. Séguin - Parigi 1950

M. Boss - Berna-Stuttgart 1954

J. Delay - Parigi 1961

Th. von Uexkull - Amburgo 1963

Le pubblicazioni di ogni specie sono pressoché innumerevoli.

Gli uni, come Seguin, Grinker e Robbins, Uexkull, Ey, restano chi più chi meno nella scia del caposcuola della scuola di Chicago, separando più o meno radicalmente l'Isteria dalle nevrosi da organo.

Altri come Delay, pensano che il limite tra «patologia emotiva» (vegetativa) e «patologia intenzionale» (cerebro-spinale) non è così grande come lo si vorrebbe credere: «Quando Babinski intraprese il computo della isteria, egli ne separò, da una parte «l'isteria viscerale» descritta da Charcot e che egli attribuisce sia a delle turbe organiche autentiche, sia a delle turbe di ordine emotivo; d'altra parte «l'isteria sensorio-motoria» che egli indica sotto il nome di «piziatismo» (turbe prodotte e curabili con la suggestione)».

Ne consegue che questo computo e questa concezione siano stati generalmente ammessi: «tutto **nell'isteria**, ci dice Henri Claude, deriva in un primo momento dall'emozione che si manifesta su di un terreno costituzionalmente speciale»; «Questa distinzione molto chiara nel suo principio mi sembra molto netta».

È vero, anche gli «stati di allarme» (Cannon) anche «le malattie di preparazione» o di «adattamento»; anche le «reazioni d'allarme» di Selye hanno una finalità ed una intenzionalità. In alcuni casi esse non costituiscono che un semplice accompagnamento.

Non mancano, d'altra parte, nevrosi vegetative accompagnate da conversioni isteriche, e reciprocamente.

Bisognerebbe allora, a questo punto, fare intervenire un nuovo parametro — un terzo termine — per tentare di esprimere la totalità di un fenomeno conversionale (isterico e — o — vegetativo).

Si sa che Meier, nel suo articolo, non esita, a partire dalla medicina antica, poi da Paracelso, a fare intervenire «il corpo sottile» e la «coincidenza a-causale» (la sincronicità) per spiegare la formazione del sintomo psicosomatico.

E' certo che vi è una via che Jung, riportandosi allo stesso Meier, ha fatto molta fatica ad ammettere ma che può in effetti portare i suoi frutti quando noi avremo percorso più strada in questo campo. D'altra parte, senza uscire da questa ipotesi del «terzo termine» io vorrei, continuando questa breve storia, dire una parola sulla concezione di Medard Boss, che si ispira, come ognuno sa, alla fenomenologia di Husserl ed Heidegger.

Per lui è necessario elaborare un «pensiero che dovrà provare a penetrare l'aspetto essenzialmente nuovo di questi due campi (psiche e corpo), così come ci è rivelato dall'aspetto globale **dell'esistenza** umana, senza il quale si confondono tutti i fenomeni psichici e fisici».

Questo aspetto globale dell'esistenza umana si rivela nel «Dasein». «Concepire i corpi umani a partire dal suo «Dasein» di colpo rivelatore del mondo, portatore di uno stato d'animo e spiegato nelle relazioni ambientali e sociali è lungi dall'essere un gioco filosofico — anche per i medici e biologi —» ci dice Boss.

La Dasein-analisi vuole una costante ricerca dei **sen-**

si del sintomo o della sindrome psicosomatica concepita come una stasi delle relazioni del soggetto al suo mondo.

E la «Dàsein» può essere concepita come una specie di transcoscienza costituente, trascendente i due campi del somatico e dello psichico, unendoti al senso di una nuova realtà.

\* \* \*

Un'ultima parola infine su Michael ed Enid Balint che hanno incentrato i loro studi sulla relazione medico - malato, di cui Valabrega ci dà un rapido quadro sintetico: «Considerando il sintomo come una «offerta» (espressione di una relazione), Balint ha stabilito in una maniera convincente quali sintomi cambiano e si scambiano, si spostano e si sostituiscono. La produzione sintomatica si effettua in alcuni sistemi — o apparati — i più diversi, distinti e frequentemente senza rapporti tra loro dal punto di vista della **causalità lineare**. Quanto allo sparpagliamento sintomatico, esso non ha in sé stesso valore eziologico come lo ammette la causalità pluralistica ( $M=f(a, b, e, d, \dots)$ ) ma è piuttosto l'effetto (transferenziale) di uno scacco dell'elucidazione del sintomo primario, ossia esso è un effetto di reiterazione. Di conseguenza il senso non è da ricercare in uno schema vettoriale lineare, né in una funzione a variabili multiple, ma **altrove**, in una **relazione** che sottende la produzione sintomatica e segnatamente nell'insuccesso di questa relazione».

### **Il criterio clinico**

Si vede, dal numero dei punti di vista che noi abbiamo molto succintamente passati in rassegna, che giungere ad una definizione accettabile della malattia psicosomatica, non è cosa semplice. Alcuni, parafrasando un vecchio adagio medico, ci assicurano: «che non vi sono malattie psicosomatiche, non vi sono che dei malati psicosomatici ».



Altri ci assicurano al contrario: «che non vi sono ne malattie ne malati psichici, ma solamente, dei medici psicosomatici o no».

I primi rivolgono l'attenzione al malato, i secondi al medico.

Qui non sarebbe vano un appello alla tipologia del nostro Maestro per dividerle. Nondimeno un criterio clinico è quello a cui noi ci indirizziamo, in un primo momento, per tentare di individuare questa realtà psicosomatica. Noi quindi distinguiamo nell'ordine;

A) La medicina psicosomatica

B) La malattia psicosomatica divisa essa stessa in:

I) una sintomatica psicosomatica

II) una sindrome psicosomatica.

### **A) La medicina psicosomatica**

Essa potrebbe definirsi in un'accezione ristretta come capitolo della patologia che si riferisce alle interazioni della psicopatologia sul fisiopatologico (e reciprocamente).

E' evidente che ciò significa ridurla ad un semplice capitolo della patologia in generale... che significa aggiungere un semplice parametro: lo psichico, a tutto quello che il medico già conosce nell'eziopatogenesi delle malattie (rinvio a f (a, b, e, d....) ).

Molti si attengono a questo aspetto riduttivo dove il fattore psichico si aggiunge a quelli già ben conosciuti: tossici, infettivi, traumatici, etc... Ma la nostra ambizione va al di là. Per noi la medicina psichica esige un modo di pensare differente, una disposizione di spirito differente nel modo di comprendere il fatto patologico umano; e questo tanto al livello dell'eziologia che della patogenesi e della diagnosi, e della prognosi, e infine della terapeutica, di tutte le manifestazioni patologiche umane.

Supponiamo, per esempio, un'amenorrea in una giovane donna.

Un medico generico — o un ginecologo—compie una visita generale e genitale. Niente. Tutto è normale. Sicuramente non è una gravidanza.

Altri esami sono compiuti, in particolare uno striscio vaginale e un dosaggio ormonale. Supponiamo che si riscontri un'insufficienza ormonale.

Si crede allora di aver scoperto l'origine dello squilibrio.

Si somministra dunque l'ormone carente. Ed infatti, nella maggior parte dei casi, ella ha la mestruazione il 28esimo giorno di questo ciclo artificiale.

Tutti sono contenti. Ecco! Il mese seguente, senza cura, si ripete lo stesso fenomeno. Si può ricominciare per dei mesi, degli anni. Le regole ci sono, sicure. I bambini possono anche « formarsi » in questo utero artificialmente preparato. Ma il marasma coniugale, ossia familiare, ingigantisce parallelamente, nel mentre aumentano, per questa giovane donna, le sue possibilità di passare dal registro dei **disturbi funzionali** a quello dei **disturbi lesionali**.

Perché questo medico si contenta di considerare la sua paziente al livello il più meccanico, il più organico, senza minimamente tener conto dei problemi psicologici che sono molto spesso all'origine di un tale sintomo e che fanno sì che il sintomo riappaia quando cessa la cura ormonale. Questa cura qui è simile del tutto a quello che si è insegnato, a questo stesso medico, onde evitare in ogni modo allorché, per un'insufficienza del **cuore destro** sarebbe tentato di somministrare dei tonici cardiaci più forti, come la digitale e la strofantina. Egli sa, in questo caso, che ucciderebbe sicuramente il suo malato. Egli sa che conviene anzitutto levare lo sbarramento che subisce la circolazione polmonare affinché il ventricolo destro non si esaurisca per niente su questo.

Egli sa ciò perché l'ha appreso all'Università. Ma mai l'Università gli ha insegnato che potevano pure esistere degli sbarramenti psichici e che una «diagnosi approfondita» è anche necessaria in questo caso come nel caso polmonare. Al di là del sintomo cardiaco, vi è la sofferenza polmonare.

Al di là del sintomo genitale vi è la sofferenza della personalità.

In avallo del sintomo cardiaco c'è lo sbarramento polmonare.

In avallo del sintomo genitale ed ormonale vi è lo sbarramento psichico.

E se io, medico, mi limito a constatare queste deficienze ormonali ed agisco secondo queste diagnosi superficiali somministrando puramente e semplicemente questa medicina, io non ho fatto che un lavoro a metà.

«Io ho preso solo in considerazione la macchina» di cui noi tutti siamo certamente fatti, ma in alcun caso io ho praticato una medicina totale, una medicina umana.

**B) Questo o stato detto a proposito dalla medicina psicosomatica. Che cosa è allora la malattia psicosomatica?**

Per primo, in virtù della nostra professione di fede, può esistere una qualsivoglia malattia che non sia psicosomatica?

No, ogni malattia umana è, per definizione, psicosomatica. semplicemente perché tutti i fenomeni della vita sono psicosomatici... Ciò equivale a dire. che in nessun caso. un fenomeno vitale obbedisce esclusivamente alle leggi fisico-chimiche del fenomeni della natura non vivente (inerte); il fatto vite, anche al livello più rudimentale, quello del virus per esempio, costituisce una nuova entità obbediente alle sue proprie leggi e queste leggi sono psicosomatiche.

Cionondimeno siamo costretti a riconoscere delle malattie in cui i fattori psichici hanno ruolo secondario, se non trascurabile, —In tutti i casi trascu-

rato—e, d'altro canto, delle altre malattie dove i fattori somatici hanno a loro volta un ruolo secondario, trascurabile e trascurato.

Le prime sono le malattie dette **organiche pure**, quelle in cui le leggi della fisico-chimica hanno un ruolo principale.

Le seconde sono le malattie dette **mentali pure**, dove le leggi della fisico-chimica hanno ruolo secondario, mentre le leggi che sono loro proprie rimangono, e vi è molto da scoprire ancora. Tra le due, si piazzano degli strani bastardi, degli ibridi singolari, che partecipano della natura delle une e delle altre e che si chiamano precisamente **malattie psicosomatiche**.

A queste converrebbe aggiungere i **fenomeni di conversione isterica**.

Questo terzo gruppo di malattie costituisce dunque un gruppo di **malattie cardini**. Quelle che, proprio per questo, ci mostreranno nella luce migliore i termini del passaggio da un polo all'altro: dal mentale al fisico come dal somatico allo psichico. Questo è il gruppo cardine che noi vediamo suddividersi in due sottogruppi:

1) **La sintomatica psicosomatica**, che riunirà tutto ciò che la medicina classica ci ha insegnato ad indicare sotto i termini di turbe «funzionali» o «distoniche» o «neurovegetative» o «simpatiche» o «immaginarie» etc secondo i medici ed i loro umori... E' la sintomatologia **libera**, lussureggiante, quanto lancinante tanto per il medico che per il malato, **non lesionale**, passaggio tra la patologia mentale, nevrotica o psicotica e l'organizzazione di questi sintomi psicosomatici.

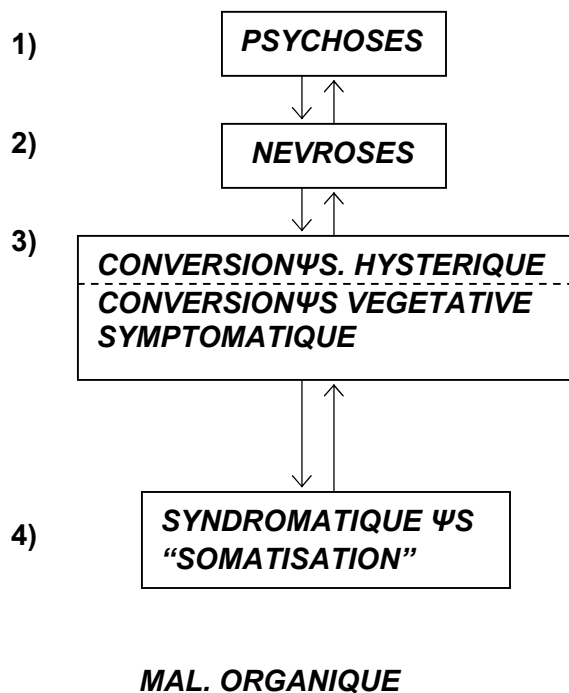
2) In effetti, quando un certo numero di questi sintomi liberi e non lesionali, si raggruppa e converge verso un organo o un sistema per crearvi una **lesione**, si ottiene allora una nuova entità clinica definita sotto il nome di **sindrome psicosomatica**.

Ciò avviene per esempio: nell'ulcera gastroduode-

nale, rettocolite emorragica, asma, molte dermatosi, glaucoma, ipertensione arteriosa, più semplicemente una colite, una gastrite, una cistite.

Qui noi siamo giunti al passaggio della conversione psicosomatica che chiameremo da ora: **somatizzazione** — e della malattia organica propriamente detta.

Cammin facendo noi abbiamo definito quattro stadi o piuttosto quattro grandi forme della sofferenza della persona umana:



### **La Conversione cerebro-spinale Isterica.**

Freud, dal 1892-95, cioè dalle sue prime scoperte, la definisce come un meccanismo di difesa dell'io contro un'affezione, un conflitto o una rappresentazione intollerabile per questo io.

L'energia libidica della rappresentazione si distacca da questa stessa ed è allora «trasposta nel corporale».

L'affezione, il conflitto intollerabile al livello dell'lo **cosciente** sono allora respinti nell'lo **incosciente** dove subiscono una «conversione in innervazione fisica».

In altri termini, l'energia di queste rappresentazioni generatrici di affezioni e di conflitti, invece di trovare uno sbocco normale **verso il sistema cosciente e la via relazionale** che esso comporta, rifluisce verso il **sistema precosciente — incosciente** con possibilità di sbocco, o motrice generale, o sensitiva generale, o sensoriale — per meglio dire al livello di strutture neurofisiologiche del sistema nervoso cerebro-spinale; ma questa via di uscita è aberrante. Pertanto, il — o i — sintomo somatico, così creato in virtù di questa «compiacenza somatica» e del «salto misterioso dello psichico nel fisico», possiede un **«senso»**. Quello stesso, è contenuto nella rappresentazione conflittuale che opera la rimozione.

Nell'ottobre 1892, Freud iniziò a curare Elisabetta, di 24 anni che soffriva di una turba della locomozione. Infatti, questa giovane paziente non poteva camminare poiché il tronco si piegava sulle cosce... Dei crampi dolorosi dei muscoli delle cosce le impedivano ogni altro modo di locomozione. In lingua medica noi chiamiamo questa un'Abasia.

Ben inteso, niente di neurologico (organico) giustificava una tale turba. Si trattava di una contrazione conversionale isterica che spariva sotto ipnosi, ma, disgraziatamente, riappariva nel momento in cui il soggetto tornava alla coscienza normale. D'altronde è per questo, che in quell'autunno 1892, Freud decide di rinunciare all'ipnosi, e sullo stesso divano con la sua mano riposante sulla fronte della paziente domandò ad Elisabetta di rammentarsi i suoi ricordi, conservando intera la sua lucidità. La psicanalisi nasceva.

Tutti oggi, se non altro per le riviste, il cinema, il teatro, conoscono la storia di questa prima psicanalisi.

Si trattava di una ragazza incoscientemente innamorata del marito della sorella minore, il cui fisico le ricordava quello del suo primo grande amore. Primo grande amore che ella aveva dovuto abbandonare, per dedicarsi alle cure assidue di un padre gravemente ammalato, che doveva morire poco dopo.

«Questa ragazza — scrive Freud—aveva per suo cognato un tenero affetto, ma tutto il suo essere morale si rifiutava di prenderne atto. Ella era riuscita ad evitare la dolorosa certezza di amare il marito di sua sorella vietandosi ogni possibilità d'incontro normale con quest'uomo ed infliggendosi inoltre una punizione sotto forma corporale».

La conversione apparve il pomeriggio stesso del giorno in cui ella aveva fatto una passeggiata nel parco in compagnia di suo cognato, mentre sua sorella era malata a letto; ossia il giorno stesso in cui la certezza di amarlo «era affiorata alla coscienza».

Fra la consapevolezza dolorosa di questo amore colpevole e la sua incoscienza sotto forma di abasia, Elisabetta aveva fatto la «sua» scelta. E quando Freud le insinuò «Voi eravate da parecchio tempo innamorata di vostro cognato...» la malata gettò grandi grida, si lamentò di dolori particolarmente spaventosi, si battè disperatamente per respingere questa interpretazione. Ruppe anche brutalmente ogni relazione con il medico... Ma ella era guarita perlomeno nei suoi sintomi. Due anni più tardi Freud ebbe occasione d'incontrarla ad una riunione di amici comuni. Ella era sposata, non con il cognato, ed egli poté rallegrarsi nel guardarla «lanciarsi leggermente in una danza». Così nacque la psicanalisi.

## **Ma qual è dunque la natura di questo «salto» misterioso dello psichico nel somatico?**

Per tentare di dare un minimo inizio di risposta a questa domanda bisogna che noi stabiliamo i caratteri principali della **Gestalt o struttura psicosomatica** e anche i caratteri principali della **conversione psicosomatica**.

Per prima cosa constatiamo che meravigliarci ad oltranza di questa conversione dello psichico in somatico è perlomeno strano... Infatti ogni volta che coscientemente noi compiamo un'azione, un atto, per esempio pigliamo una penna stilografica, noi operiamo una tale conversione: qualche cosa che noi denominiamo psichico, in questo caso il mio desiderio di scrivere (e le rappresentazioni che sono inerenti) si è mutato in qualche cosa di fisico che noi chiamiamo «azione» e che va preso nel senso di **compimento** del mio desiderio.

Se adesso noi rimpiazziamo questo desiderio **cosciente** di scrivere con un desiderio incosciente, quello del cognato da parte di Elisabetta, il processo psicosomatico è esattamente simile con la differenza che nel caso di Elisabetta l'azione generata dal desiderio va nel senso contrario di questo ultimo.

In altri termini, in Elisabetta il desiderio è incosciente, e l'atto inerente a questo desiderio è **invertito**.

Quindi ai livello **della realizzazione somatica del desiderio**, avviene la stessa cosa che al livello mentale in un altro meccanismo di difesa dell'io chiamato «formazione reattiva» o «conversione nell'opposto» ossia « conversione verso sé stessi».

Se per esempio Elisabetta invece di essere dotata di una struttura isterica, fosse stata un tipo ossessivo o paranoico, al posto di una abasia ella avrebbe probabilmente trasformato il suo amore per il cognato in odio contro di lui ed il suo desiderio in ripugnanza.



**Ed allora:**

a) ella si sarebbe contentata di odiarlo o di respingerlo, puramente e semplicemente senza ragione **oggettiva**;

b) oppure ella avrebbe **proiettato** quest'odio sul cognato ed avrebbe dichiarato di essere odiata — o respinta — da lui: nocciolo di una interpretazione o di una rivendicazione più o meno delirante;

c) oppure ancora senza invertire il suo amore o il suo desiderio — in odio — in repulsione — ella avrebbe proiettato quest'ultimo così come era sul cognato e avrebbe dichiarato di essere amata o desiderata da lui: sarebbe stato il nocciolo di una erotomania.

Ma Elisabetta «ha scelto» un altro modo di difesa dell'Io, la conversione somatica, nondimeno omologa **nel fisico**, della conversione psicologica.

In maniera generale bisogna soprattutto ricordare che ad ogni affezione, ogni emozione, ogni bisogno, ogni desiderio, ogni sentimento, ad ogni pensiero anche è legata una certa azione sensitivo-motrice e sensoriale, e, lo vedremo, vegetativa.

Non esiste emozione, ne bisogno, ne desiderio, ne sentimento, ne pensiero **disincarnato** perlomeno clinicamente, e più si scende nella scala animale o in un ragazzo o in un lattante, più è vero... ciò vuol dire che per ogni «**azione psichica** (meta, progetto, bisogno, desiderio, sentimento, etc...) corrisponde **un'azione somatica**. Più esattamente queste due azioni non sono che le facce simmetriche e necessarie dello stesso fenomeno a bipolarità. **Polarità psichica, polarità somatica** di una specie di passaggio psicosomatico. Molto vicino a quello che i gestaltisti hanno chiamato «Gestalt» o «Forma» o «Struttura». Molto vicino al «pattern of behavior» dei psicologi del «comportamento» e di cui Jung dice che è l'« archetipo » incarnato.

Molto schematicamente, a proposito dell'abasia di

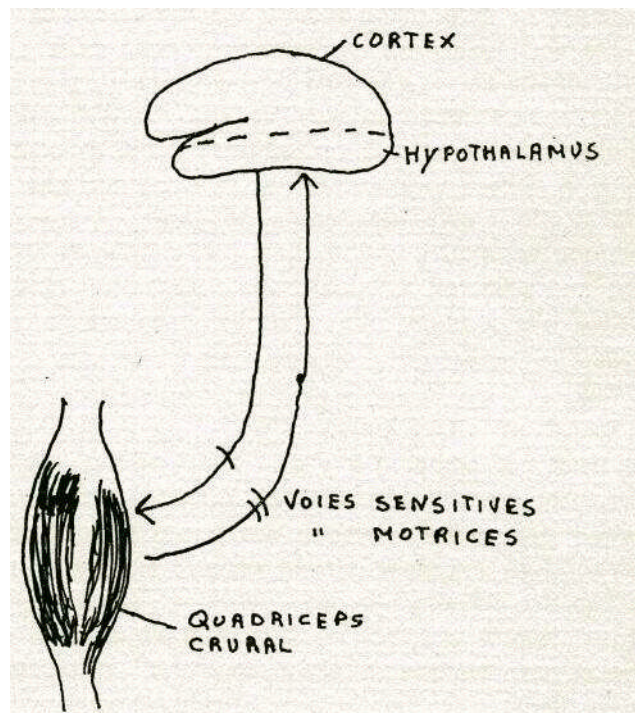
Elisabetta, si potrebbe raffigurare questa struttura o gestalt psicosomatico con:

(1) L'autore usa la grafia «phantasme», proposta da Susan Isaacs per indicare il fantasma inconscio, mentre usa la grafia «fantasme» per indicare il fantasma cosciente. Il numero (1) accanto al termine 'fantasma' rimanda alla grafia «phantasme» (n.d.r.).

a) **per il polo  $\Psi$** : la rappresentazione corticale del desiderio per il cognato e di tutti i fantasmi (1) inerenti a questa relazione amorosa, qui rimossi.

b) **per il polo somatico** dei muscoli striati pieganti le cosce sul tronco, qui contratti.

e) **fra I due**: di tutte le vie sensitivo motrici coinvolte.



Questa struttura psicosomatica è infatti qui una **neostruttura psicofisiologica**.

Insomma, con appena un briciolo di fantasia si potrebbe definire il fenomeno conversionale come la creazione di una neostruttura psicofisiologica delirante, in tutti i casi aberrante; ancorché «l'indice di realtà» resta importante nel «senso» stesso del sintomo che qui nel decubito dorsale riproduce niente di meno che la posizione... ginecologica, e

nello stesso tempo proprio essa impedisce di camminare verso il cognato e soprattutto la coscienza del desiderio.

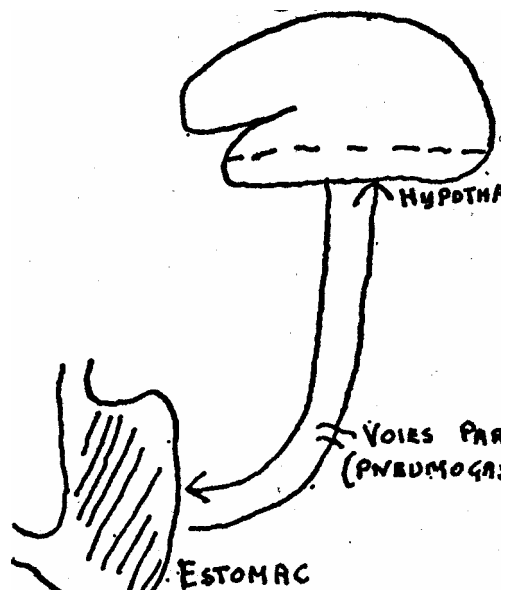
\* \* \*

### **La somatizzazione sindromatica e la conversione vegetativa sintomatica**

A questo punto della nostra esposizione, abbiamo deciso di raggruppare queste due forme, perché la neuro-fisiologia le unisce, anche se la psicologia, lo si vedrà, le differenzia abbastanza radicalmente. Infatti, se queste due forme di sofferenza della persona umana hanno una **struttura neuro-fisiologica** comune, esse hanno in compenso una **struttura psicofisiologica** differente. E noi vedremo che, al contrario, è la conversione cerebro-spinale isterica che ha una struttura **psico-fisiologica** comune con la conversione vegetativa sintomatica, mentre che la struttura psicofisiologica della somatizzazione sindromatica l'accomuna alla malattia organica e alla psicosi.

Se esistono, come si è visto, delle strutture psicosomatiche sensitivo-motrici generali cioè situate nel campo del sistema nervoso cerebro-spinale e della muscolatura volontaria **striata**, ne esistono anche nel campo del sistema nervoso vegetativo, regolante gli organi interni che, non lo dimentichiamo, sono anche in gran parte costituiti da muscoli, qui involontari e lisci.

Ci basta immaginare che, questa volta, il bloccaggio della rappresentazione conflittuale invece di prodursi al livello della sensibilità-motricità cerebro-spinale (caso dell'isteria), si produca al livello di strutture neurofisiologiche vegetative (ipotalamo-simpatico-parasimpatico-ipofisi). Supponiamo che questo bloccaggio abbia luogo sulle vie del sistema parasimpatico, che comanda fra l'altro, lo stomaco ed i suoi tre strati muscolari lisci.



Il crampo doloroso (abasia) delle piegature (striate) delle cosce che noi poco prima osservavamo in Elisabetta questa volta si manifesterà sotto forma di crampo gastrico.

Supponiamo che l'origine di questa angoscia o ansietà o emozione ci sia sconosciuta, in altri termini che si tratti di un conflitto intrapsichico, del genere di quello di Elisabetta per esempio, noi non avremo dunque nessun modo di agire, su questa origine e l'angoscia, l'emozione dureranno dunque, quanto durerà il conflitto.

Poco a poco, al crampo doloroso si aggiungeranno dei fenomeni inesistenti al livello del piegamenti delle cosce di Elisabetta, e cioè i fenomeni **secretivi** anche essi eccitati dalla sollecitazione permanente del sistema parasimpatico.

Come ognuno sa, lo stomaco secreta il succo gastrico dal quale si protegge per mezzo della secrezione di un altro agente chimico. Orbene, se avviene che questo meccanismo di protezione sia sotto-

costo ad un forte stress, sia per ripersecrezione del succo digestivo, sia per qualunque altro meccanismo (di «bombardamento» da parte dell'influsso nervoso) può allora avvenire un'autodigestione parcellare della parete gastrica. A questo punto si scava un buco. Questo buco, si chiama ulcera. Da una turba non lesiva, reversibile ad integrum (il crampo) noi siamo passati ad una turba lesiva altrimenti irreversibile, in tutti i casi capace di lasciare il marchio dell'effrazione, non fosse altro che sotto forma di piccola cicatrice. Dal sintomo psicosomatico, siamo passati alla sindrome psicosomatica.

Dalla **semplice conversione** alla **somatizzazione**.

In altri termini — ed una volta ancora — nei malati psicosomatici, isterici compresi (ed organici ancora) il polo somatico (neurofisiologico) ha una parte omologa del polo psichico (psicofisiologico) delle altre nevrosi e psicosi:

- negare il conflitto a livello cosciente;
- interdirti la realizzazione di necessità e desideri;
- permettere una certa forma di realizzazione simbolica, distorta, inversa, srealizzata, irreal o delirante;
- infine punire, autopunire.

Ed è su di un tale passaggio psicosomatico che possono allora applicarsi i principi di cui ci parla Meier e cioè: il pensiero acausale e i « corpi sottili».

## **Il criterio psico-fisiologico ovvero la fantasmatica (1) psicosomatica**

Se vi è un essere che converte i suoi conflitti e le sue angosce in sintomi o sindromi **vegetativi** si tratta proprio del lattante...

Vi sono forse altri mezzi di espressione? In tutti i casi non il linguaggio verbale e solo in minima parte il sistema nervoso cerebro-spinale non ancora del tutto sviluppato in lui. La più gran parte dei quadri patologici recidivanti del lattante, che essi siano O.

R.L, polmonari, digestivi, cutanei, sono di questo ordine.

Non è qui che possiamo scrivere questo importantee fondamentale capitolo ma ci ricordiamo di accennare ai magistrali lavori di Spitz, e la sua famosa «sindrome di ospitalismo» che tutti, oggi, conoscono.

Questa sindrome anche chiamata «carenza affettiva totale» è quella dei bambini che troppo presto, verso l'età dei tre mesi per esempio sono separati dalla loro mamma ed affidati ad una bambinaia, o ad un ospedale — che accoglie dieci bambini — o più — alla volta.

La bambinaia non avrà dunque, ammettendo che ne abbia, che «il decimo delle sue provviste affettive materne» da dare ad ogni bambino, se non ve ne sono che dieci. Qualunque possa essere l'eccellenza delle cure materiali, (nutrimento, igiene,) il bambino attraversa le fasi successive della «depressione anaclitica» e raggiunge ben presto uno stadio di totale passività. A quattro anni rischia fortemente di non poter tenersi dritto, ne camminare, ne parlare.

**La percentuale di mortalità è catastrofica.**

Spitz ha magistralmente studiato quello che avveniva al livello del polo somatico, di strutture psicosomatiche di questi lattanti e bambini, ma converrà porci il problema di conoscere ciò che accade al livello di polo psichico in queste stesse strutture.

Per tentare di rispondere a questa domanda in verità molto imbarazzante, noi dovremo fare appello da una parte agli ultimi lavori della neurofisiologia del sonno e del sogno nel feto e nel lattante, che viene d'altra parte quasi irrefutabilmente a confermare le audaci ipotesi di Melania Klein sui fantasmi (1) ed i sogni del lattante. Ipotesi che M. Klein, questa «neojunghiana» — intendetelo nel senso peggiore — secondo Edward Glover, ha costruito su di una impressionante documentazione clinica non sola-

mente, come altri hanno preteso, sull'effluorescenza dei propri fantasmi (1).

La neurofisiologia d'oggi ci prova indiscutibilmente che il lattante sogna e fantastica, ma i due fenomeni sono intimamente legati a questa epoca, quasi 24 ore su 24.

**E questo avviene già nell'utero.** Ed anche il sogno del feto influisce su quello della madre che si mette, la notte in tutti i casi, al regime onirico del suo feto.

E' evidente che se la funzione onirica del feto influisce su quella della madre, l'inverso è véro. Dunque al contrario di quello che assicurava un celebre pediatra, il lattante — e lo stesso feto — sono tutt'altra cosa che un semplice tubo digerente. Il lattante e lo stesso feto sognano e fantasticano già e ben più ancora di un adulto normale. Il suo cervello non è dunque una tabula rasa, una cera vergine.

Che cosa sogna? Questa è un'altra storia. Certo l'elettroencefalogramma ci mostra una traccia di sogno. Ma ahimè non ci può ragguagliare sul contenuto di questo sogno.

Ed è a questo problema cruciale che rispondono, almeno in parte, gli innumerevoli studi di M. Klein. Non è possibile sviluppare ora questi studi, lo direi semplicemente che il primo anno di vita è popolato di fantasmi (1) venuti fuori da **pulsioni orali**, concementi quindi il seno o il suo sostituto, poi poco a poco da questo «oggetto parziale» la mamma tutta intera.

«Oggetto parziale» «oggetto totale» ecco una prima nozione importante.

Ma quello che ha stabilito M. Klein, o che questi oggetti totali o parziali, ossia questi simboli, queste immagini, direi questi archetipi, risultati dalla dialettica tra il fantasma (1), il mito ed il reale nell'andare e nel venire della proiezione e dell'introiezione sono sèmpre ambivalenti: ad un «buon seno» si contrappone sempre un «cattivo seno» una «buona madre» ad una «madre divorante». E' il risultato di questi primi tre o quattro mesi della

vita che M. Klein ha incluso in una «fase» — o «posizione» — schizoparanoide. Questa fase è seguita, come sapete, da una «posizione depressiva». Vedete adesso perché E. Glover ha potuto dire che M. Klein o una neojunghiana. Per prima cosa ella ci afferma che il fantasma (1) ed il sogno, esistono dai primi giorni della vita (quello che ha confermato, inoltre, la neurofisiologia recente). È lo stesso che dire puramente e semplicemente, che un «Inconscio collettivo» o all'opera in un essere non ancora Individualizzato, personalizzato, che non ha ancora un «inconscio personale».

In seguito ella scopre che ad ogni **imago positiva**, ne corrisponde una **negativa**. Ed è proprio compito dei genitori saperla «eufemizzare» trasformare in valore positivo, i simboli primitivi negativi della relazione paranoide: persecutore-perseguitato.

Ecco, io penso, di cosa muoiono i lattanti di Spitz nel corso della depressione anaclitica che segue la posizione schizoparanoide.

D'altronde lo stesso concetto di «ambivalenza» è del maestro di Jung, E. Bleuler.

Lo si capisce meglio ora, i «fantasmi (1) originari» di Freud possono difficilmente concepirsi e soprattutto esplicarsi senza uno dei concetti maggiori della psicanalisi junghiana: l'archetipo; non più che senza la **fantasmatica** (1) kleiniana, che ritrova al livello di fantasma (1) quello che «il mito dice in chiaro».

Ad ogni archetipo positivo si oppone dunque il suo contraddittore negativo.

Ogni archetipo, come il simbolo che l'oggettivizza più o meno parzialmente, è ambivalente con molti significati.

L'inconscio, lo si sa, non conosce contraddizione. I simboli, i fantasmi, (1) i più contraddittori coesistono nel suo grembo. In apparente pacifica convivenza.

**Il seno gratificante**, simbolo del benevolo archetipo materno, coesiste nell'Immaginario del lattante



con il **seno mordente cannibalico**, simbolo dell'archetipo materno divorante.

Bene inteso, lo stesso avviene per i simboli e gli archetipi paterni.

E ciò avviene come nell'ambivalenza dissociativa schizofrenica ed il delirio autistico, paranoide che l'accompagna.

Il fantasma (1), che si può ora definire come **l'incarnazione individuale** dell'archetipo—perlomeno il fantasma (1) originario, confuso nel bambino e nel malato mentale con il sogno e che assume in gran parte il ruolo della realtà -... questo fantasma, (1) espressione individuale dell'archetipo — è vissuto dal bambino come una realtà hic et nunc.

«L'lo voglio» come ci assicura Susan Isaacs, non esiste per così dire nel bimbo. «lo voglio» è tradotto da lui con un «lo faccio». Per lui (l'intenzione vale l'azione).

È come dire che l'aggressività — vedi sadismo — che è contenuta in queste simbolizzazioni negative dell'archetipo, sarà colpevole per il bambino con l'introdursi in lui dell'istanza repressiva etica.

Se il bambino, ci dice M. Klein, prova questo bisogno di avere spesso sua madre presso di lui, è per convincersi nello stesso tempo che ella non è morta (cioè che lui non l'ha uccisa) e nello stesso tempo che ella non è la cattiva madre che attacca e distrugge. Gli ci vuole la presenza di un oggetto reale per combattere la paura (l'angoscia) che gli ispirano il suo «Superio» ed i suoi terrificanti oggetti introiettati (ossia i suoi fantasmi (1) terrificanti). Se questa madre rassicurante, tranquillizzante, è in difetto, a volte anche, come lo si è visto, stando vicino al bambino, allora tenderà d'impiegare questo meccanismo di difesa, privilegiato a questo stadio, come la conversione viscerale — del fantasma (1) in sintomi o sindrome psicosomatica — e questo a volte fino alla morte.

In altri termini, là dove l'adulto ha occasione d'innervosirsi o di delirare per sfuggire l'affetto, l'angoscia o il conflitto, il bambino non può che tentare di negare il fantasma (1) distruttore con il capo-

volgimento viscerale di questi, nel seno della struttura psicosomatica considerata. (Ed a questo stadio le strutture si diffondono presto). Ma questo capovolgimento viscerale ha un'altra funzione. Infatti la conversione viscerale del fantasma 1) distruttore è anche per il bambino il tentativo di distruzione del «cattivo oggetto» facente parte integrante della struttura psicosomatica considerata (cortico-oro-mammaria cannibalica, per esempio).

Come il dito tenta di mascherare l'assenza del «buon oggetto» seno-materno, la conversione viscerale tenta infatti la distruzione del «cattivo oggetto» seno materno, ma disgraziatamente fallisce il suo scopo. Tanta voracità - aggressività - seno - bocca e tutto quello che vi si riferisce sono una sola ed uguale cosa nel lattante.

Dunque, prima funzione della conversione: **fuggire** la rappresentazione fantasmatica (1) paranoide; seconda funzione: **distruggerla** con una conversione verso sé stessi (principio del suicidio nella malinconia). Noi ritroviamo qui due fasi descritte da M. Klein durante il primo anno di vita.

«Io non vorrei, ci dice Jung, interpretare l'inconscio in rapporto alla personalità e formulare per esempio l'ipotesi che dei fantasmi (1) come quelli che sono stati or ora descritti fossero delle «realizzazioni di desideri» rimossi. Queste immagini come tali non sono state mai coscienti. Io penso e comprendo l'inconscio come anima impersonale comune a tutti gli uomini, benché l'inconscio si manifesti attraverso una coscienza individuale. Poiché tutto il mondo respira, la respirazione non può essere un fenomeno da interpretare in rapporto alla personalità individuale. Le immagini mitiche appartengono alla struttura dell'inconscio e sono un bene impersonale da cui gli uomini, la maggior parte, sono molto più posseduti di quanto ne abbiano il possesso».

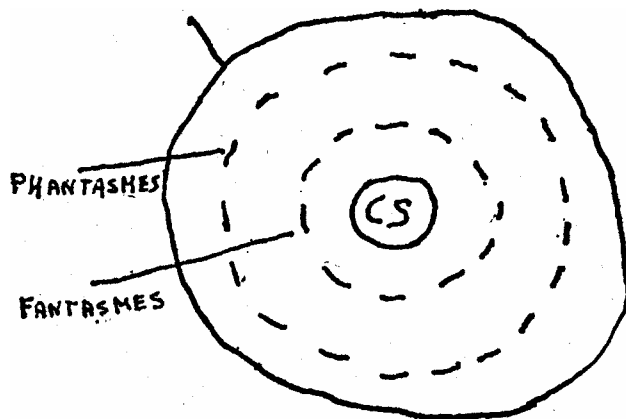
In questa citazione tratta dalla «Introduzione allo studio scientifico della mitologia» Jung fa soprat-

tutto allusione a quello che ha definito sotto il nome di «**inconscio collettivo**», riserva degli archetipi. Ma noi sappiamo, sicuramente, che egli ha anche definito un «inconscio personale» considerato soprattutto da alcuni come il «serbatoio» del conscio, grosso modo come il «rimosso» puro e semplice. Infatti se noi vogliamo tentare di capirci meglio in questi concetti di archetipi, di miti e di fantasmi al livello in cui li studiamo, conviene ben distinguere le due origini di questo inconscio personale:

— da una parte, un'origine venuta fuori da irruzioni di archetipi collettivi, nella psiche individuale — visibile soprattutto nel «primitivo», il bimbo ed il malato mentale — ed. in tutti, nel sogno. È questo strato che noi abbiamo definito come componente il fantasma (1). È il fantasma (1) originario di Freud. È anche «la pulsione» in ciò che essa ha di più vicino al somatico.

— d'altra parte — e più tardi nel corso della filogenesi e dell'ontogenesi — un'origine proveniente dalla «**rifrazione**» della rimozione dello strato fantasmatico (1) sulla struttura **cosciente** che si sviluppa nel bambino ed è allora un nuovo strato fantasmatico che noi chiameremo: fantasma. È il fantasma originario molto vicino ai **processi secondari** (logici) dell'inconscio.

ICS. COLLECTIF



L'archetipo è dunque costitutivo di due cose differenti:

a) **del mito** che struttura un gruppo, una società, una civilizzazione

b) **del fantasma**, che struttura un individuo.

Un mito d'altronde non sparisce — almeno sotto una certa forma d'espressione collettiva che solo quando è stato individualmente integrato, ossia quando è diventato fantasma (1). Si può dire allora che egli o divenuto **psicologicamente «ereditario»**.

Un nuovo mito — o una nuova espressione — si sostituisce, indotto dagli stessi archetipi costitutivi.

Il mito, quando si esprime a livello individuale nel fantasma (1), ricapitola dunque ontogenicamente l'evoluzione psicofilogenetica della specie. Si può dunque parlare di vere funzioni mitologiche e fantasmatiche (1). Sono queste funzioni che la neurofisiologia moderna studia sotto il nome di funzioni oniriche e di cui io dicevo poc'anzi già operanti nel feto. Sono queste funzioni che M. Klein ha così minuziosamente studiate nel lattante e nel bambino. Noi abbiamo visto che le prime manifestazioni costituiscono un piano vicino a quello che si trova nell'adolescente o nell'adulto schizofrenico. M. Klein non ha esitato a definire questa fase originale dello sviluppo del bambino « posizione schizo-paranoide ».

Noi sappiamo come Jung da parte sua, le aveva studiate nelle 770 pagine del « Simboli della trasformazione » a proposito della fantasmatica (1) di Miss Miller, al cui studio egli applica la sua immensa erudizione.

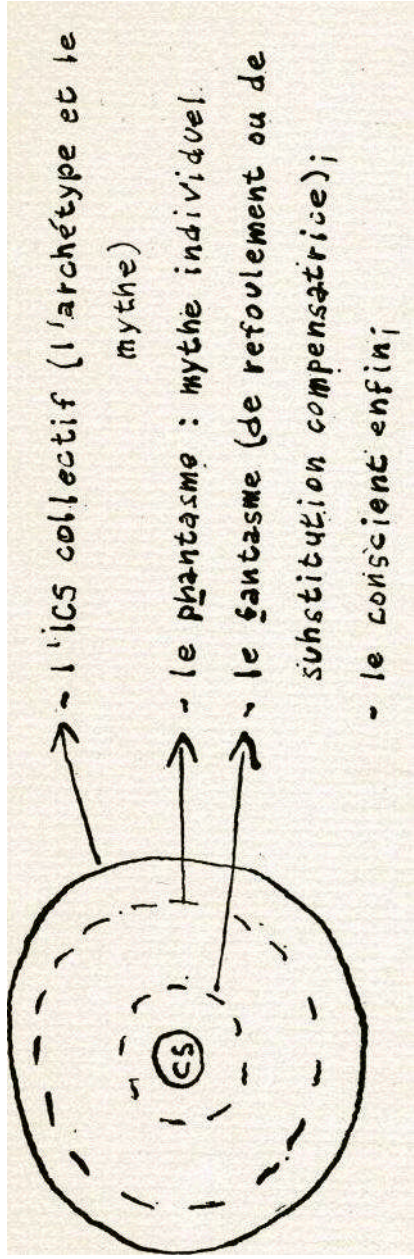
Il fatto è che, e lo si è visto, le prime manifestazioni di questa funzione fantasmatica (1) non sono delle più rassicuranti, poiché si tratta, tra l'altro, di forme le più negative, le più ambivalenti in tutti i casi, degli archetipi. Infatti i terrori notturni del bimbo, le sue fobie, gli incubi dell'adulto, le sue fobie, la gran-

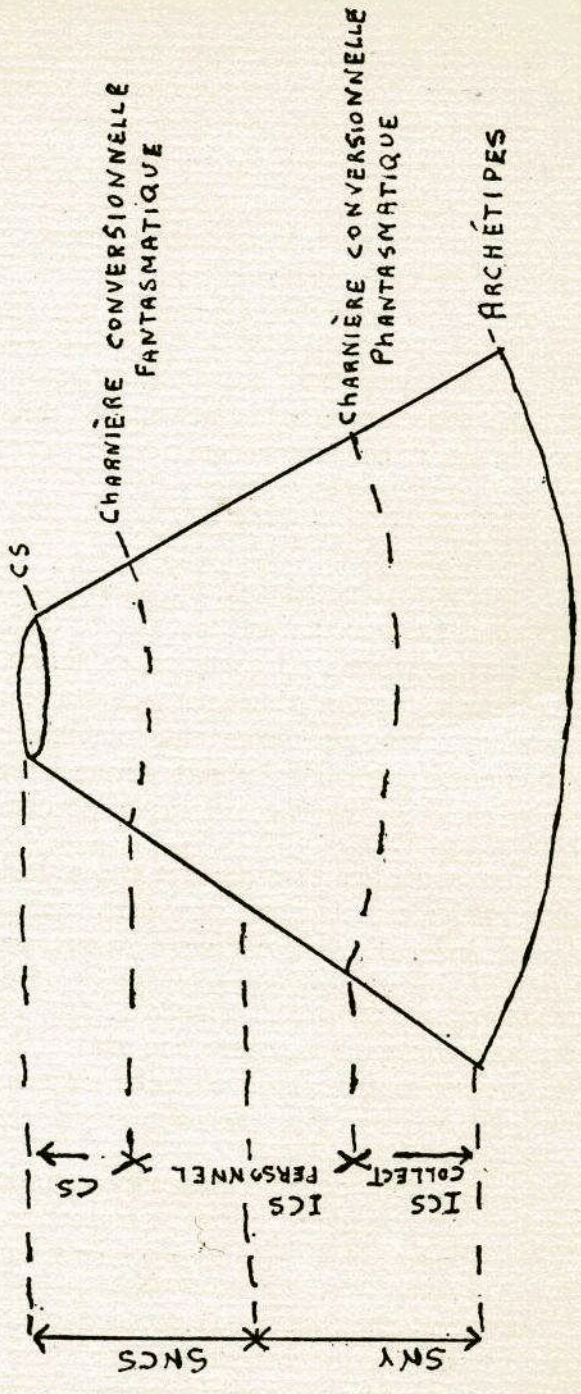
de paura schizofrenica e la sua criminalità, etc... sono presenti per convincerci dell'enorme potenza schiacciante, divorante terrificante di questi archetipi. Lo stesso accade nei racconti dei bambini dove l'esito felice ha per scopo di eufemizzare tutte queste figurazioni terrificanti. I nostri James Bond non hanno altro scopo per i pretesi adulti che noi siamo.

### **Diagnosi differenziale tra sintomatica e sindromi psicosomatiche**

Ritorniamo un istante sullo schema che noi abbiamo concentricamente disegnato:

- l'I.C.S. collettivo (l'archetipo ed il mito)
  - il fantasma (1): mito individuale
  - il fantasma (da rimozione o sostituzione compensatrice)
  - il conscio infine
- e cerchiamo di schematizzare in un altro modo secondo una «visione frontale» considerando che questo primo schema costituisce una «veduta dal di sopra».
- Noi otteniamo allora un tronco di cono, che non è lontano dal ricordarci un certo «cono» di Bergson — e dove noi vediamo i tre strati junghiani della personalità
- il CS in alto
  - l'ICS personale, mediano
  - l'ICS collettivo, in basso L'ICS personale è delimitato;
  - in **alto** dallo strato fantasmatico, ricavato dalla dialettica fantasma-conscio.
  - in basso dallo strato fantasmatico (1), ricavato dalla dialettica mito-fantasma (1). La prima dialettica costituirà il primo cardine con-versionale: quella situata nel dominio neurofisiologico del sistema nervoso cerebro-spinale e del sistema nervoso vegetativo il più «alto». E' dunque il





cardine conversionale dell'isteria e della sintomatica psicosomatica.

La seconda dialettica costituirà il secondo cardine conversionale, neurofisiologicamente vegetativo. campo della somatizzazione sindromatica. La prima dialettica è quella delle nevrosi in generale, e non soltanto.

La seconda dialettica quella delle psicosi e delle malattie organiche in generale. In altre parole le piccole «sindromi» d'angoscia, di fobia, d'isteria, di ossessione, la piccola sintomatica psicosomatica... tutti questi quadri mischiati, misti, che sono nostro pane quotidiano, sono venuti fuori dalle turbe proprie alla dialettica fantasma

— conscio (fantasmatica personale).

Ma le grandi sindromi lesionali psicosomatiche come le grandi sindromi psichiatriche (psicosi comprese

— come, per me, le malattie organiche come il cancro) sono, esse, prodotte dalla dialettica fantasma (1) mito (fantasmatica (1) archetipica, collettiva).

Questo agli Jungiani deve apparire come un truisimo, ...ma bisognava comunque dirlo a proposito della malattia psicosomatica, parente povera e trascurata della psicologia analitica di Jung, perlomeno nell'opera del maestro.

Infatti avevamo già reso noto, che **la sintomatologia psicosomatica** ambulante, non fissa, non lesionalmente opposta alla **sindrome psicosomatica** — aveva lo stesso significato psicofisiologico della sintomatologia conversionale isterica. E, d'altronde, questa si confonde molto spesso con essa.

Nel fenomeno del «bolo esofageo» (globus istericus), per esempio, dove comincia il vegetativo, dove finisce il cerebro-spinale?

Nelle turbe degli orifizi in generale — gli orifizi sono costituiti in gran parte, si sa, da muscoli misti o da muscoli passati insensibilmente dalla struttura striata (cerebro-spinale) alla struttura liscia (vegetativa) — ... dove comincia il vegetativo psicosomatico, dove finisce l'isterico cerebro spinale?... Nelle turbe come: il vomito, l'enuresi, l'encopresi...



In alcuni dolori muscolari striati, come le lombaggini o precordiali della nevrosi cardiaca — ... dove inizia il vegetativo e dove finisce il cerebro-spinale? D'altra parte, lo si è visto, niente impedisce ad un isterico riconosciuto di presentarci simultaneamente, o successivamente un quadro di conversioni vegetative e reciprocamente.

Associate a delle conversioni psicosomatiche — isteriche o vegetative — s'incontrano anche molto spesso delle turbe della serie riguardante la fobia (isteria d'angoscia di Freud) o l'ossessione. Al momento della terapia di qualunque nevrosi — o psicosi o malattia organica — si può assistere a due conversioni psicosomatiche, quasi a delle somatizzazioni (lesive).

Infine, tutti conoscono queste malattie «a bilancia» dove si assiste al passaggio spontaneo o terapeutico di una sintomatologia o di una sindrome psicosomatica differenti — o ad un'espressione nevrotica o psicotica.

Solo il criterio psico-fisiologico - la fantasmatica (1) - ci ha dato su questo punto qualche schiarimento.

Ripetiamo le nostre conclusioni:

1) esistono delle turbe conversionali strettamente omologhe — psicofisiologicamente — alle turbe conversionali isteriche, nate da un bloccaggio pulsionale al livello «precosciente» poiché questi rappresentanti pulsionali bloccati sono sufficientemente **personalizzati, individualizzati** (ICS personale, fantasmatico) (1).

2) esistono delle turbe conversionali psicosomatiche sui generis (sindrome della somatizzazione) nate da un bloccaggio pulsionale al livello «primario» dell'ics, poiché questi rappresentanti pulsionali bloccati non sono personalizzati, ma appartengono alla dialettica **collettiva** del mito (archetipo) e del fantasma (1) (mito Incarnato individualmente).

Sono questi ultimi che ricoprono spesso un processo psicotico. Più esattamente: il polo psicologico (fantasmatico) (1) della struttura psicosomatica, «insito»

nel sintomo conversionale è un fantasma (1) psicotico (paranoide).

Infatti la psicosi — e particolarmente la psicosi paranoide — è una malattia che si esprime in un delirio a tema **collettivo**.

**La neostruttura delirante psicotica si dispone intorno al fantasma (1) archetipico originario terrificante.** Nello stesso modo si manifesta la neostruttura neurofisiologica della sindrome psicosomatica. È alla scoperta di questo fantasma (1) archetipico —originario — che dovrà tendere lo sforzo terapeutico in una qualunque malattia.

(Trad. di MERCEDES SPADA)