

Valeria Egidi Morpurgo
Giuseppe Civitarese
(a cura di)

Lipocondria e il dubbio

L'approccio psicoanalitico

PSICOANALISI
PSICOTERAPIA ANALITICA

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "Informatemi" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Valeria Egidi Morpurgo
Giuseppe Civitarese
(a cura di)

L'ipocondria e il dubbio

L'approccio psicoanalitico

FrancoAngeli

Avvertenza bibliografica

Le citazioni dalle opere di Sigmund Freud presenti nei singoli saggi del volume sono tratte dalle *Opere di Sigmund Freud*, Bollati Boringhieri, Torino, 1977 e anni seguenti. Nei riferimenti viene indicato l'acronimo OSF e il numero del volume è in cifre arabe.

Le citazioni dall'*International Journal of Psycho-Analysis*, abbreviato secondo l'uso internazionale *IJPA*, sono state tradotte dell'originale inglese dagli autori. In generale, quando non sia stato specificato diversamente, le citazioni da autori stranieri sono state tradotte dagli autori dei saggi.

Progetto grafico di *Elena Pellegrini*

Copyright © 2011 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Gli autori	pag. 7
Introduzione. L'ipocondria. Più soluzioni per un enigma di <i>Valeria Egidi Morpurgo e Giuseppe Civitarese</i>	» 9

Parte I

1. Il dubbio e l'ipocondria di <i>Colette Combe</i>	» 35
2. L'ipocondria: un campo aperto di <i>Claudia Peregrini</i>	» 76
3. Irruzioni ipocondriache e movimenti paranoidi di <i>Anna Ferruta</i>	» 95

Parte II

4. L'ipocondria e l'esilio di <i>Giuseppe Civitarese</i>	» 105
5. Le ragioni di Argante. Difficoltà dell'analista nel contatto con i pazienti ipocondriaci di <i>Valeria Egidi Morpurgo</i>	» 123

- 6. Un corpo non sognato: la genesi del disturbo ipocondriaco**
di *Elena Molinari* pag. 143
- 7. Desimmetrizzare l'ipocondria. Passaggi da un caso clinico**
di Carmelo Carullo » 160

Gli autori

Colette Combe, medico psichiatra, psicoanalista, membro ordinario della SPP (*Société psychanalytique de Paris*) e dell'IPA (*International Psychoanalytic Association*). Università di Lione (Resp. Specializz. in Disturbi alimentare); medico agli *Hospices Civiles* di Lione. Ha pubblicato in italiano: *Capire e curare la bulimia*, Borla, Roma, 2007.

Claudia Peregrini, medico pediatra, psicoanalista, membro ordinario SPI e IPA. Professore a contratto presso le università di Torino e di Milano. Ha pubblicato, con G. Abraham, *Ammalarsi fa bene*, Feltrinelli, Milano, 1990; con C. Cassardo, "Inconscio e corpo: un'identità disidentica?", Congresso SPI 2010; con altri, "Corpo, mente e simultaneità", *SPPA Journal of Psychoanalysis*.

Anna Ferruta, psicoanalista, membro ordinario con funzioni di training SPI e IPA; già Segretario scientifico SPI; professore a contratto presso le università di Pavia e di Milano-Bicocca. Tra i lavori più recenti: *Pensare per immagini*, Borla, Roma, 2005; "Cura e conoscenza", in M. Conci, M. L. Martini (a cura di), *Freud e il Novecento*, Borla, Roma.

Valeria Egidì Morpurgo, psicoanalista, membro ordinario SPI e IPA. Per questi tipi ha curato, con E. Morpurgo, *La solitudine. Forme di un sentimento*, FrancoAngeli, Milano, 1995. Di recente: "Ai confini dell'Io", in R. Conforti, G. Scalera McClintock (a cura di), *La mente e l'estasi*, Rubbettino, Salerno, 2010.

Giuseppe Civitarese, psichiatra, psicoanalista, membro ordinario SPI, IPA e APsA (*American Psychoanalytic Association*) è dottore di ricerca. I lavori più recenti: *L'intima stanza: teoria e tecnica del campo analitico*, Borla, Roma, 2008; *La violenza delle emozioni. Bion e la psicoanalisi postbioniana*, Cortina, Milano, 2011.

Elena Molinari, medico pediatra, psicoanalista della SPI e dell'IPA. Professore a contratto presso l'Accademia di Brera. I lavori più recenti: "Il sogno: un'area 'transizionale' tra il corpo vissuto e il corpo pensato", *Rivista di Psicoanalisi*, 53, 3; "Imparare a danzare nel deserto del 'non pensiero'", in A. Ferro *et al.*, *Sognare l'analisi*, Bollati Boringhieri, Torino, 2007.

Carmelo Carullo, medico psichiatra, psicologo clinico, psicoanalista della SPI e dell'IPA, dirigente medico SPDC dell'ASP di Vibo Valentia; professore a contratto presso l'Università di Catanzaro 2007-2010. Ha pubblicato articoli su riviste di psichiatria e di psicoterapia.

Introduzione.
L'ipocondria. Più soluzioni per un enigma

di Valeria Egidi Morpurgo e Giuseppe Civitarese

Una malattia antica ed elusiva

L'ipocondria è una malattia "antica", riconosciuta fin dall'età della grande fioritura culturale della Grecia classica. Ma già alle origini appare come un'entità sfuggente se non misteriosa, e come la melanconia, da cui non sempre viene distinta, chiama in causa un problema: squilibrio del corpo, o squilibrio nella sfera degli affetti?

Upo chondros, cioè "sotto le (basse) costole". Quest'area anatomica corrisponde pressappoco alla parte molle dell'addome al di sotto delle costole e sopra l'ombelico, dove sono collocati organi cruciali per la medicina antica: nell'ipocondrio destro il fegato, in quello sinistro la milza. Secondo la teoria dei quattro umori (sangue, bile gialla, bile nera, flegma: gli elementi il cui equilibrio o squilibrio segnala la salute o la malattia) si tratta degli organi in cui prendono origine i disturbi della melanconia (*melaina chole* in greco, *atrabilis* in latino, vale a dire "bile nera", considerata a volte come una degenerazione delle bile gialla o *flava bilis*).

Il primo a localizzare il disturbo nell'ipocondrio è Diocle da Caristo, nell'Eubea, allievo di Aristotele e medico della scuola dei Dogmatici, del quarto secolo a. C; al dire di Plinio il Vecchio, secondo per fama e capacità solo a Ippocrate. Pur facendo menzione della melanconia, Diocle descrive l'ipocondria come un disturbo dello stomaco caratterizzato da dolore, pesantezza e difficoltà della digestione.

Ippocrate (460-377? a.C.) dal canto suo, si sofferma soprattutto sul dolore del malato di ipocondria, affezione che egli non distingue chiaramente dalla melanconia, e in tal modo non scinde del tutto la sfera del corpo da quella della psiche.

Galeno (129-200 d.C.) riprendendo la medicina ippocratica fa derivare il carattere o temperamento umano dall'equilibrio tra i quattro umori e ritiene che i sintomi della melanconia derivino da una causa organica: un disordine

della bile. A Galeno, come ci segnala Starobinski (1960) nel suo *Histoire du traitement de la mélancolie*, dobbiamo la distinzione tra più varietà della melanconia: nel primo genere si tratta di un'afezione localizzata al cervello, nel secondo tipo la melanconia deriva dall'atrabile che diffondendosi nel sangue raggiunge tutto l'organismo, compreso il cervello. La terza varietà di melanconia, quella ipocondriaca, si ha quando la bile nera in eccesso si accumula nello stomaco e nell'ipocondrio: ne derivano dei vapori, ovvero delle esalazioni tossiche per il cervello, che danno appunto luogo alla melanconia.

Questa concettualizzazione della melanconia viene ripresa e parafrasata senza sostanziali cambiamenti nei secoli successivi: nel Medioevo come nel Rinascimento e sarà ancora alla base della celebre opera *The anatomy of melancholy*, di Robert Burton (1621), summa seicentesca della melanconia. “Gli studiosi e psichiatri del Settecento e dell'Ottocento (Boissier de Sauvages, Cullen, Pinel) definiscono ancora l'ipocondria con l'associazione di disturbi digestivi reali e una preoccupazione eccessiva del soggetto per la sua salute” (Starobinski, 1960, p. 26).

Nel concetto di ipocondria melanconica ritroviamo uno dei principali problemi filosofici della civiltà occidentale: quello della relazione tra mente (o anima) e corpo e possiamo vedere già nelle diverse posizioni degli antichi un'oscillazione tra la tendenza organicistica e quella psicologistica, come suggerisce Marilia Eisenstein (*Entre psyché et soma*, 1995).

Nel 1763 Linneo, naturalista e medico, autore di una celebre e durevole classificazione delle specie vegetali e animali, la classificava tra le “malattie della mente” come malattia immaginaria. La definizione, tuttavia, non toglie di scena l'ipotesi organica. Per secoli, infatti, prevarrà ora l'una ora l'altra, e neppure Freud potrà sottrarsi al dubbio se ascrivere i disturbi ipocondriaci alla sola psiche o anche all'organico. Ancora fino a qualche decennio fa, del resto, le scuole psichiatriche distinguevano tra ipocondria *cum materia* e *sine materia* (Follin e Azoulay, 1961).

Al di là del problema dell'origine e della natura, la descrizione “comune” dell'ipocondria, imperniata attorno alla percezione della persona che ne soffre, di disturbo caratterizzato da eccessiva preoccupazione o da ansia per la propria salute e il proprio corpo che tende a diventare pervasiva, rimane quasi invariata da quando si forma per la prima volta tra il Cinquecento e il Settecento. Nel Settecento l'ipocondria diventa addirittura una malattia “di moda” e abbondano le testimonianze di malati, di medici e di letterati. Se il Seicento è il secolo della melanconia, si può dire che il Settecento è senz'altro quello dell'ipocondria.

Invariato è anche il tema del dubbio, nel quale si traduce quella “eccessiva preoccupazione per la propria salute” identificata da tanti secoli.

È il dubbio il fattore cruciale che distingue l'ipocondriaco dal melanconico e anche dall'ansioso, è il dubbio costante, ossessionante, poco o per niente scalfibile da ragionamenti, rassicurazioni e minacce, il vero tormento dell'ipocondriaco.

Le cose non vanno tanto diversamente nei tempi recenti, perché ci si rende conto, anche in ambito psichiatrico e psicoanalitico, che la malattia tende a sfuggire alle classificazioni. Sembra che il dubbio dell'ipocondriaco dilaghi anche tra gli studiosi dell'ipocondria. Non a caso, per l'aggettivo "ipocondriaco" Kenyon (citato in De Vanna *et al.*, 2002) rintraccia una galassia di ben diciotto significati differenti.

Nei classici manuali psichiatrici di Arieti e di Ey, la difficoltà a definire l'ipocondria è evidente: "Attesa ansiosa frequentemente associata a una sintomatologia somatica" e "Senso di malessere che conduce all'auto-osservazione e a tentativi di spiegazione [...] nell'insieme queste impressioni tendono a diventare dominanti" (G. Chrzanowski, "Nevrastenia e ipocondria", in Arieti, p. 271). Ey (1967) parla invece di "nevrosi ipocondriaca" "in cui la preoccupazione permanente per la propria salute comporta una ricerca continua dei dolori e delle sensazioni corporee in tutte le regioni del corpo o in queste e in quelle". In questa condizione i malati "esprimono la loro angoscia davanti ai 'misteri del corpo' nello stesso momento in cui cercano di liberarsene incolpando un organo preciso" (*Manuel de psychiatrie*, 2, "Les névroses", p. 419).

Allora, meglio definirla come una "nevrosi" vera e propria (Ey) o piuttosto, come fa la psichiatria anglosassone, una "reazione ipocondriaca" secondaria a un'altra malattia? L'alternativa si riproporrà in altra forma nella classificazione psicoanalitica. Per Rosenfeld sarà la distinzione tra ipocondria grave, sintomo di una seria patologia mentale, e ipocondria lieve o ipocondria transitoria (e qui torna il concetto di "reazione ipocondriaca").

Più vicino, in qualche modo, al significato comune è la definizione di ipocondria che si ricava dai criteri diagnostici del recentissimo DSM IV:

- la preoccupazione legata alla paura di avere, oppure alla convinzione di avere, una malattia grave, basate sull'erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto;
- la preoccupazione persiste nonostante la valutazione e la rassicurazione medica appropriate.

Melanconia e ipocondria: una malattia "nobile" e una malattia rifiutata

L'umore melanconico descritto dagli antichi non si esaurisce nella teoria medica e filosofica dei quattro umori. La storia della melanconia si in-

treccia, nel ruolo di malattia “nobile”, con la storia delle cultura, con le arti e le scienze, dal Medioevo fino all’età contemporanea.

Le rappresentazioni della melanconia spaziano in letteratura da Dante a Shakespeare a Keats a Baudelaire, e in pittura dalle raffigurazioni medievali dell’*acedia* a Dürer ai contemporanei; per non menzionare quelle, innumerevoli, di Saturno-Chronos, il pianeta della melanconia, secondo la più antica tradizione astrologica.

La melanconia ha sempre goduto di “buona stampa”, essendo ritenuta, a partire da Cicerone, e da altri scrittori antichi, una caratteristica che accompagna l’ingegno¹. È vero che la tradizione galenica non è così favorevole al melanconico, ed è vero che nel Medioevo, sotto la specie dell’*acedia*, cioè pigrizia, indolenza, astenia, la melanconia è annoverata per lo più tra i vizi capitali, ma ciò non di meno non ne mancano rappresentazioni di alta qualità artistica. Con l’umanesimo si ha una vera e propria rivalutazione della melanconia.

Dipingere il melanconico non più come un malato ma come un individuo che la sua intelligenza e sensibilità separano dagli altri: a questo arrivò una tradizione di pensiero che prese forma con Marsilio Ficino e che si creò un antecedente illustre nei *Problemata* pseudo aristotelici, opera probabilmente del I secolo d.C. che ebbe una fortissima influenza sul pensiero occidentale (Egidi Morpurgo, “Introduzione” a *La solitudine*, p. 11).

Marsilio Ficino, con la concettualizzazione della *Melancholia generosa*, e la ripresa della tradizione platonica che idealizza il *furor* come dono divino e fonte dell’ispirazione e del pensiero, fa della melanconia una caratteristica che non solo distingue le persone geniali, ma è *la causa* della loro eccellenza². I melanconici sono ritenuti geniali, o comunque eccezionalmente dotati nelle arti e nelle scienze, e quest’idea si mantiene nei secoli, come si vede, per esempio, nello stereotipo dell’artista *maudit*, che nasce nel romanticismo e vive tuttora.

Le rappresentazioni dell’ipocondria sono più limitate. L’ipocondriaco, quand’anche non sia confinato al trattamento delle scienze mediche, è una figura minore, che incarna uno degli aspetti più difficili da trattare e più ne-

¹ Cfr. nelle *Tusculanae disputationes*, 1, 80: “Aristoteles quidem ait omnes ingeniosos melancholicos esse”.

² Cfr. R. Klibanski, E. Panofsky, F. Saxl: “Come mai tutti coloro che hanno raggiunto l’eccellenza nella filosofia o nella politica o nella poesia o nelle arti sono chiaramente melanconici e qualcuno di essi a un grado tale da soffrire di disturbi provocati dalla bile nera?” (*Saturno e la melanconia*, p. 22; cfr. sul *Problema*, XXX, I, anche pp. 31-47). I *Problemata physica* attribuiti ad Aristotele sono pubblicati in greco dall’editore Ruelle, Lipsia, 1922.

gativi della melanconia e degli stati melanconici. E l'ipocondria è raffigurata sul piano artistico – sia figurativo sia letterario – come un modo di stare al mondo che suscita impazienza o irrisione. L'ipocondriaco è rappresentato come stravagante, fastidioso, molesto o ridicolo. Nelle immagini e nelle commedie solitamente lo si beffa e di lui ci si approfitta. Insomma, non ci si identifica con l'ipocondriaco perché suscita poca compassione e nessuna simpatia: più facilmente, lo si respinge o lo si fugge. Anche quando è visto come una sorta di vittima – come Argante nel *Malato immaginario* di Molière o la protagonista della *La finta malata* (1751) di Goldoni, commedie in cui la satira ha come bersaglio soprattutto i medici, dipinti come incapaci o ciarlatani – l'ipocondriaco è tratteggiato in modo schematico e in chiave parodistica.

Anche Immanuel Kant, nello scritto filosofico di stile “popolare” *Osservazioni sul sentimento del bello e del sublime* (1764) riprende l'antica dottrina dei quattro umori per definire i temperamenti e le loro manifestazioni rispetto al piano etico e a quello estetico, ed elogia il melanconico:

Un fervido sentimento della bellezza e della dignità della natura umana [...] si avvicina alla melanconia [...]. Il melanconico ha dominante il sentimento del sublime [...]. La veracità è sublime ed egli odia le menzogne e le dissimulazioni [...]. È un severo giudice di se stesso e non di rado avverte il tedio di sé e del mondo (pp. 94-97, *passim*).

Per altro verso, nell'*Antropologia pragmatica* (1798) descrive con singolare acutezza sia il nucleo di angoscia dell'ipocondriaco, individuato nel timore della morte, sia il destino di essere evitato dagli altri:

La malattia degli ipocondriaci consiste solo in ciò, che certe sensazioni corporee interne non tanto rivelano un male reale esistente nel corpo, quanto piuttosto lo fanno solo temere [...]. In tal modo l'ipocondria diventa la causa dell'immaginazione di mali corporei, dei quali il paziente ha coscienza che sono pur immaginazioni, ma che non può impedirsi di ritenere di volta in volta qualcosa di reale [...]. E quando un tal paziente [...] s'appiglia per consiglio ai libri di medicina, allora diventa insopportabile, perché crede di sentire nel proprio corpo tutti i mali che legge sul libro (I, § 50, p. 99).

Che conclusione trarre da tutto ciò? Che per la sensibilità comune l'ipocondria fa più paura della malinconia? Forse per il timore di essere contagiati? Oppure, se vogliamo ragionare in termini psicoanalitici, più vicini alla sensibilità di oggi, che sia necessario, un po' per tutti, scindere e proiettare le proprie ansie ipocondriache su altri, e tenerle così ben lontane

per preservare il proprio equilibrio? E d'altra parte, perché l'ipocondria non sembra godere di grande favore neppure nella letteratura psicoanalitica? Forse perché elude la presa della riflessione teorica e resiste al cambiamento nel lavoro clinico?

Non è un caso se per afferrarne la natura, anche la psicoanalisi associa l'ipocondria a diverse altre "malattie" o disturbi meglio conosciuti e definiti. Freud e gli allievi diretti l'accostano di volta in volta alla melanconia, all'isteria, alla nevralgia, alla nevrosi ossessiva e alle reazioni paranoidee; e nella psicoanalisi successiva si aggiungono all'elenco le somatizzazioni e i disturbi somatoformi.

Freud: ipocondria e "nevrosi attuali"

In una lettera indirizzata a Fliess del febbraio 1893 Freud (*Le origini della psicoanalisi*, p. 62) classifica l'ipocondria come uno dei sintomi della "nevrosi d'angoscia":

1. angoscia relativa al corpo: ipocondria;
2. angoscia relativa alle prestazioni del corpo: agorafobia, claustrofobia, vertigine delle altezze;
2. angoscia relativa alle decisioni e alla memoria (cioè idee bizzarre sulle proprie capacità psichiche: *folie du doute*, preoccupazioni ossessive ecc.).

Non ho mai trovato fondate ragioni per non considerare questi sintomi come equivalenti.

In questo passo Freud caratterizza l'ipocondria come angoscia relativa al corpo ma non come attesa angosciata di malattia, o come timore di malattia, cosa che fa invece nello stesso periodo negli *Studi sull'isteria* (1893), in cui separa nettamente dall'isteria e dalla nevrosi ossessiva un complesso di sintomi d'ansia, che definisce "nevrosi d'angoscia":

Neppure questa nevrosi ha un meccanismo psichico; essa influenza però in modo generale la vita psichica cosicché attesa angosciata, fobie, iperestesia per i dolori ecc. appartengono alle sue normali espressioni. Questa nevrosi d'angoscia coincide certamente in parte con la nevrosi che, con il nome di ipocondria [...] viene collocata accanto all'isteria e alla nevralgia (OSF 1, p. 397).

Poco più avanti (1894), pur mantenendo salda l'idea che l'ipocondria non abbia un'eziologia psichica, Freud riarticola la sua distinzione e am-

mette che le diverse nevrosi possono intrecciarsi tra di loro; riprende la definizione di ipocondria come attesa angosciosa “che si riferisce alla salute del soggetto stesso”, e individua in sensazioni del corpo la causa scatenante:

Non sempre l'ipocondria va di pari passo con l'attesa angosciosa in generale; essa esige, come condizione preliminare, l'esistenza di parestesie e di penose sensazioni somatiche. L'ipocondria è perciò la forma preferita dai soggetti affetti da nevrastenia quando, come spesso avviene, vengono colpiti anche da nevrosi d'angoscia (*Legittimità di separare dalla nevrastenia un preciso complesso di sintomi*, OSF 2, p. 156).

Nel 1896 con *L'ereditarietà e l'eziologia delle nevrosi* Freud sostiene che le psiconevrosi o nevrosi di angoscia possono essere considerate come entità nosologiche indipendenti o come derivate dalle nevrosi “attuali” (tra cui cita nevrastenia e nevrosi d'angoscia). Attribuisce una causa sessuale sia alle nevrosi “attuali” (“pratiche sessuali nocive attuali”) (OSF 2, p. 301), cioè masturbazione o mancato sviluppo della vita sessuale) sia alle nevrosi di angoscia (“un ricordo relativo alla vita sessuale”, un abuso subito nell'infanzia, OSF 2, p. 297). A differenza delle nevrosi d'angoscia, le nevrosi attuali non sembrerebbero originare da conflitti psichici. L'ipocondria, in quest'ottica, sarebbe quindi determinata dalla presenza “attuale” di un'esperienza somatica reale o immaginaria, cosa che la differenzia sia dall'isteria di conversione sia dalla melanconia.

Freud ritorna su questa definizione nel 1912, in un testo, *Contributi a una discussione sull'onanismo*, in cui riprende dal contributo del 1896 la distinzione tra nevrosi attuali (nevrastenia, nevrosi d'angoscia e ipocondria) e psiconevrosi (tra le quali colloca l'isteria e la nevrosi ossessiva); inoltre attribuisce i sintomi delle nevrosi attuali a una causa somatica. C'è però una novità importante, perché l'ipocondria darebbe luogo a un'eccitazione somatica a cui “viene dato rivestimento psichico”:

Le due nevrosi attuali, e cioè la nevrastenia e la nevrosi d'angoscia (cui forse va aggiunta come terza nevrosi attuale l'ipocondria vera e propria) offrono la compiacenza somatica alle psiconevrosi, forniscono il materiale di eccitamento, che viene poi selezionato e psichicamente “travestito” di modo che in generale il nucleo del sintomo psiconevrotico – il granello di sabbia al centro della perla – viene formato da una manifestazione sessuale somatica (OSF 6, p. 564).

Si apre qui un tema di grande peso, che rimarrà a lungo sospeso: le ne-

vrosi attuali sono trattabili dalla psicoanalisi? Sul punto Freud prende una posizione articolata, poiché ammette un effetto terapeutico “indiretto” sui sintomi delle nevrosi attuali:

L'essenziale delle teorie sulle nevrosi attuali, che oggi difendo, sta nell'affermazione [...] che i sintomi di esse non sono, al pari di quelli psiconevrotici, scomponibili per via analitica. Di conseguenza la stitichezza, il mal di testa, l'affaticamento dei cosiddetti nevrastenici non si lasciano ricondurre storicamente o simbolicamente a fatti della vita vissuta [...] non possono essere intesi come soddisfacimenti sostitutivi di ordine sessuale, come compromessi tra moti pulsionali opposti al pari dei sintomi psiconevrotici [...]. In cambio, riconosco oggi [...] che un trattamento analitico può esercitare indirettamente un influsso benefico anche sui sintomi “attuali” (*op. cit.*, p. 565).

Questa soluzione darà luogo a molti interrogativi, cui si farà cenno più avanti. Si possono fare subito però due annotazioni a latere. In primo luogo, in questa ridefinizione del fattore psichico rispetto a quello somatico Freud si riferisce ai sintomi, il che è altra cosa rispetto al parlare di nevrosi, e in secondo luogo asserisce che i sintomi in questi casi non sono delle formazioni di compromesso. Si tratta di due insegnamenti utili per i clinici, che sanno come con l'ipocondriaco possa essere sterile inseguire i sintomi e il loro senso.

Laplanche e Pontalis, trattando della definizione di nevrosi attuale, escludono che essa permetta di considerare il sintomo o la “reazione” ipocondriaca in termini simbolici: “Il termine di ‘attuale’ indica qui l'assenza di quella mediazione che si trova nella formazione dei sintomi delle psiconevrosi (spostamento, condensazione ecc.)” (*Enciclopedia della psicoanalisi*, p. 340).

Successivamente, quando Freud rivede la relazione mente-corpo a partire dal nuovo concetto di pulsione, “un concetto limite tra lo psichico e il somatico” (1905), fa perdere al dualismo corpo-mente il suo carattere di opposizione, e inaugura una nuova (e complessa) concettualizzazione in cui è coinvolta anche la teoria dell'ipocondria (Aisenstein, 1995).

Freud. L'ipocondria e la stasi libidica

Nel 1914, nell'*Introduzione al narcisismo*, l'ipocondria ricompare, collegata con la nuova classificazione che vede la ripartizione della libido in libido dell'Io e libido oggettuale, e l'introduzione del concetto di stasi o ingorgo della libido. La libido dell'Io è quella parte della libido che deriva

dall'Io come da un serbatoio originario. Da qui si rivolge verso gli oggetti, cioè investe il mondo, e secondariamente si ripiega e quindi ritorna dal mondo esterno (e dalle relazioni) all'Io.

Pertanto, più aumenta l'investimento libidico sull'Io, più si impoverisce la libido oggettuale. L'angoscia ipocondriaca si colloca dalla parte della libido dell'Io, in opposizione alla libido oggettuale, che è il campo dell'angoscia nevrotica. Da questo punto di vista l'ipocondria si avvicina alla malattia organica, perché entrambe sono forme di ritiro della libido e di regressione:

L'ipocondria, come la malattia organica, si manifesta con penose e dolorose sensazioni corporee come il malessere organico e opera allo stesso modo anche sulla ripartizione della libido. L'ipocondriaco ritira dagli oggetti del mondo esterno interesse e libido [...] e li concentra entrambi sull'organo che lo interessa (OSF 7, p. 453).

Freud non rinuncia all'ipotesi del carattere organico dei fattori che stanno alla base dell'insorgenza dell'angoscia ipocondriaca. Si tratta tuttavia di un'organicità particolare, legata alla sessualità e alla libido. E aggiunge che nelle sue lamentele e paure l'ipocondriaco deve pur avere ragione, "ci devono essere delle modificazioni organiche". Il fattore "organico" dipende dall'esistenza nel corpo di "zone erogene". Se dal punto di vista economico si accetta il principio per cui tutti gli organi del corpo sono investiti di libido, bisogna accettare che abbiano un certo tasso di erogenicità, che dipende da modificazioni dell'investimento libidico dell'Io. La tensione dell'organo dolente dell'ipocondriaco è quindi assimilabile all'eccitazione degli organi genitali.

Da dove deriva allora la patologia? Dal fatto che gli eccitamenti dell'investimento libidico dell'Io che oltrepassano un certo livello soglia producono una tensione che non può restare stabile o crescere all'infinito, ma si deve scaricare su un oggetto esterno reale o immaginario. Se ciò non avviene si ha una stasi della libido dell'Io. Ma l'aumento della tensione di eccitamento su un organo provoca il contrario del soddisfacimento e del piacere, cioè "dispiacere". A essere patogena, precisa Freud, non è la stasi in sé, ma una stasi eccessiva, che dà luogo a un ingorgo della libido.

Da queste considerazioni emerge un'analogia tra alcuni sintomi ipocondriaci e alcuni sintomi della parafrenia, che è il termine, poi abbandonato, con cui Freud aveva inteso ridefinire le patologie di tipo schizofrenico. Ma si tratta di analogia, non di derivazione. Freud non sostiene che l'ipocondria sia una patologia scissionale o di tipo schizofrenico, ma solo che i sintomi hanno delle caratteristiche affini a quelli di altre patologie.

D'altra parte è noto che negli schizofrenici possono esserci deliri ipocondriaci, così come melanconici, o di grandezza ecc.

Succede qualche cosa di simile a quando la libido si ritira dall'oggetto e riaffluisce sull'Io nell'isteria e nella nevrosi ossessiva: rimane comunque una forma di legame oggettuale e un'attività di fantasmizzazione. Nella parafrenia, come nell'ipocondria, manca, secondo Freud, l'investimento libidico degli oggetti, e il ripiegamento della libido sull'Io ripristina uno stato di narcisismo primitivo. Ma quel che più avvicina le due patologie sarebbe il fatto che il linguaggio è parzialmente sostituito in entrambe dal "linguaggio d'organo". Gli organi "parlano" attraverso le sensazioni fastidiose o penose e il dolore.

Il passaggio dal somatico allo psichico

Dopo Freud, negli ultimi decenni alcuni autori che si richiamano alle correnti psicoanalitiche francesi riaprono in termini metapsicologici il discorso apparentemente chiuso della "nevrosi attuale", poco sensibile al trattamento psicoanalitico e al transfert, puntando l'attenzione da un lato sul "discorso ipocondriaco" e sulla "soluzione ipocondriaca", e dall'altro sui processi di de-simbolizzazione o di opposizione alla simbolizzazione.

Rimane in sospeso il problema di come si possa spiegare in termini metapsicologici l'intrecciarsi di somatico e di psichico ovvero come sia provvisto quel rivestimento che fa diventare perla il granello di sabbia. Alcuni autori puntano sul carattere somatopsichico dell'ipocondria. Se consideriamo, segnala l'Aisenstein, l'angoscia ipocondriaca come il prototipo dell'angoscia di origine narcisistica, più che non i sintomi, significa che l'ipocondria è un fenomeno somatopsichico che, fin dall'etimo, rinvia a un "interno".

Per risolvere quella che ritiene un'ambiguità dello statuto del sintomo ipocondriaco nelle concezioni freudiane fino al 1912, Gibeault riprende il concetto di *energia libera* e di *energia legata*, osservando che l'accumulo di una quantità di energia non legata corrisponde a quel che Freud più avanti, nel 1926, definirà come "angoscia traumatica". Di qui nasce l'idea che la perdita dell'oggetto porti con sé una perdita dell'Io. L'ipocondria non "appartiene più solo ai processi patologici di ritiro della libido, così come li pensa Freud, ma anche ai processi che ricollegano di nuovo la libido agli oggetti" (*La solution hypocondriaque*, p. 104). Nell'ultima teoria delle pulsioni proprio il concetto del legarsi e slegarsi della libido rende inutile il concetto di stasi libidica, che Freud infatti abbandona.

L'ipocondria allora si può considerare non solo un sintomo ma una vera e propria "soluzione psichica". Anche nel ritiro della libido sull'Io rimarrebbe un legame, sebbene parziale, dell'Io con l'oggetto. Anche nel movimento di disimpegno libidico l'ipocondriaco "mantiene un minimo di investimento dell'oggetto" (*ibidem*). L'ipocondriaco lamenta la mancanza, l'assenza o l'indifferenza dell'oggetto, non per una presenza persecutoria, al contrario dello psicotico. Così il linguaggio dell'ipocondriaco è un *linguaggio relativo al corpo*, mirante cioè a fare da barriera all'intrusione dell'oggetto, e insieme si sforza di reinvestire le rappresentazioni delle cose, che si distingue dal *linguaggio del corpo* isterico, e dal *non linguaggio* dello psicosomatico. L'angoscia dell'ipocondriaco potrebbe essere descritta come il segnale d'allarme rispetto a qualcosa che rappresenta una minaccia per l'investimento narcisistico del corpo proprio.

Desimbolizzazione, de-psichicizzazione, dementalizzazione

Giovanna Giaconia segnala il carattere anti-simbolico o di difesa dalla simbolizzazione del sintomo ipocondriaco, che deriva dalla concezione dell'ipocondria avanzata da Freud nel 1914.

Se la relazione d'organo è una relazione di tipo narcisistico che in qualche modo rappresenta una sofferenza [...] l'organo diviene il luogo di una relazione parziale resa illeggibile per la mente. Il corpo non è malato, bensì "finge" la malattia, si comporta come metafora della mente (*Adolescenza: mutamenti e patologia*, p. 909).

Nell'ottica dell'autrice il carattere anti-simbolico dell'ipocondria si oppone all'elaborazione psichica. Il funzionamento mentale che esclude la simbolizzazione differenzia l'ipocondria dalla somatizzazione, intesa come un processo di difesa più evoluto, che conserva tracce della relazione oggettuale:

Il dolore isterico è evocativo del fantasma, mentre il dolore ipocondriaco non evoca altro che se stesso [...]. Con la regressione narcisistica anche questa storia si attualizza e laddove manca la parola simbolica gli organi lanciano i segni della perdita di una fantasmizzazione comunicabile (*op. cit.*, p. 910).

Pragier (1995) riprende i processi del legare-slegarsi dell'oggetto, la regressione, e de-psichicizzazione connessi al concetto di de-psichicizzazione somatizzante avanzati da Green nel *Lavoro del negativo* (1993) e in