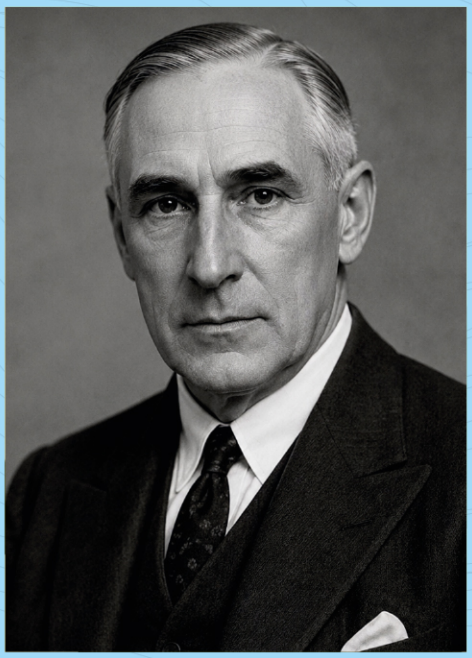
LA BIBLIOTECA
DELLA PSICOANALISI
Direttore Gabriele Romeo

SERIE OPERA OMNIA

ERNEST HENRY CONNELL

OPERA OMNIA

VOLUME UNICO
1875 - 1941



ERNEST HENRY CONNELL

OPERA OMNIA

© Edizioni SPG, Reggio Calabria
ISBN 9791221024982
Edizione 1: Luglio 2022
Ristampa 1: Gennaio 2024
Ristampa 2: Agosto 2024
Tutti i diritti riservati

INDICE

Prefazione…….....p. 7
di Augusto Iossa Fasano

PARTE PRIMA: L'AUTORE

Biopsicografia…..……..…...p. 17
di Annalisa Oliverio e Gabriele Romeo

Albero analitico…….……..…..……p. 35
di Annalisa Oliverio e Gabriele Romeo

Opere…….....……...……p. 39
di Annalisa Oliverio e Gabriele Romeo

PARTE SECONDA: LE OPERE

1. L'uso della tecnica psicoanalitica in clinica…..……..…..….....…p. 45
a cura di Annalisa Oliverio e Gabriele Romeo

2. Il significato dell'idea di morte in psicopatologia…….....p. 63
a cura di Claudia Colosi e Gabriele Romeo

3. Analisi dell'ambivalenza psicosessuale femminile...……...…..…...p. 81
a cura di Marcella Franco, Martina Pandetta e Gabriele Romeo

Postfazione……...……...…p. 105
di Vincenzo Maria Romeo

Ringraziamenti……...……..….....…p. 109

Elenco dei volumi della serie Opera Omnia…..…….....….p. 555

PREFAZIONE

DI
AUGUSTO IOSSA FASANO

PREFAZIONE

La figura e l'opera di Ernest Henry Connell, grazie al lavoro svolto da Gabriele Romeo e dagli altri curatori di questo volume, si stagliano in tutto il loro valore sul piano culturale, clinico e didattico.

Emergono con nitida nettezza le questioni strutturali della psicoanalisi, un campo al contempo "inattuale", eppure aperto - persino spalancato e accessibile a chiunque al pari della "lettera rubata" - ai cambiamenti dell'individuo e della società. Anzi è proprio l'insieme dei cardini della tradizione psicoanalitica a fare da perno per l'innovazione. In psicoanalisi il contrappasso risiede, però, nel fatto che una scienza, nata per promuovere il cambiamento dell'uomo, riveli le tante resistenze alle trasformazioni, spesso analizzabili, talvolta inscalfibili. La riconquista goethiana del sapere passa attraverso questi detour storico-pratici che Romeo e gli altri introducono e promuovono con l'invitante sorpresa che proviene dalle rutilanti idee di Connell.

Ai quattro concetti fondamentali della psicoanalisi se ne aggiungono numerosi altri che l'inconscio del paziente presenta, ripresenta e rilancia in corso di analisi.

La vita e la morte, la generazione e la dissoluzione, la pressione e il sollievo, la tensione verso l'altro e il ripiegamento interno, quella pulsazione fatta di "elatio" e di "contractio" che già Cicerone aveva indicato come condizioni del corpo e dello spirito, specie in rapporto alla sessualità o alla senilità.

In tali ambiti Connell dimostra quel rigore nella ricerca che parte dalle conoscenze mediche e di cui svolge un ampliamento esemplare in rapporto alle persistenti opposte tendenze verso l'intimismo e l'organicismo cui ancora assistiamo dentro e fuori il campo freudiano.

La sua tesi secondo cui: "La psicoanalisi sta finalmente trovando il suo giusto posto nella medicina", ha anticipato l'odierno allineamento - disallineato - tra le due discipline.

Ed è giusto grazie alle connessioni con le neuroscienze, la neuropsicoanalisi e alla presa d'atto della profonda crisi del pensiero organicista (una cacciariana Krisis come auspicio di una "buona fine") che oggi molti medici hanno l'onestà e il coraggio di ammettere e di

attraversare, chiedendo analisi personali o didattiche oppure consigliandola ai propri assistiti.

Connell prevede e precisa che: “Un percorso psicoanalitico non può quindi essere intrapreso con leggerezza ed è opportuno che nasca da un lavoro di squadra tra analista, medico di medicina generale, famiglia e paziente”.

Il sapere della medicina va orientato secondo le stesse capacità dei pazienti di aderire alle cure, accoglierne i fattori terapeutici e rispondere alle malattie e ai traumi, attraverso le rappresentazioni (sogno, dialoghi, formazioni dell’arte e della cultura) di quell’inconscio corporeo denominato Es.

La domanda di analisi va accolta da psicoanalisti "concerned" che si siano formati su autori eterogenei come Sabina Spielrein, Ella Freeman Sharpe, Ernest Henry Connell, Paul Federn, William Ronald Dodds Fairbairn, dovendo riconoscere che i colleghi medici in trattamento o in supervisione praticheranno una medicina avanzata, talvolta ad alta tecnologia ed elevata specializzazione con punte di settorializzazione simili a quelle di tante “scienze esatte”.

È questo uno dei motivi principali per cui la speculazione filosofica, per quanto prezioso esercizio, rappresenta un rischio, quando si sgancia dalla clinica e dal diretto contatto con le pratiche del dentro o “fuori stanza”. Lo Junktim tra ricerca, cura e aggiornamento innovativo trova un orientamento solo nelle inevitabili faglie cui lo studio e la cura del corpo obbligano, spingendo le forme sempre più cangianti della rappresentazione verso definizioni più articolate e puntuali. Si vedano a questo proposito i lavori della scuola napoletana della Federico II con particolare riferimento agli studi di Bruno Moroncini e Felice Ciro Papparo secondo i quali il concetto di rappresentazione è relativo a quella privilegiata estensione della psiche che è il corpo con la sua immancabile protesi (anch’essa da sottoporre al lavoro dell’apparato psichico che costruisce cornici di Rappresentazione). Lo stesso lavoro della scuola francese da Foucault a Barthes, da Deleuze a Derrida, fino a Lacan e ai suoi migliori sviluppi acquista spessore per la psicoanalisi contemporanea.

Non c'è oggi pensiero, né filosofico, né psicoanalitico, che possa evitare il confronto con la medicina e con una psichiatria analiticamente ispirata. A sua volta, la medicina va riletta in una chiave diversa dalla stessa ideologia medicale. Per fare ciò, l'apporto di altre figure e saperi - consulenza, psicoanalisi, pratiche educative e meditative nella scuola e nello sport - risulta determinante.

Le ipotesi di collegamento con le strutture anatomo-fisiologiche e con le relative funzioni ormonali e organiche in generali, avanzate da Connell, rappresentano un'anticipazione delle scoperte cui assistiamo nella medicina contemporanea e nelle neuroscienze.

Non a caso vengono qui sottolineati i nessi tra le teorie e la psicobiografia dell'autore che ha patito nella propria carne gli effetti della guerra come gli accadde nel 1917 a Bassora.

Questa raccolta di scritti ci ricorda che il pensiero di Connell è saldamente ancorato al momento relativo al limite della morte e alla spinta verso quella rappresentazione che vi introduce l'elemento vitale e libidico: si impasta con Thanatos e procede a un possibile imbrigliamento della follia distruttiva.

Il pregio sta qui nel ricondurre condizioni francamente psicopatologiche come Depressioni gravi, GAD e Schizofrenia al campo analitico dove ne viene indagata la quota di curabilità e di intervento predittivo e terapeutico sull'impulso suicidario.

Di recente, esaminando la casistica clinica di trattamenti condotti dagli allievi della scuola SPPG e da giovani psicoterapeuti, mi sono convinto che il Todestrieb non è solo mortifero e distruttivo in senso esiziale. La pulsione di morte - se sottoposta ad analisi, specie in rapporto a corpo e mondo esterno - gioca un ruolo "cooperativo" nella regolazione di quel che Connell chiama «pressione di vita»: "Connell individua un punto di collegamento tra il principio di piacere e la pulsione di morte che potrebbe attivarsi nei comportamenti suicidari, laddove il soggetto cede alla «pressione di vita» che individua un sollievo da una sofferenza insopportabile". Precisando nel merito della clinica che: "La morte è immaginata dal nevrotico come un sonno che porta il dono dell'oblio, una via di fuga da quella che lui chiama

«pressione di vita» e il suo significato come connotante la conclusione finale della propria vita, ovvero dell'attività individuale, non è affatto previsto".

Ma quando "Egli pone come causa della psicopatologia non tanto la mancata gratificazione degli istinti quanto la mancata procreazione (punto di vista sul quale converge la scuola psicoanalitica reggina della psicologia dell'Es)", io credo che noi dobbiamo sempre considerare ciò nel cangiante limo della Vorstellung/Darstellung.

Più avanti a proposito della sessualità femminile, verrà precisata la funzione dell'Es nel volgere la distruttività e la pulsione di morte al servizio dell'integrazione e della creatività, attraverso la considerazione per la raffigurabilità (Rucksicht auf Darstellbarkeit), il binario su cui viaggia il sogno.

Infine, il lavoro su ambivalenza e sessualità femminile dimostra in modo convincente quanto sia pericoloso addentrarsi nella fantasmagoria genitale senza lo strumento strutturale della Teoria, visto che ogni teoria si fonda sulla teoria sessuale infantile, primo e vero fondamento della soggettività. Una bussola che unifica e riconduce al pensiero come crocevia tra l'Io e l'Es: punto di riequilibrio tra l'analisi e la sintesi. Senza tale capacità di essenzialità il soggetto si perde nei meandri della ripetizione, si avvita nella prolissità della parola, nell'infinità delle combinazioni erotizzate. Dalle parafilie o dalle "normali e innocenti" fantasie orgiastiche, lasciate senza i confini dell'analisi, si scivola verso la perversione e da qui verso arcipelaghi di psicosi. Il divoramento della pressione di vita - pulsione senza ostacolo, né barriera alcuna - conduce nell'età di mezzo a ignorare le virtù di un corpo che invecchia, ultima occasione per il pensiero di lavorare secondo la Rappresentazione.

Viceversa, l'apparato psichico tende a comparare e poi a unificare il mentale con l'esterno. Pertanto, un'analisi che conduca attraverso il negoziato tra nome e legge (e Nome-Legge), tra rappresentazione della barriera e regolazione della protesi, consente di orientarsi e di direzionare la cura. Ci si allontana dalle sirene della sessualità genitale che illude il soggetto, attraendolo e abbagliandolo attraverso il

wellbeing dell'eccitazione e dell'espansione senza limiti, militare e commerciale.

Così il terapeuta e lo psicoanalista rischiano e deragliano nel mirare alla "giusta meta", per esempio alla coincidenza tra il piacere dell'orgasmo e la fine dell'analisi, ignorando ben altri snodi che risultano decisivi nella strutturazione dell'apparato psichico. Anche su ciò Connell si dimostra un clinico attento e un teorico valido nei percorsi didattici. Elementi fortemente simbolici come l'occhio, l'uovo, il volto e azioni come la lotta e la castrazione vanno inquadrati attraverso il mito e le leggende che precedono il racconto e la parola, ribadendo il carattere sovrastrutturale e ingannevole delle combinazioni nella sessualità adulta. Esse vanno relativizzate a favore della struttura rappresentata da formazioni quali le teorie sessuali, il romanzo familiare le interazioni con oggetti primari che compaiono in analisi, nei sogni e nei correlati del transfert (ma, senza la supervisione/Kontroll, essi sfuggono all'analista che non le vede e non le utilizza né per il suo analizzante, né per sé stesso). Tutto ciò è confusivo per il candidato allievo il quale rischia di guardare aspetti nei quali il soggetto può regolarsi in proprio e trascurare, invece, quelli decisivi nei quali risulta fondamentale la direzione dello psicoanalista.

La questione della generazione e della procreazione vengono situate da Connell e dai curatori di questo libro in un punto decisivo del discorso analitico, ma va ancora precisato che essa deve ricevere passaggi di rappresentazione simbolica in seduta come nella modellizzazione teorica.

PARTE PRIMA
L'AUTORE

BIOPSICOGRAFIA

Londra (Londra, Regno Unito), 30 Dicembre 1875
Edimburgo (Scozia, Regno Unito), 3 Ottobre 1941

DI
ANNALISA OLIVERIO - GABRIELE ROMEO

VITA

Ernest Henry Connell proveniva da una famiglia agiata e fortemente religiosa di credo evangelista. James Connell (Kilmarnock, Scozia, Regno Unito, 1774 - Glasgow, Scozia, 1854), nonno di Ernest Henry, aveva aperto una rivendita di spezie, vino e liquori a Glasgow nel 1828; nel 1848 suo figlio John Connell (Kilmarnock, Scozia, Regno Unito, 8 Marzo 1825 - Londra, Londra, 2 Aprile 1904), padre di Ernest Henry, si trasferì in Australia e più precisamente a Melbourne (Victoria) per sondare la possibilità di ampliare l'attività commerciale di famiglia. Nel 1853 James Connell, per ragioni di salute, si ritirò dall'attività di famiglia, lasciando la titolarità dell'azienda al figlio John, il quale, impiegando tutti i risparmi familiari, spostò l'attività a Londra, la trasformò da rivendita al dettaglio a rivendita all'ingrosso e fece nascere una filiale a Melbourne in collaborazione con alcuni commercianti del luogo, coi quali aveva costruito rapporti di stima e fiducia negli anni precedenti.

Nel 1855 tornò a Londra per qualche mese; in questo frangente conobbe e sposò Annie Blackall (Londra, 1836 - Londra, 5 Gennaio 1890). Subito dopo il matrimonio ritornò con la moglie a Melbourne dove nel 1860 nacque la sua primogenita cui venne dato il nome della madre, Annie. Avviata la filiale australiana, la famiglia Connell rientrò definitivamente a Londra, lasciando ai soci locali la gestione della sede di Melbourne.

Dall'unione di John ed Annie nacquero in ordine cronologico: Annie Connell (Melbourne, 1860 - Londra, 15 Gennaio 1891), Arthur James Connell (Londra, 1871 - Londra 20 Aprile 1873), Ethel Mary Connell in Reid (Londra, 25 Ottobre 1874 - Londra, 7 Ottobre 1927), Ernest Henry Connell, Frank Connell (Londra, 28 Agosto 1877 - Londra, 23 Settembre 1924).

La vita familiare scorreva tranquilla, turbata solo dalla morte del secondogenito Arthur James a soli due anni ma che fu superata dai Connell, grazie alla loro fervente fede religiosa. Ernest Henry e i suoi fratelli ebbero un'infanzia felice ed agiata e furono educati in un'ottica cristiana. La ditta familiare intanto cresceva sempre più tanto che nel 1887 si dotò di un'altra filiale a Sydney (Nuovo Galles del Sud, Australia).

Nel 1893, Ernest Henry terminò i suoi studi liceali e si trovò a

dover decidere cosa fare nella vita: da un lato avrebbe voluto approfondire alcune questioni legate alla propria religiosità e cioè le connessioni fra anima e psiche e quindi iscriversi all'università in filosofia o in teologia, ma dall'altro lato c'era la ditta familiare che era arrivata ad un punto di svolta in quanto avrebbe potuto economicamente fare a meno degli altri commercianti coi quali era in società però avrebbe avuto bisogno di qualcuno che gestisse la sede australiana al loro posto.

Ernest Henry scelse di lavorare nell'azienda familiare, anche se lo fece in verità più per non far dispiacere il padre che per intima convinzione. Sempre nel 1893 nasceva così la John Connell and Company Limited per cui egli si trasferì a Melbourne. Si rivelò essere un ottimo imprenditore non solo gestendo le due sedi ma sotto il suo impulso nacquero altre due sedi, una a Brisbane (Queensland, Australia) ed un'altra a Wellington (Wellington, Nuova Zelanda). Visto che il padre versava in cattive condizioni di salute nel 1899 assunse la gestione di tutta la ditta familiare della quale, nel 1904, dopo la sua morte, divenne titolare.

A Melbourne conobbe Mary Lilian Oldham (Melbourne, 1871 - Edimburgo, Scozia, Regno Unito, 29 Marzo 1954) che sposò nell'Aprile 1900. Da questo matrimonio nacquero due figli: Ernest Oldham Connell (Armadale, allora municipalità a sé stante oggi facente parte di Melbourne, 4 Agosto 1903 - Warwick, Midlands Occidentali, Regno Unito, 16 Marzo 1986) e Ian Oldham Connell (Caulfield, allora municipalità a sé stante oggi facente parte di Melbourne, 21 Febbraio 1907 - Melbourne, 15 Maggio 1970).

Nel 1910 Connell lesse la pubblicazione, restandone folgorato, di Carl Gustav Jung (Kesswill, Canton Turgovia, Svizzera, 26 Luglio 1875 - Kusnacht, Canton Zurigo, 6 Giugno 1961), Il metodo associativo; tale testo, tradotto in inglese (dal testo tedesco manoscritto, ma non stampato, Die Assoziationsmethode) da Abraham Arden Brill (Kanczuga, Precarpazia, allora Impero Austro-Ungarico oggi Polonia, 12 Ottobre 1874 - New York, New York, USA, 2 Marzo 1948), uno dei primi psicoanalisti negli USA, fu dapprima relazionato il 6 Settembre 1909 alla Clark University di Worcester (Massachussets, USA) e successivamente pubblicato (in Opere vol. II fasc. 2 ricerche sperimentali, Bollati-

Boringhieri, Torino, 1991 - Edizione inglese tradotta, The word-association method, tradotto, pubblicato in American Journal of Psychology, vol. XXI, no. 2, pp. 219-269, Florence Chandler Publisher, Worcester, April 1910). Il vecchio amore in passato soffocato per le questioni dell'anima e della psiche ritornò prepotentemente; decise di dare una svolta alla sua vita e di laurearsi in medicina per poi diventare psicoanalista. Il primo impulso fu quello di recarsi in Svizzera per laurearsi alla Zurich Universität e poi specializzarsi nella famosa clinica psichiatrica della stessa università, il Burghölzli, dove lavorava appunto il suo ispiratore Jung; tuttavia pensò che laurearsi iniziando a studiare alla sua età sarebbe stata già un'impresa ardua di per sé e, in considerazione che in Svizzera si parlava il tedesco, lingua che non conosceva, capì che sarebbe stata impossibile. Si orientò di conseguenza a tornare in patria; a tale scopo si mise ad organizzare l'azienda in previsione di un suo ritorno in patria per studiare. Ci vollero due anni per organizzare tutto, ma al momento della sua partenza lasciava la propria azienda australiana in perfetta forma; a questo riguardo basti pensare infatti che la sede fisica dell'azienda era uno storico edificio, di circa 1 chilometro quadrato, nel centro di Melbourne, la Gresham House, il cui ingresso principale si trovava allora in Bourke Street West (oggi qui si trovano vari uffici e l'ingresso principale è al n. 120 di Collins Street).

Nel 1912 Ernest Henry Connell e la sua famiglia rientrarono in patria. Dovendo scegliere dove andare a studiare, preferì andare ad Edimburgo, benché a Londra ci fosse la sede inglese dell'azienda di famiglia. Tale scelta fu motivata sia per un il desiderio di tornare alle proprie radici, in quanto la Scozia era il luogo originario della sua famiglia, sia perché qui era forte il movimento parafreudiano, un filone di pensiero al quale si sentiva vicino e che s'ispirava alla dottrina freudiana integrata con concetti spirituali di natura religiosa e filosofico-spirituale di derivazione junghiana. La dottrina parafreudiana accettava l'esistenza dell'inconscio e la teoria del conflitto intrapsichico, ma sosteneva che il susseguirsi degli eventi fosse attribuibile al volere divino piuttosto che al determinismo psichico, che la libido non fosse di tipo sessuale ma più genericamente

un'energia indeterminata da utilizzare per qualsivoglia attività corporea e/o mentale, che la psicopatologia fosse in realtà una malattia dell'anima e non della psiche e che le sue cause poco o nulla avevano a che vedere con la sessualità quanto piuttosto ad una crisi spirituale. Questo filone di pensiero, tipicamente inglese, nacque dagli ambienti psicologici britannici pre-esistenti alla psicoanalisi che benché fossero affascinati dalla psicoanalisi mantennero una loro autonomia di pensiero; esso aumentò in importanza fino al primo dopoguerra, poi si stabilizzò per iniziare a decrescere prima della seconda guerra mondiale e scomparire con la fine di essa. Si iscrisse quindi alla Medical School dell'University of Edinburgh.

L'University of Edinburgh era ed è una prestigiosa università britannica, la cui fondazione fu chiesta dal consiglio comunale di Edimburgo al Re Giacomo VI di Scozia, futuro Re Giacomo I d'Inghilterra (Edimburgo, 19 Giugno 1566 - Goffs Oak, East England, Regno Unito, 27 Marzo 1625) che emise un decreto d'autorizzazione al riguardo il 14 aprile 1582. Per la sua costruzione furono usati fondi derivanti da un lascito del vescovo e teologo Robert Reid (Clackmannan, Scozia, 1496 - Dieppe, Normandia, 6 Settembre 1558). L'università, inizialmente dotata del solo corso di laurea in giurisprudenza, aprì nell'ottobre 1583. La Medical School, tuttora all'avanguardia sia nel campo della didattica che della ricerca nel suo campo, fondata nel 1726, è la più antica scuola di medicina del Regno Unito ed è stata una delle prime, tra i paesi anglofoni, ad ammettere le donne a questo tipo di studi.

Durante il IV Congresso dell'International Psycho-Analytical Association, tenutosi al Bayerische Hof, un lussuoso albergo di Monaco di Baviera (Baviera, Germania) il 7 e l'8 Settembre 1913, Jung, all'epoca Presidente della stessa, presentò, contro il parere di Sigmund Freud (Příbor, Moravia-Slesia, allora Impero Austro-Ungarico oggi Repubblica Ceca, 6 Maggio 1856 - Londra, 23 Settembre 1939), una relazione sui "tipi psicologici", i quali diverranno poi elementi costituenti della sua teoria della personalità. Egli sperava in un trionfo cosicché potesse dare alla psicoanalisi la sua impronta, emarginando Freud e distruggendo tutto il suo lavoro. Tuttavia l'argomento presentato venne giudicato dalla

stragrande maggioranza dei presenti, e soprattutto dai leaders del movimento psicoanalitico, non solo assolutamente estraneo ai temi della psicoanalisi ma addirittura incompatibile con la stessa e probabilmente più adatto alla rubrica degli oroscopi di un giornale per casalinghe che ad un grande convegno internazionale. Il maldestro tentativo di Jung causò la rottura definitiva con Freud che non gli parlò mai più di persona. Il 20 Aprile 1914, considerando di aver perso la battaglia, Jung si dimise da Presidente dell'International Psycho-Analytical Association ed il 10 Luglio 1914 anche da socio, unitamente a tutti i suoi seguaci. Connell, che si era avvicinato alla psicoanalisi proprio per Jung, ne fu molto dispiaciuto ma visto che era solo uno studente al secondo anno del corso di medicina, non potendo prendere posizione a favore dell'uno o dell'altro, pensò di concentrarsi sulla laurea per poi decidere il da farsi successivamente.

Il 28 Luglio 1914 scoppiò la Prima Guerra Mondiale. Connell non fu chiamato alle armi in prima battuta visto che allo scoppio del conflitto aveva già 39 anni. Nella primavera del 1915, tuttavia, per esigenze legate all'elevato numero di feriti, fu arruolato e destinato, visti gli studi che stava seguendo, ai Royal Army Medical Corps presso il Third British General Hospital che sorgeva a Bassora (Bassora, allora Regno Unito, oggi Iraq), lungo le rive dello Shatt al-'Arab; qui fece una ricerca sull'idea di morte su circa 2600 soldati affetti da dissenteria: mentre esaminava microscopicamente le loro feci e li visitava, fece loro compilare un questionario per poter capire come si era diffusa la patologia e così trovare qualche mezzo preventivo per il futuro. Il questionario comprendeva anche alcune domande predisposte per capire se essi avessero o meno un'idea di morte; il risultato fu che nessun soldato, nemmeno quelli in gravi condizioni e che poi sarebbero morti, aveva idee di morte, compresi i nevrotici, nei quali era come se la presenza della malattia fisica contrastasse la presenza di tale idea, a differenza dei nevrotici non affetti da patologie fisiche che invece ce l'avevano ben presente. Rimase a lavorare in questo ospedale fino alla fine del 1917, quando venne ferito dallo scoppio di una granata. Motivo per il quale venne

dimesso dall'esercito e rimandato in patria. Tornato ad Edimburgo riprese gli studi universitari e si laureò nello stesso periodo della fine della guerra, che avvenne l'11 Novembre 1918.

A questo punto era arrivato il momento in cui Connell avrebbe dovuto decidere il percorso da fare per diventare analista. Nonostante le sue simpatie per le teorie junghiane, egli ritenne più vicine a sé il pensiero dei parafreudiani che frequentava da tempo e che inoltre erano stati perlopiù allievi diretti di Jung o comunque suoi cultori, ma che al tempo stesso, non si erano sentiti di passare sic et simpliciter nel campo junghiano dopo la rottura intervenuta tra lo stesso e Freud. Scelse quindi di recarsi a Londra per sottoporsi ad analisi didattica col grande Ernest Jones (Gowerton, Galles, Regno Unito, 1 Gennaio 1870 - Londra, 11 Febbraio 1958) che, sebbene fosse molto lontano (o per meglio dire fiero oppositore), dalle concezioni sia junghiane sia parafreudiane, all'epoca era senz'altro il miglior analista del Regno Unito.

Nel 1920, conclusa l'analisi, tornò ad Edimburgo e s'iscrisse al corso di perfezionamento in psicologia medica presso l'Edinburgh University diplomandosi nel 1921; questo corso di perfezionamento venne aperto il 4 Agosto 1884, in relazione all'aumento dell'attenzione degli ambienti accademici per la psicologia in generale e per la psicopatologia in particolare e fu scelto da Connell proprio per completare la propria formazione psicologica da tutti i punti di vista. Nel 1948 si trasformò in una scuola di specializzazione in psicologia medica. Nel 1959 tale specializzazione, aprendosi anche agli psicologi, assunse il nome che ancora oggi la qualifica, ossia di psicologia clinica.

Nel 1921 Connell, conclusi i suoi studi, fu assunto come assistente medico presso il West House Craig Mental Hospital di Edimburgo. Questo ospedale fu costruito come ampliamento del pre-esistente Royal Edinburgh Hospital. Le origini di questo ospedale vanno fatte risalire alla morte precoce, a soli 24 anni, del poeta Robert Fergusson (Edimburgo, 5 Settembre 1750 - Edimburgo, 16 Ottobre 1774), sofferente di Depressione, avvenuta per le conseguenze di una caduta, accidentale o intenzionale, dalle scale di casa propria. Lo psichiatra che lo seguiva

Andrew Duncan (Edimburgo, 17 Ottobre 1744 - Edimburgo, 5 Luglio 1928) convinto che, se il poeta fosse stato ricoverato in ospedale, non sarebbe morto, iniziò a premere sulle autorità locali affinché fosse costruito un ospedale psichiatrico nella città di Edimburgo. Nel 1792 vedendo che ancora non era stata presa una decisione in tal senso, lanciò un pubblico appello per una raccolta di fondi a tale scopo. Nel 1806 il Parlamento stanziò £. 2,000 che, aggiungendosi a quelli già raccolti, permisero l'acquisto di una dimora nel quartiere Morningside di Edimburgo e l'inizio dei lavori di ristrutturazione. Nel 1813 il Morningside Edinburgh Lunatic Asylum veniva inaugurato; il suo primo Direttore fu John Hughes (? - ?). Nel 1842 al primo padiglione denominato East House, se ne aggiunse un secondo denominato West House. I due padiglioni insieme, tuttavia nel tempo, non bastarono più a soddisfare le richieste di ricovero, per cui Sir Thomas Clouston (Edimburgo, 22 Aprile 1840 - Edimburgo, 19 Aprile 1915), direttore all'epoca del Morningside Edinburgh Lunatic Asylum, fece acquistare dal Consiglio d'Amministrazione dell'Ospedale, la Craig House, una dimora nobiliare di Edimburgo costruita nel XVI° secolo su un precedente edificio per aprirvi una succursale; tale succursale fu inaugurata nel 1914 col nome di Craig House Mental Hospital, rinominata nel 1972, in suo onore, col nome di Thomas Clouston Clinic e chiusa, dopo un lento declino, nel 1992. La clinica madre invece nel 1922 fu rinominata Royal Edinburgh Hospital for Mental and Nervous Disorders ed è tuttora esistente. Subito dopo l'assunzione, Connell propose ai vertici dell'ospedale l'apertura di un servizio ambulatoriale psicoanalitico destinato ai pazienti nevrotici; tale iniziativa ebbe un grande successo fin dal primo momento.

Dal Luglio 1921 al Gennaio 1923 fu l'analista didatta di William Ronald Dodds Fairbairn (Edimburgo, 11 Agosto 1889 – Edimburgo, 31 Dicembre 1964) col quale intratterrà una grande amicizia e che diverrà uno tra i più famosi analisti britannici; il pensiero di Fairbairn fu fortemente influenzato proprio da quello di Connell.

Nel 1922 il figlio primogenito Ernest, dopo gli studi liceali, sentendo forte dentro di sé i precetti religiosi familiari, decise di

iscriversi in teologia. Dopo la laurea diverrà pastore e per seguire la propria vocazione decise di rinunciare a seguire la ditta familiare. Sposò Phyllis Elizabeth Stevenson (1905-1989) dalla quale ebbe una figlia Phyllis Anne Lilian Connell (1935-2016). La decisione del primogenito di disinteressarsi dell'azienda di famiglia, da un lato, non fu piacevole per il padre che avrebbe voluto lasciarne le redini al figlio per dedicarsi totalmente alla psicoanalisi, ma dall'altro, fu compresa in pieno perché in fondo egli aveva fatto più o meno lo stesso. In ogni caso Ernest Henry si rincuorò pensando che di lì a poco il secondogenito sarebbe stato maggiorenne e forse se più interessato dall'attività commerciale che da quella spirituale avrebbe potuto sollevarlo dai pensieri relativi alla ditta di famiglia.

Il 1924 fu l'anno in cui la carriera di Ernest Henry Connell ebbe una svolta significativa; a questo riguardo dobbiamo fare una premessa relativa alla British Psychological Society. Essa nacque col nome di Psychological Society il 24 Ottobre 1901 presso l'University College London come gruppo di raccolta per i docenti universitari di psicologia; i soci fondatori furono **Robert Armstrong-Jones** (psichiatra; Ynyscynhaearn, Galles, Regno Unito, 2 Dicembre 1857 - Plas Dinas, Galles, 30 Gennaio 1943), **William Ralph Boyce Gibson** (filosofo; Parigi, île- de-France, Francia, 15 Marzo 1869 - Melbourne, 2 Aprile 1935), **Alexander Faulkner Shand** (avvocato; Londra, 20 Maggio 1858 - Londra, 6 Gennaio 1936), **Frank Noel Hales** (filosofo; Saumur, Paesi della Loira, Francia, 25 Dicembre 1878 - Armstrong, Columbia Britannica, Canada, 14 Ottobre 1952), **William McDougall** (medico psicologo; Chadderton, North West England, 28 Novembre 1871 - Durham, North West England, 28 Novembre 1938), **Frederick Walter Mott** (medico fisiologo; Brighton, South East England, 23 Ottobre 1853 - Birmingham, West Midlands, 8 Giugno 1926), **William Halse Rivers Rivers** (medico neurologo; Chatam, 12 Marzo 1864 - Cambridge, East England, Regno Unito, 4 Giugno 1922), **William George Smith** (psicologo; Half Morton, Scozia, 25 Agosto 1866 - Liverpool, North West England, 1918), **James Sully** (psicologo; Bridgwater, South West England, 3 Marzo 1842 - Londra, 1 Novembre 1923), **Sophie Willock in Bryant** (educatrice; Dublino, Leinster, allora Regno Unito, oggi Irlanda, 15 Febbraio 1850 - Chamonix-Mont-Blanc, Alvernia-Rodano-Alpi, Francia). Nel 1906 fu deciso di ridimensionare gli obiettivi e limitarsi ai docenti britannici per cui assunse il nome attuale di British Psychological Society, in

sigla BPS. Nel 1919 le possibilità d'iscrizione alla società vennero estese a tutti gli psicologi britannici, accademici ovvero ospedalieri ovvero territoriali. A seguito di tale decisione fu istituita in essa la Medical Section. I soci fondatori di tale sezione furono **William Brown** (Slinfold, South East England, 5 Dicembre 1881 - 17 Maggio 1952), **Ernest Jones**, **Constance Ellen Long** (1867-1923), **Thomas Walker Mitchell** (Avock, Scozia, 18 Gennaio 1869 - 1944), **George Riddoch** (Keith, Scozia, 27 Dicembre 1888 - 1947), **William Halse Rivers Rivers** (presidente). La Medical Section si allineò su posizioni parafreudiane, con l'eccezione di Ernest Jones che al contrario era all'epoca il leader indiscusso della psicoanalisi ufficiale nel Regno Unito e che alla morte di Freud gli succederà come punto di riferimento della psicoanalisi in tutto il mondo. Nel 1920, in considerazione del progressivo aumento degli iscritti, fu deciso di dare un assetto istituzionale alla BPS, per cui si decise di eleggere un presidente per la prima volta. A tale carica fu eletto **Charles Samuel Myers** (Londra, 13 Marzo 1873 - Taunton, Soyth-West England,12 Ottobre 1946). Nel 1924 nasceva la Scottish Branch della British Psychological Society e Connell decideva di aderirvi, cosa che in futuro gli porterà non pochi vantaggi; il primo evidente ed immediato fu che ciò gli permise, in accordo col suo carattere riservato, di restare nell'ambito parafreudiano ma con una posizione periferica per cui poteva assumere una posizione defilata rispetto agli accesi conflitti tra parafreudiani e freudiani ortodossi guidati peraltro dal suo didatta Jones, che non avrebbe potuto evitare iscrivendosi alla sede londinese della British Psychological Society.

Nel 1926 il suo secondogenito Ian terminati gli studi liceali, accettò di inserirsi nell'azienda familiare. Egli ne diventerà sempre più coinvolto arrivando alla fine a gestire tutto anche se sulla carta il titolare era sempre il padre. Iniziò a soggiornare spesso a Londra dove c'era la sede inglese principale della ditta. Qui conobbe Margaret Sheila MacLagan Roddick (Londra, 4 Giugno 1905 - Melbourne, 19 Aprile 1988), che sposò nella chiesa di Saint Andrew ad Edimburgo e dalla quale ebbe una figlia, Margaret Ada Roddick Connell (? - ?). Dal 1938 iniziò a fare frequenti viaggi in Australia per gestire anche le sedi locali. Nel

1941 dopo la morte del padre divenne il titolare dell'azienda che gestì fino alla propria morte, avvenuta nel 1970. La moglie tentò a questo punto di mandare avanti la ditta ma non vi riuscì tanto che, dopo un lento declino, la chiuse il 22 Giugno 1976 per evitare un fallimento ormai certo.

Tornando ad Ernest Henry, all'inizio del 1929 si recò nelle Isole Melanesiane Trobriand (oggi ufficialmente note come Isole Kiriwina in Papua Nuova Guinea) dove vi era stato per affari prima di diventare psicoanalista, per fare una ricerca sull'invidia del pene in una società che egli sapeva essere priva di differenze sociali tra i due sessi, provando che in essa questo dinamismo psichico era assente. Ritornò a Edimburgo i primi di Giugno 1929.

Dal 1930 al 1935 ebbe l'incarico di assistente in psichiatria e di professore a contratto in psicologia medica presso l'Edinburgh University nel corso di laurea in medicina e chirurgia.

Dal 1935 i membri della Scottish Branch della British Psychological Society decisero di eleggere un presidente per dare un indirizzo di fondo all'ente. Il primo presidente fu Shepherd Dawson (Whiteheaven, North-West England, Regno Unito, 1880 - Glasgow, 26 Marzo 1935; morì per Peritonite consecutiva ad Appendicite Acuta), che morì poco dopo la nomina. Gli successe proprio Ernest Henry Connell che detenne la carica tra il 1935 ed il 1937, anno in cui gli successe il suo allievo ed intimo amico William Ronald Dodds Fairbairn, il quale a sua volta restò in carica fino al 1939.

Ernest Henry Connell continuò ad esercitare come analista fino alla morte, avvenuta il 3 Ottobre 1941, nella propria casa della sua amata Edimburgo al n. 9 di Crescent Street nel quartiere di Colinton, dopo aver raggiunto più obiettivi di quanto sperasse nell'ormai lontano 1912 mentre la nave lo stava riportando in patria colmo di entusiasmo per la psicoanalisi.

PENSIERO

La vita ed il pensiero di Connell furono notevolmente influenzati dal suo forte credo religioso che si mantenne tale per tutta la vita. Gli

psicoanalisti scozzesi hanno da sempre cercato un connubio tra la loro forte fede religiosa e la dottrina psicoanalitica. In Scozia il credo evangelico più diffuso è il presbiterianesimo che si rifà alla dottrina calvinista. La teologia calvinista si basa sulle Sacre Scritture, nega il libero arbitrio, sostiene la doppia predestinazione per cui alcuni uomini sono destinati alla gloria eterna ed altri alla dannazione eterna e sostiene che le istituzioni civili, volute da Dio anche quando si manifestano in forme tiranniche, si devono fondare sul rispetto dell'autorità e della propria vocazione, cioè sull'accettazione del posto che a ciascuno compete nella società. Questi convincimenti spiegano molte delle decisioni di Connell: la sua prima scelta di lavorare nell'azienda di famiglia e la seconda di iniziare gli studi di medicina a 37 anni laureandosi a 43; in entrambi i casi sentì di essere chiamato a fare queste scelte. In questo senso tutto il ragionamento di Connell fu fortemente influenzato dal suo credo religioso; egli, infatti, non crede che la pulsione sessuale sia il motore del comportamento umano né tantomeno il suo scopo. Il suo ragionamento parte dalla rimodulazione del concetto di libido che egli ridefinisce come interesse istintuale, pensandola non come un'energia meramente sessuale bensì come forza che permette all'uomo di raggiungere il suo scopo consistente nella conservazione della specie, possibile grazie alla riproduzione che avviene a sua volta tramite l'impulso sessuale. L'interesse istintuale, che spinge un individuo verso un altro di sesso opposto, non è suscitato quindi solo dalla spinta sessuale ma essa si accompagna all'attrazione esercitata dall'insieme di caratteristiche fisiche e caratteriali, compatibili col genitore di sesso opposto del quale diventa oggetto sostitutivo. L'interesse istintuale, determinato dalle secrezioni endocrinologiche e focalizzato su un altro individuo del sesso opposto per il quale si prova attrazione, permette la procreazione e quindi la conservazione della specie. In un certo senso così trova la sintesi fra la predeterminazione religiosa ed il determinismo psichico.

Dal momento in cui l'individuo non riconosce o fugge da quello che dovrebbe essere il suo naturale punto d'interesse, inizia la psicopatologia. Le energie ormonalmente caricate sulle pulsioni

sessuali, qualora esse vengano ritenute moralmente sconvenienti, non potendo scaricarsi con l'atto sessuale generano conseguenze sia deterministiche, sia fisiche che psicologiche. Il mancato scarico delle energie sessuali determina un accumulo di energia psichica che a sua volta genera una tensione intrapsichica spiacevole per tre ordini di fattori: psicologico, per un insuccesso nel disinvestimento delle cariche energetiche collegate al genitore di sesso opposto o per un mancato reinvestimento sull'oggetto sostitutivo; fisiologico, per variazioni nell'equilibrio biochimico degli ormoni e degli autacoidi, dovute al mancato scarico delle cariche energetiche istintuali, che rendono difficoltoso l'adattamento dell'organismo agli stimoli esterni ed interni e si autocortocircuitano sul sistema neurovegetativo generando conversioni e somatizzazioni di vario genere; biologico, per il fallimento della tendenza alla conservazione dell'individuo, della specie o di entrambe. Da un punto di vista deterministico l'atto sessuale mancato, attraverso i passaggi su indicati e quindi la non-soddisfazione dell'istinto di conservazione della specie porta ad una mancanza di significato della vita dell'individuo e quindi ad un indebolimento dell'istinto di autoconservazione; ciò determina la sostituzione, nella psiche dell'individuo, di Eros con Thanatos e quindi l'insorgenza dell'idea di morte.

Connell riprende il concetto di idea di morte da Sabrina Spielrein (Rostov sul Don, Yugo-Zapade, Russia, 7 Novembre 1885 - Rostov sul Don, 12 Agosto 1942) che per prima ne aveva parlato in "La distruzione come causa della nascita" (Edizione italiana I tradotta, in Giornale Storico di Psicologia Dinamica, vol. I, fasc. 1, pp. 132-179, Liguori Editore Napoli, Gennaio 1977 - Edizione italiana II ristampata, in Comprensione della Schizofrenia e altri scritti, pp. 77-114, Liguori Editore Napoli, Dicembre 1986 - Auflage original, Die Destruktion als Ursache des Werdens, in Jahrbuch fur Psychoanalytische und Psychopathologische Forschung, band IV, heft 1, s. 465-503, Franz Deuticke und Kompanie, Wien, Januar 1912). Tale saggio, benché molto criticato al momento della sua uscita, probabilmente perché troppo avanguardista, venne tuttavia ripreso da Sigmund Freud in "Al di là del principio di piacere" (in Opere vol. IX L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923, pp. 187-249, Bollati-Boringhieri, Torino, 1989 - Edizione tedesca originale, Jenseits des

Lustprinzips, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, 1920). La Spielrein parla dell'istinto di morte come impulso evoluzionistico, Freud ne descrive il funzionamento in senso metapsicologico, Connell lo applica alla clinica. Successivamente questo concetto diverrà un elemento-chiave nel pensiero di vari Autori: **Melanie Klein** (nata Reizes; Vienna, Vienna, Austria, 30 Marzo 1882 – Londra, 22 Settembre 1960)**, Paul Federn** (Vienna, 13 Ottobre 1871 – New York, 4 Maggio 1950)**, Edoardo Weiss** (Trieste, Friuli Venezia-Giulia, allora Impero Austroungarico oggi Italia, 21 Settembre 1889 – Chicago, Illinois, USA, 14 Dicembre 1970).

Secondo Connell la psicopatologia insorge se l'individuo non riesce a soddisfare né a dilazionare la gratificazione dell'interesse istintuale; quest'ultimo quindi andrà incontro a negazione che avrà due conseguenze: la prima sarà quella di impedire all'individuo di continuare a mantenere la funzionalità psichica dell'adulto per cui andrà incontro a regressione che a sua volta causerà una fissazione della libido su una delle fasi di sviluppo psicosessuali precedenti; se la regressione è particolarmente accentuata, l'individuo proietterà le pulsioni sessuali su sé stesso rendendosi soggetto ad un narcisismo più o meno accentuato; la seconda sarà quella di fare insorgere la psicopatologia e l'idea di morte. La presenza di una patologia fisica, indebolendo la funzionalità dell'apparato endocrino, fa sì che le pulsioni sessuali abbiano una carica energetica minore per cui tutte le conseguenze avranno minore intensità; paradossalmente ciò indebolisce l'idea di morte nella mente del nevrotico.

Connell, sulla base dell'idea di morte, sviluppò delle teorie sull'eziopatogenesi delle principali psicopatologie. Nel Disturbo Delirante le cariche energetiche dell'interesse istintuale suscitano sensi di autoaccusa che vengono proiettati su altre persone con l'attivazione di un sistema delirante; la catarsi impedisce l'instaurarsi dell'idea di morte. Nella Depressione l'autoaccusa suscitata dal permanere delle cariche energetiche, non liberate all'esterno, viene percepita interiormente in modo intenso, pressante, spiacevole per cui egli esprime un desiderio di morte come sollievo dalle proprie pene. Nella Schizofrenia l'idea di morte appare raramente e solo all'esordio

della sintomatologia, per un periodo di tempo limitato; il meccanismo è simile a quello della Depressione ma dura poco perché la regressione trasporta l'individuo in una fase psichica ancora più sottostante, cioè quella narcisistica, nella quale il desiderio è focalizzato solo su sé stesso e si perde qualunque riferimento al mondo esterno per cui le sensazioni di colpa svaniscono. L'idea di morte è leggera nel Disturbo d'Ansia Generalizzata ed ancora di più nel Disturbo d'Ansia da Malattie e praticamente inesistente nel Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali, perché le cariche energetiche vengono dapprima rimosse e poi dirottate sulla psiche o sul corpo sotto forma d'angoscia fluttuante o somatizzata. Nelle Fobie e nel Disturbo Ossessivo- Compulsivo l'idea di morte è rappresentata in modo quasi ludico perché le sensazioni di colpa sono soggette a spostamento per cui vengono dirottate su un oggetto, un luogo od un evento sostitutivo. La conclusione secondo Connell è che nelle varie psicopatologie l'idea di morte è sempre presente, sia pure con livelli d' intensità differente, e che tale idea si può tramutare, a volte, in un impulso suicidario e questo a sua volta in un atto autodistruttivo come liberazione dal dolore.

Un altro importante contributo di Connell riguarda l'invidia del pene. Egli afferma che tale invidia non dipende effettivamente dalla mancanza del pene ma simboleggia l'invidia per lo status maschile, in quanto l'uomo, a causa delle maggiori possibilità di produzione di reddito e della maggiore forza muscolare, riesce ad ottenere maggiori riconoscimenti a livello familiare e sociale. A tal riguardo fa presente che le donne delle Isole Melanesiane Trobriand (oggi ufficialmente note come Isole Kiriwina in Papua Nuova Guinea) non mostrano nei sogni, tradizioni, miti e credenze simboli che possano essere collegati all'invidia del pene. La spiegazione di tale fenomeno risiede nel fatto che in quella società vige una società matrilineare (in questo tipo di organizzazione sociale i rapporti sessuali sono assolutamente liberi per cui, essendo impossibile individuare i padri, ai figli viene ufficialmente riconosciuta solo la genitorialità materna) senza differenze economiche tra maschi e femmine.

Da un punto di vista tecnico Connell descrive seduta per seduta l'impostazione della prima fase del trattamento psicoanalitico; egli prevedeva che: in prima seduta si facesse esporre la sintomatologia e poi si provvedesse personalmente a fare una visita medica all'individuo o per tale scopo lo si rimandasse al medico di medicina generale; in seconda seduta si raccogliesse un'anamnesi familiare accurata e si indagassero le preferenze (musicali, letterarie, alimentari) e le fobie del paziente; in terza seduta si somministrasse il test di associazione di parole con una lista appositamente costruita; in quarta seduta si risomministrasse lo stesso test; in quinta seduta si analizzassero i sogni fatti dopo le due somministrazioni del test. Connell raccomandava inoltre di ripetere periodicamente il test di associazione di parole per monitorare l'evoluzione delle condizioni cliniche del paziente.

Oggi tuttavia questo tipo di setting è caduto in disuso così come l'uso del test di associazione di parole.

BIBLIOGRAFIA

1. Karl Abraham, Korrespondenzblatt der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, Internationale Zeitschrift für Ärztliche Psychoanalyse: Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, band II, heft 4, p. 411, Juli 1914.

2. David P. Celani, Fairbairn's object relations theory in the clinical setting, Columbia University Press, New York, 2010.

3. Graham S. Clarke, Fairbairn and the object relations tradition, Routledge, Londra, 2014.

4. Sigmund Freud e Ernest Jones, Epistolari di Sigmund Freud: corrispondenza con Ernest Jones, 2 voll., Bollati-Boringhieri, Torino, 2001 - Edizione inglese originale, The complete correspondance of Sigmund Freud and Ernest Jones, Harvard University Press, Harvard, 1995.

5. Alain De Mijolla, International dictionary of psycho-analysis, Macmillan and Company Publishers Limited, London, 2005.

6. Otto Fenichel, Trattato di psicoanalisi delle Nevrosi e delle Psicosi, Astrolabio-Ubaldini, Roma, 1951 - Edizione inglese originale, The psycho-analytic theory of neurosis, W. W. Norton & Company, New York, 1945.

7. Marie T. Hoffman, Toward mutual recognition: relational psycho- analysis and the christian narrative, Routledge, London, 2011.

8. Pearl King and Riccardo Steiner, The Freud-Klein Controversies 1941-45, Routledge, London, 1992.

9. Christiane Ludwig-Korner, Der Selbstbegriff in Psychologie und Psychotherapie: eine wissenschaftshistorische Untersuchung, Deutscher Universitatsverlag, Wiesbaden, 1992;

10. Redaction, Obituary, in The Scotsman, p. 3, The Scotsman Publications Limited, Edinburgh, Monday October 3, 1941.

SITOGRAFIA

1. British Psycho-Analytical Society - https://psycho-analysis.org.uk

2. International Psycho-Analytical Society - https://www.ipa.world

3. University of Edinburgh - https://www.ed.ac.uk

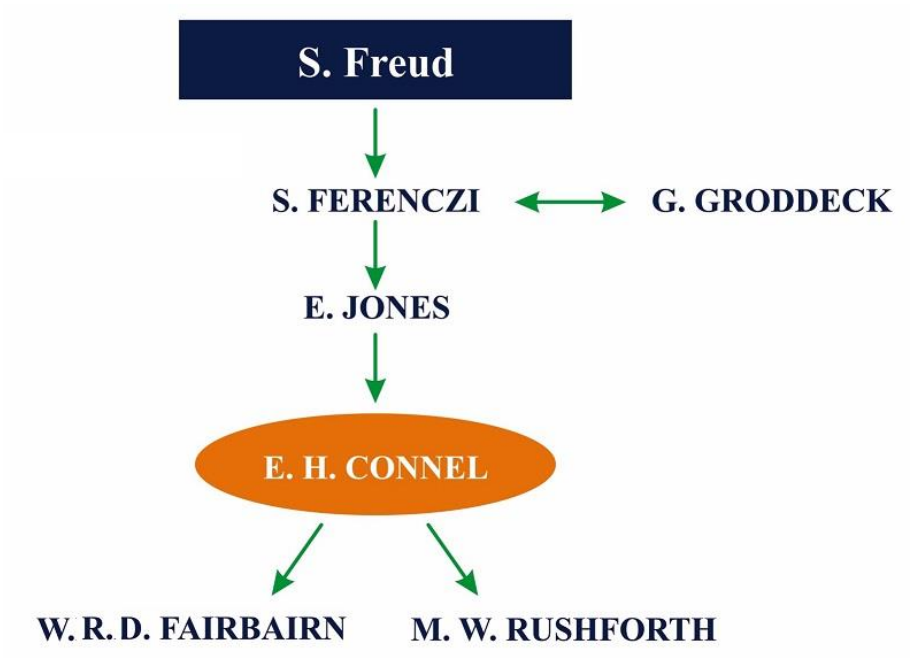
4. https://trove.nla.gov.au/newspaper/article/175796480

5. https://it.findagrave.com/memorial/57342319/john-connell

ALBERO ANALITICO

DI
ANNALISA OLIVERIO - GABRIELE ROMEO

ALBERO ANALITICO



Nome in sigla	Nome per esteso	Note
W. R. D. Fairbairn	William Ronald Dodds Fairbairn (dati cit.)	
S. Ferenczi	Sandor Ferenczi (Miskolc, Észak-Magyarország, allora Impero Austro-Ungarico oggi Ungheria, 7 Luglio 1873 – Budapest, Közép-Magyarország, allora Impero Austro-Ungarico oggi Ungheria, 22 Maggio 1933)	Con Groddeck fu analista ed analizzato in contemporanea, fu il fondatore della Magyar Pszichoanalitikus Egyesület
S. Freud	Sigmund Freud (dati cit.)	Fece auto-analisi
G. Groddeck	Georg Groddeck (Kösen, successivamente Bad Kösen, oggi facente parte della municipalità di Naumburg, Sassonia-Anhalt, allora Regno di Sassonia oggi Germania, 13 Ottobre 1866 – Knonau, Canton Zurigo, Svizzera, 10 Giugno 1934)	Con Ferenczi fu analista ed analizzato in contemporanea, fu uno dei pionieri della psicosomatica
E. Jones	Ernest Jones (dati cit.)	
M. W. Rushforth	Margaret Winifred Rushforth (nata Bartholomew; Duntarvie, Scozia, 21 Agosto 1885 - Edimburgo, 29 Agosto 1983)	Fu una delle fondatrici della Davidson Clinic of Medical Psychotherapy, il primo ambulatorio di psicoanalisi di Edimburgo

OPERE

DI
ANNALISA OLIVERIO - GABRIELE ROMEO

NOTE

In questo elenco sono riportate in ordine cronologico tutte le opere direttamente prodotte da questo autore (contrassegnate dalla dicitura "edizione originale") ma non le traduzioni, ad eccezione di quelle italiane (contrassegnate dalla dicitura "edizione tradotta"). La data di produzione viene attribuita ai vari saggi secondo i seguenti criteri nell'ordine che segue: viene considerata dapprima la data eventualmente riportata sul saggio stesso e dopo, scegliendo quella cronologicamente anteriore, la data di presentazione in pubblico o di pubblicazione.

PRESENTAZIONE

Per ogni saggio vi sono in ordine: voce o numero identificativo, nome del saggio evidenziato in grassetto, nome della rivista, numero del volume in numeri romani, numero del fascicolo in numeri arabi, intervallo delle pagine in cui è compreso il saggio, casa editrice, sede della casa editrice, data di pubblicazione. Tale procedura di presentazione viene ripetuta in ogni lingua in cui il saggio è stato presentato o scritto.

CITAZIONE

Per usare il nostro sistema di citazione relativamente a questo autore, si deve scrivere prima il nostro acronimo SPG e poi la sigla EHC (Ernest Henry Connell) e di seguito indicare il numero (ed eventualmente il sottonumero) identificativo dell'opera in questione. Per indicare, ad esempio, l'opera "L'uso della tecnica psicoanalitica in clinica", si userà l'identificativo SPG-EHC-1.

LEGENDA

Fasc.=Fascicolo=Part=Term;
Pp.=Pagine=Pages;
Vol.=Volume.

1923

1. Edizione inglese originale, **The use of the method of psycho-analysis in medicine** - Pubblicata in Cambridge University Medical Society Magazine, vol. I, Easter Term, pp. 97-105, Cambridge University Press, Cambridge, May 1923.

Questo saggio fu scritto nel Marzo 1923 e pubblicato nel Maggio dello stesso anno.

Edizione italiana tradotta, **L'uso della tecnica psicoanalitica in clinica**, pubblicata in Ernest Henry Connell, Opera omnia, pp. 45-61, Edizioni SPG, Reggio Calabria, Luglio 2022.

1924

2. Relazione inglese originale, The significance of the idea of death in the neurotic mind, tenuta il 2 Febbraio 1924 alla Scottish Branch of the British Psychological Society a Edimburgo (titolo italiano tradotto, **Il significato dell'idea di morte in psicopatologia**).

Questo saggio è il testo dell'appena citata relazione.

Edizione inglese originale, pubblicata con lo stesso titolo della relazione, in British Journal of Medical Psychology, vol. IV, part 2, pp. 115-124, Cambridge University Press, Cambridge, September 1924.

Edizione italiana tradotta, pubblicata anch'essa con lo stesso titolo della relazione, in Ernest Henry Connell, Opera omnia, pp. 63-80, Edizioni SPG, Reggio Calabria, Luglio 2022.

1929

3. Relazione inglese originale, **An analysis of psycho-sexual divalence in women**, tenuta il 20 Giugno 1929 alla Medical Section of the British Psychological Society a Londra (titolo italiano tradotto, **Analisi dell'ambivalenza psicosessuale femminile**).

Questo saggio è il testo dell'appena citata relazione.

Edizione inglese originale, pubblicata con lo stesso titolo della relazione, in British Journal of Medical Psychology, vol. IX, part 3, pp. 243-257, Cambridge University Press, Cambridge, September 1, 1929.

Edizione italiana tradotta, pubblicata anch'essa con lo stesso titolo della relazione, in Ernest Henry Connell, Opera omnia, pp. 81-104, Edizioni SPG, Reggio Calabria, Luglio 2022.

PARTE SECONDA
LE OPERE

MARZO 1923

L'USO DELLA TECNICA PSICOANALITICA IN CLINICA

A CURA DI
ANNALISA OLIVERIO - GABRIELE ROMEO

NOTE EDITORIALI

In questo periodo Connell, avendo terminato da tre anni la propria analisi didattica, ritenne che fosse giunto il momento di scrivere qualcosa sulla psicoanalisi a scopo divulgativo. Naturalmente, in quest'opera prima, non poteva non citare il saggio di Jung intitolato "Il metodo associativo" che lo aveva indotto a cambiar vita; egli afferma infatti che la tecnica di associazione di parole dovrebbe essere inserita sempre nella fase preliminare di ogni analisi. Nel prosieguo illustra poi il suo metodo di lavoro che per la verità differisce alquanto dalla tecnica classica e che probabilmente è il frutto di una sua personale sintesi delle idee freudiane mischiate con teorie junghiane e parafreudiane. Connell si sofferma in particolare sulla metodologia dell'analisi preliminare descrivendo seduta per seduta la tecnica da utilizzare col paziente e spiegando come si deve utilizzare il metodo associativo junghiano, del quale espone i vantaggi. Tutta la metodica qui esposta oggi non si utilizza affatto e riteniamo che anche all'epoca fosse poco utilizzata.

Il saggio, il cui titolo originale è *The use of the method of psycho-analysis in medicine*, venne scritto nel Marzo 1923 e pubblicato sul Cambridge University Medical Society Magazine, Easter Term, vol. I, pp. 97-105, per i tipi della Cambridge University Press di Cambridge nel Maggio 1923.

Questo scritto, finora inedito in italiano, é stato tradotto nel presente volume col titolo *L'uso della tecnica psicoanalitica in clinica*.

Nella traduzione abbiamo sostituito gli ormai desueti termini di Isteria, Parafrenia, Isteria d'Ansia, Isteria da Conversione, Ipocondria, Nevrosi d'Ansia, Neurastenia, Melancolia, rispettivamente con quelli più attuali di Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali, Schizofrenia, Fobia Specifica, Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali, Disturbo da Ansia di Malattia, Disturbo da Attacchi di Panico, Disturbo Depressivo Persistente, Depressione Maggiore.

SAGGIO

Nella relazione riguardante l'attività sanitaria del Royal Edinburgh Hospital (N.d.T.: sito ad Edimburgo) svolta nell'anno 1922, il prof. George Matthew Robertson (N.d.T.: Shimla, Himachal Pradesh, India, 1864 - Edimburgo, 28 Marzo 1932) pronunciò le seguenti parole: "La psicoanalisi sta finalmente trovando il suo giusto posto nella medicina". Egli considera questo procedimento dannoso nella fase attiva della Psicosi, inutile nelle psicopatologie nelle quali non vi sia insight, poco operativo nella Depressione Maggiore dove l'insight c'è ma non in modo adeguato e decisamente utile in tutte le altre psicopatologie dove l'insight non solo è presente ma ha anche una evidente rilevanza. Tale metodica ci dà una comprensione dei sintomi e del funzionamento psichico che definirei preziosa sia per la gestione generale dei pazienti sia per le attività di supervisione degli aspetti trattamentali. Essa è inoltre di rilevante importanza ai fini della prevenzione di importanti patologie se la si applichi al primo insorgere di sintomi psichici. Le parole del presidente (N.d.T.: il riferimento è sempre a Robertson) della Medico-Psychological Association (N.d.T.: Questa era l'associazione di categoria degli psicologi medici e degli psichiatri del Regno Unito; durò dal 1865 al 1926 anno in cui cambiò denominazione in Royal Medico-Psychological Association; nel 1971 cambiò ancora nome assumendo quello di Royal College of Psychiatrists) riflettono probabilmente le opinioni della maggioranza dei clinici che si occupano di psicopatologia e dei loro supervisori; pur palesando una prospettiva favorevole, in tali parole si avverte una precisa responsabilità del medico di medicina generale perché solitamente è il clinico che osserverà le prime avvisaglie psicopatologiche per cui dalle sue competenze in materia diagnostica e trattamentale dipenderà l'avvio di un adeguato percorso di cura dal quale dipenderà il futuro del paziente.

In questa sede, per ragioni di spazio, non tratteremo i segni precoci dei disturbi psichici, ma ci soffermeremo su altre questioni che giungono all'attenzione del medico di medicina generale e arrivano a costituire vere e proprie fonti di preoccupazione. I principali dubbi che si pone il medico di medicina generale sono: Quali sono i disturbi

psichici? Qual è la loro sintomatologia? La scelta della psicoanalisi come metodo elettivo di cura delle psicopatologie non organiche è una procedura sancita solo dall'empirismo o poggia su una solida base scientifica? Dal momento che tali questioni non sono adeguatamente trattate negli attuali libri di medicina generale, per documentarsi in merito bisognerà consultare apposite opere specialistiche. Le risposte ai medesimi quesiti assumono una certa rilevanza anche per gli studenti dei corsi di laurea in Medicina, nella maggior parte dei quali non viene generalmente impartita alcuna formazione in ambito psicopatologico. All'Edinburgh University c'è l'insegnamento di psichiatria che prevede lezioni sia teoriche, con l'esposizione delle varie psicopatologie e dei loro sintomi, sia pratiche con la presentazione di casi clinici e l'effettuazione di tecniche dimostrative psicoterapiche. All'University of Manchester (N.d.T.: sita a Manchester, North West England, Regno Unito) il prof. Tom Hatherley Pear (N.d.T.: fu il primo ordinario inglese di Psicologia; Walpole, East England, Regno Unito, 22 Marzo 1886 - Manchester, 14 Maggio 1972) tiene sei lezioni di psicologia al secondo anno del corso di laurea ed altre sei al terzo anno come introduzione all'insegnamento biennale di Fisiologia del sistema nervoso ed infine un breve corso di Psicopatologia al quinto anno come introduzione all'insegnamento di Clinica delle Malattie Mentali. Il tema dell'insegnamento universitario della psicoterapia è stato discusso alla riunione della British Medical Association a Glasgow (N.d.T.: Scozia), lo scorso luglio, durante la quale è stata approvata una proposta che offre l'opportunità di includere la psicoterapia come parte del programma di studi del corso di laurea in Medicina.

La classificazione dei Disturbi Psichici si articola in due categorie: quelle in cui predomina il fattore psichico e quelle in cui predomina il fattore somatico; la prima categoria comprende le Psiconevrosi (N.d.T.: cioè quelle psicopatologie i cui fattori eziopatogenetici, perlopiù di origine sessuale, risalivano alla prima infanzia) ossia il Disturbo d'Ansia Generalizzata, il Disturbo da Conversione, le Ossessioni, le Fobie ed il Disturbo da Ansia di Malattia mentre la seconda comprende le Nevrosi Attuali (N.d.T.: cioè quelle psicopatologie i cui fattori eziopatogenetici, perlopiù di origine non

sessuale, potevano essere ricondotti al momento presente) ossia il Disturbo da Attacchi di Panico e il Disturbo Depressivo Persistente. Ritengo che la psicoanalisi possa essere usata con successo come metodo elettivo nelle Psiconevrosi sempre e nelle Nevrosi Attuali solo se i sintomi somatici siano di non elevata entità, cosa che purtroppo capita raramente.

Per meglio descrivere queste psicopatologie, bisogna differenziarne la sintomatologia, secondo l'età infantile o adulta del paziente.

Nel Disturbo d'Ansia Generalizzata si rileva una sensazione tanto vaga quanto diffusa d'ansia definibile come presenza di una o più paure in assenza di qualsiasi causa effettiva e concreta. Tali paure possono essere di morire, di trovarsi in luoghi affollati o aperti o chiusi o molto alti, di attraversare ponti, di restare da soli; talvolta vi può essere addirittura la paura di aver paura. Possono essere presenti somatizzazioni alla testa, all'epigastrio, alle zone iliache, alle zone lombosacrali nonché alterazioni delle funzioni endocrinologiche e neurologiche con alternanza di simpaticotonia e di vagotonia, insonnia, incubi, risvegli improvvisi ed immotivati, sudorazione e tachicardia. Esso in età infantile si presenta con Pavor Nocturnus, Ansia Sociale e ansia da prestazione.

I sintomi del Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali nell'adulto sono ben noti e molto vari, ma sempre con predominanza di parestesie e di sintomi motori quali convulsioni o paralisi, in conseguenza dei destini del conflitto intrapsichico: se in esso le due volontà che si scontrano sono pari si avrà tensione muscolare con conseguenti tremori o convulsioni mentre se prevalgono le istanze censorie ma la rimozione sarà fallace si avrà una distensione muscolare con conseguente rallentamento o blocco motorio. In età infantile tale disturbo si manifesta frequentemente con sintomi asmatici, spasmi muscolari o tic.

Per quel che concerne il Distirbo Ossessivo-Compulsivo, va detto che ne esiste una tale varietà di forme cliniche da renderne impossibile la trattazione in questa sede per ragioni di spazio. Un'ossessione è un pensiero che si intrufola nella mente del soggetto dall'esterno come un

ospite indesiderato; il paziente è consapevole che si tratta di un qualcosa di estraneo, lo sente come sgradito, ma non può scacciarlo e deve assecondarlo per evitare l'ansia. Le azioni ispirate dalle ossessioni sono le compulsioni. È necessario distinguere attentamente, sia per la prognosi che per il trattamento, tra ideazione ossessiva e ideazione delirante. Un uomo, per esempio, che si sente obbligato a fare una determinata azione a seguito di un pensiero soffre di un'ossessione, può essere trattato analiticamente con successo e la prognosi è favorevole; ma se un uomo si sente obbligato a fare una determinata azione perché obbligato da qualcuno o nell'ipotesi che essa possa influenzare qualcun altro, nonostante la presenza di evidenze che attestino l'inesistenza di tali circostanze, soffre di una psicosi del tipo Disturbo Delirante, per cui la psicoanalisi potrà fare poco e la prognosi è sfavorevole. Le ossessioni si verificano anche nei bambini e negli adolescenti e non sono molto diverse da quelle degli adulti. Alcuni comportamenti infantili ed adolescenziali quali il mangiarsi le unghie, lo strapparsi i capelli, lo scuotere le spalle, il nistagmo oculare, possono avere natura ossessiva, essere legati a meccanismi di conversione legati all'apprendimento od all'identificazione con altri individui presi come modello, essere il risultato di tensioni sessuali inesprimibili per questioni d'età anagrafica. Tutte queste situazioni possono essere trattate con successo col metodo psicoanalitico.

Le Fobie sono patologie a sé stanti anche se possono essere presenti come sintomo accessorio nel Disturbo d'Ansia Generalizzata e nel Disturbo d'Ansia di Malattia, nel quale è tipica la paura di aver contratto una malattia venerea. Il Prof. Freud si esprime così sulla patologia fobica: "Nelle fobie, per esempio, si possono distinguere chiaramente due fasi del processo nevrotico. La prima provvede alla rimozione e alla conversione della libido in angoscia, la quale viene legata ad un pericolo esterno. La seconda consiste nella strutturazione delle misure cautelative e di sicurezza mediante le quali dev'essere evitato ogni contatto con questo pericolo, trattato come un fatto esterno" (N.d.T.: p. 561, in Introduzione alla psicoanalisi, in Sigmund Freud, Opere vol. 8

Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915–1917, pp. 189-611, Bollati–Boringhieri, Torino, 1989 - Edizione tradotta USA, p. 342 in Introductory lectures on psychoanalysis, Boni and Liveright, New York, 1920 - Edizione tedesca III revisionata, p. 478 in Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse, auflage III, International Psychoanalyticher Verlag, Wien, 1920). In età infantile si riscontrano Fobie Specifiche, quali quelle del buio, degli animali, di certi cibi; apparentemente banali e insignificanti, esse sono invece di grande importanza per la serenità, presente e futura, del bambino; benché non possano essere risolte con la ragione e con la persuasione, avendo natura inconscia, possono invece essere efficacemente curate con la psicoanalisi, al pari di altre importanti patologie infantili quali la menzogna patologica e il furto.

Appare evidente che vi sarebbero molte altre considerazioni da fare, oltre quelle necessariamente brevi appena esposte, ma per ragioni di spazio le sorvoleremo per fermarci a riflettere sulle motivazioni per le quali il medico di medicina generale dovrebbe consigliare un metodo lungo e costoso, come quello psicoanalitico. Il principale motivo per il quale si rende opportuno consigliare un percorso psicoanalitico consiste nella sua efficacia terapeutica, sancita non solo per le risultanze empiriche ma anche e soprattutto per la sua concezione scientifica. In un percorso psicoanalitico l'analista è consapevole di ciò che sta facendo esattamente come lo è il chirurgo quando durante un intervento chirurgico asporta l'appendice; questa chiarezza della metodica fa differire la psicoanalisi da altri trattamenti come l'ipnosi, che per quanto possa essere vantaggiosa, specialmente in talune circostanze, presenta un difetto procedurale che consiste nel fatto che il terapeuta non ha idea di ciò che succederà né durante il suo intervento né dopo. Tale circostanza fa ammantare l'ipnosi di mistero e, nonostante sia usata da molto tempo a scopo terapeutico e anche con un certo successo, la fa accostare, nell'opinione popolare, più alla magia che alla scienza. Nell'applicazione della psicoanalisi non c'è nessun mistero benché i suoi cultori vengano accusati di usare un linguaggio criptico; al riguardo c'è da dire che qualunque disciplina usa un proprio linguaggio e la terminologia psicoanalitica, che si è visto essere adeguata alla tecnica, è a disposizione di chiunque la

voglia studiare o approfondire. Naturalmente tale tecnica per essere efficace deve essere praticata da un clinico che la conosca adeguatamente sia a livello teorico sia tecnico; eventuali insuccessi in percorsi analitici, infatti, sono da addebitare a tentativi, effettuati evidentemente da clinici poco esperti, di curare patologie che per definizione causano una strutturazione del pensiero rigida e dunque carente o assente di insight come il Disturbo Delirante o la Schizofrenia.

La psicoanalisi poggia le sue fondamenta scientifiche sul meccanismo psichico chiamato rimozione, che viene ben trattato dal Dr. Thomas Walker Mitchell nel saggio "The Psychology of Medicine" (N.d.T.: Methuen & Company Limited, London, November 1921), e su altri meccanismi psichici ad essa conseguenti, altrettanto ben descritti dal Prof. Bernard Hart (N.d.T.: Londra, 24 Marzo 1879 - Eastbourne, East Emgland, Regno Unito, 16 Marzo 1966) nel saggio "The Psychology of Insanity" (N.d.T.: edition english reprinted III, Cambridge University Press, Cambridge, 1916). Prima che Freud individuasse la rimozione, gli stati dissociativi sono stati ampiamente studiati da diversi autori francesi, quali **Paul Charles Dubois** (N.d.T.: fu l'ideatore della terapia della persuasione; La Chaux-de-Fonds, Canton Neuchâtel, Svizzera, 28 Novembre 1848 – Berna, Canton Berna, Svizzera, 4 Novembre 1918), **Jean-Martin Charcot** (N.d.T.: primo maestro di Sigmund Freud, padre della neurologia come branca della medicina a sé stante e fondatore della scuola di ipnosi di Parigi; Parigi, 29 novembre 1825 – Montsauche-les-Settons, Borgogna-Franca Contea, Francia. 16 Agosto 1893), **Pierre Marie Félix Janet** (N.d.T.: allievo di Charcot fondatore dell'analisi psicologica; Parigi, 30 Maggio 1859 - Parigi, 24 Febbraio 1947), **Jules Déjerine** (N.d.T.: successore di Charcot nella cattedra di neurologia della Salpêtrière di Parigi; Ginevra, Canton Ginevra, Svizzera, 3 Agosto 1949 - Parigi, 26 Febbraio 1917), **Hippolyte Bernheim** (cofondatore della scuola d'ipnosi di Nancy, Mulhouse, Grand Est, Francia, 17 Aprile 1840 – Parigi, Île-de-France, Francia, 2 Febbraio 1919), **Ambroise-Auguste Liébeault** (N.d.T.: cofondatore della scuola d'ipnosi di Nancy; Favières, Grand-Est, 16 Settembre 1823 - Nancy, Grand-Est, 18 Febbraio 1904) e centinaia d'anni prima dai medici-filosofi **Ippocrate di Coo** (N.d.T.: Coo, Coo, Grecia, 460 a. C. circa – Larissa, Tessaglia, Grecia, 377 a. C.) e **Galeno** (N.d.T.: Pergamo, allora Regno di Pergamo, oggi Turchia, 129 – Roma, Lazio, allora Impero

Romano oggi Italia, 201). Tra gli autori classici e quelli francesi, c'è stato un considerevole lasso di tempo in cui i fenomeni dissociativi vennero considerati, in modo decisamente fantasioso, come opera di spiriti o demoni o come messaggi delle divinità incanalati in un messaggero umano. La scoperta della rimozione, come molte altre scoperte scientifiche, fu casuale; essa avvenne nel 1880 quando Freud, che studiava all'Hopital de la Salpetrière (N.d.T.: Parigi, ìle-de-France, Francia) e Joseph Breuer (Vienna, 15 Gennaio 1842 – Vienna, 20 Giugno 1925), stavano curando una fanciulla (N.d.T.: qui l'autore si riferisce ad Anna O. al secolo Berta Pappenheim; Vienna, 27 febbraio 1859 – Neu-Isenburg, Assia, Germania, 28 Maggio 1936; in questo riferimento egli commette tuttavia commette tre errori storici: Anna O. in quel perodo viveva e fu curata a Vienna e quindi non a Parigi; Freud non andò a Parigi nel 1880 ma cinque anni dopo, infatti partì da Vienna per andare a studiare da Charcot l'11 Ottobre 1885; Anna O. fu trattata dal solo Breuer tra il Novembre 1880 ed il Giugno 1882 mentre Freud non l'ebbe mai in cura) che soffriva di un Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali caratterizzato da strabismo, perdita parziale della voce, idrofobia e paralisi del braccio sinistro; Breuer informò Freud che ella andava incontro a dei momenti dissociativi, in cui non era presente a sé se stessa, durante i quali mormorava parole e frasi (N.d.T.: collegate ai sintomi accusati in quel momento) a cui lui rispondeva (N.d.T.: utilizzando la terapia catartica, derivata dall'ipnosi) esortandola a fare associazioni tramite le quali le venivano in mente certi avvenimenti del passato ai quali era collegata un'intensa carica emotiva che si evinceva dal modo in cui venivano narrati; dopo il riaffiorare di questi eventi (N.d.T.: al risveglio dall'ipnosi) i sintomi scomparivano. I sintomi dipendevano da una rimozione di certe esperienze emotive e dalla conversione della carica emotiva ad essi associata in sintomi fisici. Naturalmente da allora la tecnica si è affinata sempre di più fino a giungere al moderno trattamento analitico grazie al quale molti casi simili a questo, ma anche di altro tipo sono stati curati con notevole successo. Partendo dallo studio empirico dei meccanismi della rimozione e della conversione, Sigmund Freud ha costruito un sistema scientifico di psicologia moderna, ormai molto diffuso e basato sulla presenza di processi psichici di tipo biologico, su una concezione di tipo

dinamico-energetica degli istinti, sulla possibilità che tali cariche energetiche possano essere spostate o convertite. Nella concezione freudiana, tuttavia, è stata considerata poco attendibile la predominanza, nella psiche dell'individuo, dell'istinto di morte, ossia di quella pulsione che tende a ristabilire la condizione prenatale di quiescenza, sostituendo l'attività sessuale con il sonno o con la morte per poter evitare il dolore e lo stress; tale ipotesi, pur se suffragata dalla presenza, in tutte le psicopatologie, di un conflitto intrapsichico tra il principio del piacere-dispiacere e quello di realtà (N.d.T.: essendo, secondo l'interpretazione di Connell del pensiero freudiano, rispettivamente il primo al servizio dell'istinto di morte ed il secondo al servizio dell'istinto di autoconservazione), è negata da molti autori che affermano al contrario che l'istinto predominante nella psiche dell'individuo sia quello di autoconservazione che spinge all'autoaffermazione, al proprio miglioramento, alla procreazione, nonostante gli impedimenti esterni.

Le teorie psicologiche del Dr. Carl Gustav Jung di Zurigo sono di più ampia portata, postulando anche una visione sociale; egli ipotizza un conflitto intrapsichico tra la coscienza individuale sviluppata e una coscienza più primitiva, generale o collettiva, con radici nel passato mitologico, dal quale si genererebbero le varie psicopatologie. Il metodo della scuola di Zurigo, esposto dal Dr. Jung nel suo lavoro "Il metodo associativo" (in Opere vol. 2 fasc. 2 ricerche sperimentali, Bollati-Boringhieri, Torino, 1991 - Edizione inglese tradotta, The word-association method, in American Journal of Psychology, vol. XXI, no. 2, pp. 219-269, Florence Chandler Publisher, Worcester, April 1910), consiste in un'indagine preliminare sui processi di pensiero del paziente usando lo psicogalvanometro o la tecnica delle associazioni di parole, seguita dalle libere associazioni sui sogni, per come indicato da Freud.

Prima di descrivere il metodo psicoanalitico, reputo opportuno ricordare che la psicoanalisi non dovrebbe essere impiegata se non da un clinico dotato di un'adeguata specifica formazione e con una buona conoscenza della psicopatologia. Il clinico specialista, che decide di utilizzare uno strumento così potente come quello psicoanalitico, deve: avere una buona competenza diagnostica per poter scartare dal

trattamento le Psicosi, le patologie organiche cerebrali come i Disturbi Neurocognitivi od i disfunzionamenti psichici dovuti a patologie organiche di natura renale od epatica; essere responsabile nei confronti del paziente, dovendo riconoscere i movimenti della sua psiche modulando di conseguenza la tecnica trattamentale; nei confronti di sé se stesso e della psicoanalisi, una disciplina autorevole e con grandi tradizioni. Va detto tuttavia che anche il medico di medicina generale, che sarà colui che, almeno nella maggior parte dei casi, predisporrà gli invii per il trattamento psicoanalitico, dovrebbe essere in possesso di un'adeguata conoscenza della psicopatologia e della psicoanalisi.

I requisiti per poter applicare con efficienza il metodo psicoanalitico sono:

1. un range d'età che va dai bambini agli adulti fino all'età di circa 55 anni; dopo questa età il tempo necessario perché esso sia efficace aumenta considerevolmente ed i risultati raggiungibili sono inferiori a quelli che si ottengono in soggetti più giovani;
2. la presenza di una certa consapevolezza nel paziente che permetta l'insight;
3. un bagaglio culturale ed una dotazione intellettiva, entrambi quantomeno nella norma per poter permettere al paziente di capire e cooperare al trattamento;
4. desiderio di guarire.

In prima seduta si ascoltano i problemi del paziente e si chiede se sia già stato visitato da un medico per escludere cause organiche; nel caso in cui il paziente non abbia fatto una visita preliminare si procede all'esame obiettivo se si possiedono competenze mediche o si fa un rinvio a tale scopo al medico di medicina generale. Bisogna indagare con particolare attenzione la pressione sanguigna, la frequenza del polso in piedi e sdraiato, i riflessi muscolari, i movimenti oculari, la vista, la presenza di segni sul corpo quali Spina Bifida occulta o palese, orecchie malformate, forma delle mani, postura da seduto ed in piedi.

In seconda seduta si raccoglie un'anamnesi familiare molto completa e con l'indagine circa le preferenze del paziente, tipo di

colore, genere musicale e letterario, gusti alimentari, eventuali Fobie in generale e di alcuni animali in particolare.

In terza seduta si somministra il test di associazione di parole con una lista ben costruita, che dovrebbe comprendere 60 nomi, 20 aggettivi, 15 verbi, 5 avverbi e includere 15 simboli comuni. La lista deve essere predisposta in modo che almeno una parola neutra segua una parola emotiva o un simbolo, in modo che si possa comprendere esattamente a quale parola si è reagito in modo insolito. Durante la somministrazione di questo test il soggetto dovrebbe essere seduto su una sedia di vimini in modo che eventuali movimenti degli arti inferiori, non visibili perché il paziente è posto al di là della scrivania, generino degli scricchiolii che di essi ci rendano edotti. Il paziente sarà seduto con l'asse visivo almeno ad angolo retto rispetto al clinico, al quale dovrà comunque essere vicino, con gli occhi chiusi o guardando in modo costante un oggetto prestabilito nello spazio. A questo punto il paziente viene avvertito che si tratta di un test a tempo e che, una volta ascoltata la parola-stimolo, deve rispondere con la prima parola che associa ad essa. Dopo aver fatto una prova con parole non presenti nella lista per accertarsi che il paziente abbia ben compreso le istruzioni, si parte leggendo le parole-stimolo del test, annotando accanto ad esse l'errata percezione della parola-stimolo o la sua ripetizione, la parola associata, il tempo di risposta in secondi preso con un cronometro di precisione, l'esitazione o la mancata risposta entro 30 secondi, tutti i movimenti corporei. Il paziente viene anche avvertito che la somministrazione del test potrebbe indurgli dei sogni, perciò gli si chiede di mettere carta, busta e matita vicino al letto e di scrivere uno o più eventuali sogni al risveglio sul foglio, metterlo nella busta e sigillarla.

In quarta seduta viene riletta la lista di associazioni di parole esattamente con la stessa procedura utilizzata la prima volta, si riferisce che non importa se viene fornita una risposta uguale a quella di prima, anzi si precisa che un certo numero di risposte potrebbero essere le stesse. Le risposte che differiscono da quelle del primo test vengono annotate. Gli si chiede anche di raccontare verbalmente

l'eventuale sogno, che viene messo a confronto con quello scritto annotando le omissioni.

In quinta seduta si fa rilassare il paziente facendolo sedere comodamente o facendolo sdraiare, lo si invita a scomporre il sogno eventualmente fatto nelle diverse scene che lo compongono e gli si chiede di esporre le libere associazioni man mano che emergono sui vari contenuti onirici.

L'analisi della reazione del soggetto alle prove di associazione di parole permette di ottenere diversi indicatori:

1. tempo totale: si ottiene sommando in modo aritmetico i tempi delle singole parole associative;

2. tempo medio di reazione: si ottiene dividendo il tempo totale per il numero di parole. Ad esempio se per 100 parole associative si è impiegato un tempo totale di 325 secondi, avremo un tempo di reazione di 3,25 secondi (N.d.T.: 325/100=3.25);

3. tempo di esclusione: si ottiene dal tempo medio di reazione + 1,5 secondi;

4. numero ponderato di parole associative: si ottiene sottraendo dal numero totale delle parole associative il numero delle parole associative che abbiano superato il tempo di esclusione; nell'esempio precedente il numero ponderato di parole associative sarà 80 (N.d.T.: 100-20=80);

5. tempo totale ponderato: si ottiene sommando il totale del tempo delle parole associative che abbiano superato il tempo di esclusione; nell'esempio precedente se immaginiamo che le 20 parole associative che abbiano superato il tempo di esclusione sommino un tempo di 125 secondi, il tempo ponderato totale sarà di 200 secondi (N.d.T.: 325- 125=200);

6. tempo medio ponderato: si ottiene dividendo il tempo totale ponderato per il numero ponderato di parole associative; nell'esempio precedente esso sarà di 2,5 secondi (N.d.T.: 200/80=2,5).

Tempi lunghi, assenza di parole associative, ripetizione o esitazione rispetto alla parola-stimolo indicano forti reazioni emotive nei confronti di quest'ultima. Un'alta percentuale di parole associative

espresse in forma negativa (N.d.T.: s'intende per forma negativa una frase con un non iniziale; ad esempio alla parola-stimolo "uccello" una parola associativa come "non un'aquila") potrebbe essere indicativa di una Psicosi o di una condotta oppositiva o di un addestramento al pelmanismo (N.d.T.: era una tecnica di addestramento della memoria molto popolare nel Regno Unito durante la prima metà del XX secolo).

Dopo aver applicato il test, s'inizierà col percorso psicoanalitico vero e proprio nel quale si continueranno ad usare le libere associazioni che ci condurranno alle resistenze e ci permetteranno di indebolirle nel tempo finché esse cederanno. A volte può capitare che il paziente possa sviluppare una marcata resistenza alle libere associazioni. In questo caso non bisogna trascurare il tentativo di superare o aggirare le resistenze. L'analista deve mantenere, durante il percorso terapeutico, un atteggiamento neutrale astenendosi dal fornire consigli. Alcuni analisti per ricordare ciò che dice il paziente, appuntano tutto, altri annotano solo ciò che ritengono importante, altri ancora ascoltano soltanto senza prendere appunti. Il transfert del paziente spesso inizia con dei sogni in cui compare l'imago dell'analista; tali sogni si modificano man mano che le resistenze crollano. Nel tempo la figura dell'analista non compare più nei sogni, cosa che indica la risoluzione del transfert e, quasi sempre, anche dei conflitti intrapsichici e di conseguenza della psicopatologia.

Questa è la fase di chiusura del percorso psicoanalitico, nella quale il paziente ormai è divenuto consapevole dei contenuti che aveva rimosso e può parlarne in modo costruttivamente critico; egli si soffermerà con maggior frequenza su questioni concrete della sua vita e comincerà a parlare dei propri intendimenti in atto o che si propone di realizzare, riferirà di non ricordare più i sogni o di ricordarne solo frammenti, talora arriverà in ritardo agli appuntamenti e si dichiarerà soddisfatto dei risultati ottenuti.

Un mio paziente di ventisei anni, intelligente e piacevole, mi disse che non riusciva più a comprendere come potesse essere stato così male in precedenza; era cambiato, non aveva più sintomi ossessivi e da allora in poi ebbe una vita attiva ed impegnata.

Il lettore avrà notato che in questo caso clinico non ho menzionato il test di associazione di parole per cui potrebbe aver pensato che abbia iniziato col percorso psicoanalitico già dalla terza seduta dopo le prime due dedicate all'anamnesi personale e familiare; in realtà l'ho applicato in questo caso come faccio in genere, perché esso offre diversi vantaggi, fra i quali rendere la diagnosi più chiara, stimolare la produzione di sogni ed abituare il paziente ad annotarli, sostituire i sogni laddove il paziente non li ricordi, poter avere dei valori numerici per poter fare dei confronti fra vari momenti dell'analisi.

Di seguito, riporterò i valori numerici che ho rilevato durante il trattamento psicoanalitico di questo paziente, inserendoli nella tabella seguente in modo tale da poter mettere a confronto i valori statistici:

- ottenuti prima dell'inizio del percorso analitico;
- medi ottenuti dalla popolazione esente da psicopatologia;
- ottenuti dopo la fine del percorso analitico.

Indicatore	Valori pre-analisi 10.7.1922	Valore medio	Valori post-analisi 13.12.1922	Note
Tempo medio di reazione	4,8	1,75	2,7	
Tempo medio ponderato	2,7	1,50	1,7	
Reazioni Egocentriche	1,0	Nessuna	Nessuna	
Reazioni Allocentriche	30,0	42,0	37,0	
Commenti	5,0	2,0	5,0	
Tempo totale ponderato	23,0	22,0	20,0	
Comportamenti Inusuali	Nessuno	Nessuno	1,0	
Movimento delle mani involontario	5,0	Nessuno	3,0	
Malessere	1,0	Assente	Assente	
Incoerenza	Nessuna	Assente	Assente	
Esitazioni o ripetizioni	1,0	Nessuna	Nessuna	
Associazioni negative	2,0	Nessuna	3,0	
Parola associativa sostituita da una definizione della parola-stimolo	20,0	Nessuna	Nessuna	
Parola associativa dopo 30" dalla parola-stimolo	19,0	Nessuna	1,0	Il 13.12.1922 il limite fu superato in relazione alla parola-stimolo sposarsi per un evento di 19 anni prima

Il tempo impiegato per un percorso analitico è molto variabile. Per trattare un Disturbo Ossessivo-Compulsivo di gravità moderata occorrono come minimo 120 sedute, ognuna della durata di un'ora, anche se nel caso del quale ho riportato i valori in tabella, essendo di lieve entità, sono state sufficienti solo 37 sedute. I casi d'Ansia Generalizzata ed i Disturbi da Sintomi Neurologici Funzionali richiedono da 40 a 120 ore, i Disturbi d'Attacco di Panico 10 ore, i Disturbi Fobici da 10 a 25 ore, dipendendo la variabilità del tempo impiegato in uno stesso tipo di psicopatologia dalla forza delle resistenze che è mutevole in ogni individuo.

Un percorso psicoanalitico non può quindi essere intrapreso con leggerezza ed è opportuno che nasca da un lavoro di squadra tra analista, medico di medicina generale, famiglia e paziente. Dopo aver applicato il test di associazione di parole, l'analista è certo della diagnosi e può quindi consultarsi col medico di medicina generale sull'opportunità o meno di perseguire un trattamento psicoanalitico ed eventualmente sul tempo che all'incirca potrà essere necessario per essere espletato. Se poi il medico di medicina generale prescrive il trattamento e il paziente acconsente, l'intera responsabilità della salute del paziente ricade sull'analista fino a quando il trattamento non sia terminato con la notifica al medico di medicina generale dell'avvenuta guarigione.

Se si seguiranno queste indicazioni protocollari, la psicoanalisi svolgerà un ruolo sempre più prezioso nel trattamento e nella prevenzione dei disturbi psichici.

Edimburgo, Marzo 1923

SETTEMBRE 1924

IL SIGNIFICATO DELL'IDEA DI MORTE IN PSICOPATOLOGIA

A CURA DI
CLAUDIA COLOSI - GABRIELE ROMEO

NOTE EDITORIALI

Connell raccolse una serie di dati sull'idea di morte durante la prima guerra mondiale, mentre prestava servizio nell'esercito britannico nei Royal Army Medical Corps presso il Third British General Hospital che sorgeva a Bassora (Bassora, allora Regno Unito, oggi Iraq), lungo le rive dello Shatt al-'Arab; qui fece una ricerca sull'idea di morte su circa 2600 soldati affetti da dissenteria: mentre esaminava microscopicamente le loro feci e li visitava, fece loro compilare un questionario per poter capire come si era diffusa la patologia e così trovare qualche mezzo preventivo per il futuro. Il questionario comprendeva anche alcune domande predisposte per capire se essi avessero o meno un'idea di morte; il risultato fu che nessun soldato, nemmeno quelli in gravi condizioni e che poi sarebbero morti, aveva idee di morte, compresi i nevrotici, nei quali era come se la presenza della malattia fisica contrastasse la presenza di tale idea, a differenza dei nevrotici non affetti da patologie fisiche che invece ce l'avevano ben presente. Rimase a lavorare in quest'ospedale fino alla fine del 1917, quando venne ferito dallo scoppio di una granata e venne rimpatriato.

Connell espose i risultati della sua ricerca nella relazione dal titolo *Il significato dell'idea di morte in psicopatologia* (titolo originale inglese, *The significance of the idea of death in the neurotic mind*) che tenne il 2 Febbraio 1924 alla Scottish Branch of the British Psychological Society a Edimburgo ed il cui testo pubblicò col medesimo titolo della relazione nel British Journal of Medical Psychology, vol. IV, part 2, pp. 115-124, per i tipi della Cambridge University Press di Cambridge nel Settembre 1924.

Il tipo di pensiero usato da Connell in questo saggio è quello che ci permette di porlo, a ragion veduta, tra i pionieri della teoria delle relazioni oggettuali che alcuni anni dopo diventerà uno dei cardini del pensiero psicoanalitico britannico. Egli pone come causa della psicopatologia non tanto la mancata gratificazione degli istinti quanto la mancata procreazione (punto di vista sul quale converge la scuola

psicoanalitica reggina della psicologia dell'Es), che ne è direttamente consequenziale, perciò sostituisce al termine libido quello di interesse istintuale; la mancata procreazione fa scomparire Eros e potenzia Thanatos che si manifesta come idea di morte che a sua volta può portare ad atti suicidari. Dal momento in cui l'individuo non riconosce o fugge da quello che dovrebbe essere la gratifica del suo fisiologico interesse istintuale nasce la psicopatologia. In questo modo trova la sintesi fra la predeterminazione religiosa ed il determinismo psichico. Egli individua le cause delle varie psicopatologie secondo i destini che avranno le cariche energetiche dell'interesse istintuale: se esse non vengono scaricate in modo naturale o permangono nell'individuo generando uno stato di tensione spiacevole che porta alla Depressione o vengono proiettate all'esterno generando il Disturbo Delirante o vengono autocortocircuitate sul corpo o sulla psiche generando i Disturbi d'Ansia o vengono assoggettate a spostamento generando Fobie ed Ossessioni o inducono una regressione narcisistica che porta allo Schizofrenia.

Questo saggio, finora inedito in italiano, é stato tradotto anche nel presente volume con lo stesso titolo della relazione.

Nella traduzione abbiamo sostituito gli ormai desueti termini di Dementia Praecox, Paranoia, Melancolia, Isteria d'Ansia, Isteria da Conversione, Follia Maniaco-Depressiva, Manic Depressive Insanity, Neurastenia, rispettivamente con quelli più attuali di Schizofrenia, Disturbo Delirante, Depressione Maggiore, Fobia Specifica, Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali, Disturbo Bipolare, Disturbo Depressivo Persistente.

SAGGIO

I contenuti di questo saggio si basano sui dati derivanti dall'osservazione clinica di pazienti sofferenti di Psiconevrosi e di Psicosi, e, poiché la terminologia nella psicologia "medica" è alquanto caotica al momento attuale, sarà utile specificare il senso dei termini che andremo ad utilizzare.

Il termine "libido" verrà sostituito da quello di "interesse istintuale", essendo l'affettività e la volitività quegli elementi dell'esperienza istintuale che le conferiscono significato ed influenzano le risposte. Ci riferiremo, inoltre, sviluppandole ulteriormente, anche alle ipotesi di Charles Edward Spearman (N.d.T.: psicologo e statistico britannico, pioniere dell'analisi fattoriale; Londra, 10 Settembre 1863 - Londra, 17 Settembre 1945), esposte nell'opera "The nature of intelligence and the principles of cognition", secondo le quali la volontà può controllare le modalità di acquisizione della cognizione.

Si darà spazio anche al punto di vista di James Drever (N.d.T.: fu il primo accademico di psicologia in Scozia; Balfour, Scozia, 8 Aprile 1873 - ?. 10 Agosto 1950), secondo cui il significato di un dinamismo istintuale in un organismo animale è primariamente affettivo-emotivo e solo successivamente, grazie al processo di elaborazione cognitiva, assume un significato secondario.

Il termine "regressione" verrà usato nel significato comunemente attribuitogli in psicopatologia come un ritorno da un funzionamento mentale di livello superiore a un funzionamento mentale di livello inferiore, vale a dire, da una forma di pensiero più complesso e razionale a una forma di pensiero meno complesso, irrazionale e più emotivo, tipico del funzionamento dei bambini e dei popoli primitivi; a volte può tornare ulteriormente indietro fino ad arrivare ad un semplice comportamento istintuale del tipo stimolo-risposta. Nella regressione psicopatologica, l'aspetto logico è indebolito mentre predominano attività di tipo fantastico, cosa che può portare anche a distorsioni degli orientamenti spaziale e temporale, nonché ad acting-out tanto improvvisi quanto incontrollati.

Il termine "narcisismo" è usato per indicare quello stadio dello

sviluppo mentale, tipico della prima età infantile, nel quale l'affettività è legata al sé, sia da un punto di vista corporeo che fantastico; esso inizia da quando il bambino si concentra sul Sé (fase della trascendenza del sé) e termina quando egli inizia a concentrarsi sul mondo esterno (fase della concezione del non-sé). Il narcisismo è caratterizzato dall'amore per il Sé piuttosto che dall'interesse per il Sé e dalla sensazione di piacere piuttosto che dal vantaggio personale.

Gli unici altri termini che potrebbero essere usati in modo diverso da quello consueto sono quelli del "principio di realtà" e del "principio di piacere"; questi termini, molto usati in psicoanalisi, sono impiegati in questo saggio per indicare: il primo un funzionamento mentale più evoluto che trascura, pospone o sopprime ciò che viene agito per istinto e si indirizza verso finalità o oggetti intenzionali ed il secondo un funzionamento più primitivo che trascura l'intenzionalità e si indirizza verso la gratificazione istintuale.

Dopo questi chiarimenti preliminari, andrò ora ad esporre la mia teoria sul significato assunto dall'idea di morte nelle Nevrosi. È sorprendente notare l'assenza di questa idea nelle menti di coloro che sono fisicamente malati e la frequente presenza di essa nelle menti dei nevrotici. Ho dapprima personalmente assistito all'esame microscopico batteriologico effettuato sulle feci di 2600 soldati affetti da Dissenteria nel Third British General Hospital, sito a Bassora sulle rive dello Shatt al-'Arab tra il 1915 ed il 1917, per poi successivamente visitarli ed intervistarli tutti o quasi; ho somministrato loro anche un questionario i cui obiettivi principali erano quelli di accertare la fonte dell'infezione, individuare i portatori e prevenire la diffusione della patologia della quale erano sofferenti, per cui come facilmente intuibile, il vissuto della malattia non è stato certamente affrontato in modo superficiale. Nessuno di tali pazienti ha manifestato paura di morire, almeno a livello conscio, anche se molti di loro versavano in gravi condizioni e alcuni sono pure morti in quello stesso ospedale. Tra quei 2600 pazienti c'erano alcuni nevrotici, ma sembrava che la preoccupazione della patologia somatica dalla quale erano affetti li distogliesse dall'idea di morte.

Nella Depressione si può riscontrare una tendenza al suicidio tale da rendere opportuno il ricovero in ospedale accompagnato da una costante vigilanza per garantire la loro sicurezza. Si è potuto osservare che la comparsa di una patologia fisica in un depresso, ne allevia i sintomi psichici. Quando viene colpito da un'infezione o da un'altra grave patologia, il depresso che fino a quel momento si è costantemente autoaccusato di gravi indegnità, non solo smette di farlo ma potrebbe presto guarire dalla sua psicopatologia, come se il consumo di cariche energetiche per contrastare la sintomatologia organica alleviasse la tensione psichica. Si rende opportuno, a questo punto, andare a verificare se le emozioni di odio e di disprezzo verso sé stesso siano autentiche o se si tratti di simbolizzazioni.

Freud spiega che l'impulso suicidario nella Depressione (della quale sono classificati tipi clinici molto diversi) è conseguenza degli auto-rimproveri con cui questi malati si tormentano in modo così spietato; tali autorimproveri si riferiscono effettivamente all'oggetto d'amore esterno perduto o su cui hanno smesso di investire a causa del senso di colpa. Da ciò egli conclude che il depresso, dopo aver ritirato la sua libido dall'oggetto esterno, prima lo introietta fantasmaticamente nel mondo interno, con un processo che definiremo di identificazione narcisistica, e dopo si identifica con esso. A questo punto l'individuo stesso viene quindi trattato dalla propria psiche come se fosse l'oggetto abbandonato, subendo tutto il trattamento vendicativo e aggressivo rivolto all'oggetto esterno medesimo. Gli impulsi suicidari dei depressi diventano più comprensibili in considerazione delle emozioni suscitate dalla convivenza contemporanea, nel proprio mondo interno, dell'oggetto amato e odiato in egual misura. Nella Depressione, come in altri disturbi narcisistici, l'ambivalenza emotiva è la sensazione prevalente; con ambivalenza emotiva s'intende un investimento di sentimenti antitetici (affettuosi e ostili) verso la stessa persona.

Freud spiega quindi l'impulso di morte nella Depressione come risultato di tre processi:

1. Abbandono o perdita dell'oggetto sessuale;

2. Identificazione narcisistica;
3. Proiezione dell'odio dall'oggetto abbandonato al proprio sé.

L'interpretazione freudiana dell'impulso di morte nella Depressione, fatta per analogia con i meccanismi paranoici, è affascinante, ma l'ipotesi della proiezione dell'odio sull'Io va in contrasto con l'ipotesi che essi possano andare incontro a guarigione; un altro motivo ancora più forte per rigettare l'interpretazione freudiana è che da tale proiezione il depresso non ottiene benessere psichico né conforto, anzi al contrario appare agitato, irrequieto, autosvalutante, smarrito e prova impulsi di autodistruzione. Queste obiezioni diventano ancora più chiare, se si confronta la serie di eventi psichici che accadono nel Disturbo Delirante e nella Melanconia Depressione, dal momento che in entrambe le patologie i deliri sono su base proiettiva.

Nel Disturbo Delirante si verifica un conflitto tra il sentimento di autostima e il desiderio impulsivo di fare qualcosa di incompatibile con quel sentimento. Questo conflitto viene risolto con la rimozione del desiderio dell'oggetto primario d'amore e con la proiezione, cioè con un'attribuzione delle emozioni e delle cariche energetiche ad esso collegate, ad un'altra persona; il paranoico, per liberarsi dall'auto-colpa e dall'auto-accusa, attiva il sistema delirante. Egli, escludendo il delirio dal quale è affetto, è una persona razionale. Il delirio, pur se proiettato verso un altro individuo, nasce in realtà da sentimenti provati verso sé stesso; un paranoico può ferire, uccidere o fuggire dalla persona sulla quale ha proiettato qualcosa ma qualunque cosa faccia si sentirà sempre perseguitato da quella stessa persona in modo invisibile, magari con l'uso di dispositivi immaginari. Il paranoico, non più appesantito dalle emozioni interiori ormai rivolte all'esterno, avrà di conseguenza un rafforzamento dell'autostima che può generare sentimenti di grandezza, importanza ed onnipotenza, per cui sarebbe illogico che egli possa provare impulsi di tipo autodistruttivo.

Nella Depressione vi possono essere state delle perdite oggettive, di natura economica o di status sociale o sentimentali, ma l'aspetto

principale non è tanto questo quanto il modo infantile di reagire di fronte ad una perdita per cui sarà pessimista sul futuro: il depresso non considera la realtà per come in effetti è, in quanto resta bloccato nel passato e vive l'attualità come piatta, noiosa, inaccettabile. L'emozione predominante è un dispiacere acuto mentre egli si concentra interamente su idee dolorose; questa sofferenza è accompagnata da sogni, solitamente, paurosi o auto-accusatori. Le emozioni rimosse, non liberate come avviene invece nel Disturbo Delirante, vengono percepite interiormente in modo intenso, pressante, spiacevole; l'autostima si abbassa per convinzione di aver peccato senza possibilità di riscatto, per cui egli manifesta un desiderio irrazionale di morire. Di colpo tutto cambia, la Depressione va via e l'individuo guarisce completamente, mentre il suo interesse per l'attualità ritorna come prima dell'episodio depressivo. Una volta ripresosi, egli dirà di aver vissuto come in preda a sensazioni da incubo, che sebbene sapesse di star male e di essere sottoposto ad apposite cure si sentiva estraniato dalla realtà, di aver perso le speranze di poter avere un futuro migliore, di provare impulsi autodistruttivi incontrollabili perchè tutto ciò che desiderava era che il proprio dolore finisse subito.

Se si considera che l'interesse istintuale, legandosi agli oggetti esterni, genera desideri rendendo così importante la relazione con essi e la percezione della realtà, se è evidente che tali desideri possono dare all'individuo uno stato d'animo piacevole se soddisfatti e spiacevole in caso contrario, se è conseguente che essi possano essere soggetti a rimozione o che ad essi possa essere negata una gratificazione si può affermare che la mancata gratificazione del desiderio:

• nel Disturbo Delirante, esprimendosi attraverso la proiezione, permette, come sopra chiarito, l'aumento dell'autostima e l'insorgenzaa del delirio;

• nella Depressione, non trovando alcuno sbocco se non forse in casi cronici, permane come dolore interiore che genera gli impulsi autodistruttivi.

• nella Schizofrenia, perlomeno in alcuni casi, all'esordio del quadro clinico può manifestarsi con un impulso suicidario.

L'interpretazione psicoanalitica di questo fenomeno è che in tali casi gli individui, dopo aver raggiunto normalmente lo stadio edipico ed avere assunto come oggetto d'amore un genitore, non riescono nella pubertà a spostare l'interesse istintuale, come normalmente dovrebbe avvenire, su oggetti diversi dal genitore. Tale situazione può indubbiamente determinare una regressione con rimozione degli interessi istintuali legati al genitore e dunque una mancata gratificazione dei desideri ad essi legati, che può produrre, temporaneamente, oltre alla sensazione di spiacevole tensione tipica della Depressione, anche impulsi autodistruttivi. Nella Schizofrenia invece la regressione, in linea generale, riporta ad uno stadio narcisistico talmente profondo da far perdere le tracce anche del desiderio relativo all'oggetto primario e quindi anche dello stato tensorio ad esso collegato; ne consegue che non vi possono essere impulsi autodistruttivi.

Da quanto finora esposto appare abbastanza chiaro che l'idea di morte è consequenziale alla presenza di tensione dolorosa che nasce da un conflitto intrapsichico allorquando il desiderio viene rimosso per manifesta impossibilità di gratificazione; ciò spiega perché gli impulsi suicidari sono presenti in alcune psicopatologie mentre non lo sono mai nelle patologie organiche. Le cariche energetiche legate al desiderio restando quindi sospese, per così dire, tra le due istanze psichiche della realtà e del piacere/dispiacere, tendonoad accumularsi. Proporzionalmente all'accumularsi delle cariche energetiche aumenta anche la tensione dolorosa e quindi anche gli impulsi autodistruttivi e quindi anche l'idea di morte. Tale dinamica si presenta con le stesse caratteristiche anche durante gli Episodi Depressivi dei Disturbi Bipolari. Dopo aver esaminato l'idea di morte nella Depressione e nella Schizofrenia, ci soffermeremo adesso anche sull'idea di morte nelle varie psiconevrosi.

Iniziamo il nostro ragionamento dalla Fobia Specifica. Questa Psiconevrosi è caratterizzata da uno stato di terrore irragionevole,

perché causato non da problemi reali o pericoli, ma da aspetti ordinari della vita, come un fulmine a ciel sereno, per così dire. Questi soggetti temono di essere malati, accusano cefalea, dolori epigastrici, pelvici e lombosacrali, dormono male, parlano di suicidio e possono tentarlo anche se in modo poco credibile. Se gli viene chiesto perché desiderano porre fine alla loro vita, rispondono che sono stati malati così a lungo da non poter più tollerare tale agonia oppure che è successo qualcosa nella loro mente oppure che tutto gira attorno a loro e si sentono confusi, oppure che qualcosa è sceso e ha coperto il cervello per cui non provano alcuna sensazione, oppure che sanno che finiranno al manicomio, oppure che moriranno prima dei 33 anni. Se l'agitazione è elevata ovvero se è presente anche Topofobia ovvero se il soggetto parla spesso di morte, quasi sicuramente farà uno spettacolare tentativo di suicidio.

Nel Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali il paziente parla spesso di morte, ma non compie tentativi di suicidio, nemmeno dimostrativi; alla domanda sul perché egli desideri porre fine alla propria vita, risponde perchè la malattia gli rende la vita non degna di essere vissuta.

La Fobia Specifica, tra tutte le Psiconevrosi, è quella che presenta la più alta percentuale di suicidio. I metodi più utilizzati per suicidarsi sono annegamento o ingestione di sostanze velenose; tuttavia i pazienti affetti da questa patologia possiedono ancora l'istinto di autoconservazione per cui in caso di avvelenamento sono propensi, a differenza di chi tenta un suicidio vero, a rivelare il nome dei veleni assunti, mentre, in caso di annegamento, scelgono acque poco profonde e, in entrambi i casi, fanno questi tentativi se ci sono vicino delle persone che possono salvarli. La Fobia Specifica è dovuta ad un conflitto intrapsichico e maggiore è la sua intensità maggiore sarà la probabilità di un suicidio; il funzionamento psichico è più controllato e quindi ad un livello più alto rispetto a quello della Depressione. In questo quadro clinico l'interesse istintuale non viene applicato su oggetti esterni apparentemente per uno sforzo conativo, in realtà per effetto della rimozione, ma viene deviato sul proprio sé per cui il

paziente ansioso, pur non subendo una regressione narcisistica, presenta marcati tratti di narcisismo nella sua struttura personologica, cosa che porta ad una ridotta capacità di elaborazione cognitiva della realtà. Questo tipo personologico corrisponde a quello definito "introverso" da Carl Gustav Jung.

I pazienti affetti da Disturbo Ossessivo-Compulsivo parlano spesso della morte e della fine di ogni cosa a causa della propria sintomatologia, ma in modo poco convincente, come se stessero scherzando. Un paziente affetto da questa patologia ha praticamente lo stesso entusiasmo per la vita di un individuo da essa esente, eccettuando il fatto che la sua esperienza di vita è più complicata per la sua problematica. L'idea di morte in questa patologia, infatti, benché insorga fondamentalmente per le stesse cause delle altre psiconevrosi, non è forte né persistente né porta ad atti autodistruttivi perché in esse agisce quel dinamismo psichico definito spostamento che risolve il conflitto, che, deviando la tensione dolorosa dall'interno su un oggetto o su un'attività esterna, crea la sintomatologia osssessivo-compulsiva.

A questo punto visto che dalle evidenze scientifiche si deduce che nelle varie psicopatologie l'idea di morte è sempre presente, sia pure con livelli di intensità differente, e che poi tale idea si può tramutare in un impulso suicidario e questo a sua volta in un atto auto-distruttivo, bisogna chiedersi quale sia il significato della morte per questi pazienti. Per un individuo con un funzionamento psichico normalmente influenzato dal principio della realtà, la morte, certamente non desiderata, è l'inevitabile fine della vita umana; in un paziente affetto da psicopatologia essa invece assume un significato totalmente diverso in quanto viene considerata come uno stato di riposo dalla tensione interiore spiacevole, talmente desiderato da mettere in atto un suicidio le cui eventuali conseguenze per altre persone non vengono considerate o quasi. La morte è immaginata dai pazienti affetti da psicopatologia come un sonno che porta il dono dell'oblio, una via di fuga da quella che lui chiama "la pressione della vita" e il suo significato come connotante la conclusione finale della

propria storia individuale, non è affatto considerato; in altre parole per essi la morte è come il sonno e la tendenza ad essa è uno sforzo dell'organismo per ristabilire un equilibrio in atto alterato per cui in altre parole, rientra tra le attività del principio di piacere.

Le varie psicopatologie si accompagnano a variazioni, non facilmente misurabili, del normale stato fisiologico corporeo. Ci sono cambiamenti sia nella funzionalità delle ghiandole endocrine sia nell'attività della secrezione degli autacoidi i cui livelli sono decisamente diversi da quelli normalmente esistenti causando uno squilibrio biochimico. Le ricerche finora non sono riuscite a trovare soddisfacenti spiegazioni a tali variazioni. Ivan Petrovič Pavlov (N.d.T.: Rjazan', Tsentralnyy, 26 Settembre 1849 - San Pietroburgo, 27 Febbraio 1936) ed i suoi collaboratori hanno provato con diversi esperimenti che stimoli psichici possono aumentare o diminuire le secrezioni dei fluidi corporei, quali il succo gastrico; altre ricerche hanno provato che altri stimoli psichici inducono le ghiandole surrenali a rilasciare in circolo maggiori quantità di adrenalina e che le secrezioni del timo e dell'ipofisi hanno un ruolo nello sviluppo dell'apparato sessuale. È noto, inoltre, che l'Ipertiroidismo o Sindrome del Gozzo Esoftalmico determina un quadro clinico simile a quello del Disturbo d'Ansia Generalizzata, tranne per il fatto che in esso non è presente, a differenza di quest'ultimo, l'idea di morte. Tali fatti, nonostante la relativa assenza di conferme sperimentali, provano gli effetti degli stimoli psichici sul livello di funzionalità delle ghiandole che a sua volta determina squilibri biochimici che, a loro volta, possono alterare il comportamento degli individui.

Hugh Crichton-Miller (N.d.T.: Genova, Liguria, Italia, 5 Febbraio 1877 – Londra, 1 Gennaio 1959) al Convegno Annuale della British Medical Association, tenutosi a Glasgow nel 1923, espose una teoria secondo la quale alcuni tipi di personalità potrebbero essere associati ad una maggiore produttività, rispetto al normale, di una data ghiandola endocrina: affermò di aver trovato connessioni certe fra una iperfunzionalità della tiroide con il tipo artistico creativo, dell'ipofisi con la volontà di potere individuale come quella di Napoleone

Bonaparte (N.d.T.: Ajaccio, Corsica, Francia, 15 Agosto 1769 – Longwood, Sant'Elena, Ascensione e Tristan da Cunha, Regno Unito, 5 Maggio 1821), del surrene con un tipo di uomo d'azione estroverso come potrebbe essere un ufficiale navale britannico. Non trovò alcuna correlazione fra un'iperattività delle ghiandole sessuali e qualche tipo di personalità; se lo avesse fatto, ci saremmo aspettati di trovare una logica correlazione con amanti, poeti e persone affette da psicopatologia! I fisiologi ora suppongono che la secrezione degli ormoni prodotti a livello testicolare ed ovarico abbia delle correlazioni con quella tiroidea o corticosurrenalica (N.d.T.: ricerche successive dimostrarono la veridicità di tali supposizioni).

Per quanto riguarda eventuali risvolti sul sistema nervoso, tutt'altro che evidenti o confermati, si suppone che un'ipersecrezione degli ormoni sessuali, stimolando il nervo vago, possa determinare una vagotonìa. Su questo argomento Hans Eppinger (N.d.T.: fu un medico nazista nel campo di sterminio di Dachau in Baviera, Germania; Praga, 5 gennaio 1879 – Vienna, 25 settembre 1946) e Leo Hess (N.d.T.: noto neurologo del tempo, alla nascita Leo Hescheles fuggì negli USA in quanto ebreo; Vienna, 6 Febbraio 1879 - Brookline, Massachusetts, USA, 17 Agosto 1963) hanno affermato che la vagotonia può facilmente oltrepassare i limiti fisiologici; nei soggetti sensibili alla pilocarpina, il tono dell'intero sistema autonomo vagale è aumentato, cosa che provoca a livello clinico iperacidità gastrica, bradicardia fisiologica, lieve aritmia respiratoria, eosinofilia, costipazione spastica, vasodilatazione, tendenza all'iperidrosi e alla salivazione; inoltre essa provoca diatesi linfatica, artritica ed essudativa nei bambini. David Orr (N.d.T.: ? - ?) intervenendo dopo la relazione tenuta da Richard Gundry Rows (N.d.T.: Tresprison, oggi facente parte della municipalità di Helston, South West England, 1866 - Prestwich, oggi facente parte della municipalità di Manchester, 8 Gennaio 1925), al Convegno annuale in onore del Dr. Alexander Morison (N.d.T.: fu uno dei primi psichiatri inglesi; Edimburgo, 1 Maggio 1779 - Edimburgo, 14 Marzo 1866) disse che il nervo vago è strettamente correlato al sistema timolinfatico; la resezione del vago, infatti, è seguita da diverse atrofie quali quella acuta gialla della corteccia del timo, dei follicoli linfatici della milza, della sostanza corticale delle

ovaie e dei testicoli nonché da leucopenia linfatica. Da tali correlazioni si può dedurre che il trofismo di questi organi è in gran parte regolato dal nervo vago. L'emozione è un fattore molto importante nella genesi delle Distonie Neurovegetative; gli stati psichici, anche fisiologicamente, possono determinare variazioni nell' asse endocrino-simpatico. È comune osservare dopo paura o sofferenza psichica il rapido sviluppo di Clorosi, Morbo di Addison, Emicrania, Coliche Renali, Neuropatia Diabetica, Iperidrosi, Angina Pectoris, Somatizzazioni Angiocutanee. La condizione opposta alla vagotonia è la simpaticotonia, caratterizzata da ipertermia tachicardica, metabolismo rapido, atonia gastrointestinale, vasocostrizione con ridotta secrezione di sudore ed iposalivazione. Se l'organismo non riesce a regolare l'equilibrio tra queste due opposte funzioni, andrà incontro ad uno stato patologico.

Le Psiconevrosi e la Sindrome Bipolare presentano una miscela di sintomi da Vagotonia e da Simpaticotonia, ma senza dubbio l'ipotimia e l'idea di morte sono associate in modo più marcato ai sintomi vagotonici. Non è stato ancora provato sperimentalmente che questi sintomi siano correlati con una iperproduzione di ormoni né di altri fluidi da parte degli organi sessuali, tuttavia, quando si riscontra una diminuzione dei normali livelli di ormoni sessuali, aumenta a scopo compensativo l'attività secretoria delle ghiandole surrenali, della tiroide e dell'ipofisi; tale incremento produttivo induce la vagotonia. La vagotonia si verifica in alcuni periodi nella vita di un individuo, quali la prepubertà ed il climaterio, che coincidono con l'esordio di varie psicopatologie, a loro volta correlate con gli impulsi di morte; sempre in questi periodi si riscontra un aumento degli impulsi sessuali, i quali ove non possano essere gratificati, si tramutano in stati interiori di spiacevole tensione che può arrivare a configurarsi spesso come ansia e talvolta addirittura come terrore. Si può quindi affermare che l'idea di morte, l'impulso autodistruttivo ed il suicidio presenti nelle psicopatologie sono da attribuire al mancato scarico delle energie sessuali ed alla rimozione del desiderio, dinamismi che portano ad alterazioni della normale produzione ormonale.

Potrebbe essere opportuno ora considerare, da un punto di vista biologico, quello che avviene negli organismi unicellulari.

Recenti esperimenti effettuati da Lorande Loss Woodruff (N.d.T.: noto protozoologo dell'epoca; New York, 14 Luglio 1897 - New Haven, Connecticut, USA, 23 Giugno 1947) sugli organismi unicellulari hanno dimostrato che essi:

1. vivranno indefinitamente e continueranno a moltiplicarsi indefinitamente se il terreno di coltura viene cambiato totalmente ad ogni nuova generazione;

2. si indeboliranno progressivamente, ad ogni generazione, fino a morire se il terreno di coltura non viene cambiato, probabilmente a causa delle proprie escrezioni.

I risultati di questi esperimenti, disconfermando la teoria di August Weismann secondo cui l'organismo unicellulare e i suoi discendenti sono immortali, correlano l'organismo unicellulare, che non ha un ciclo sessuale, con l'organismo pluricellulare, che ha un ciclo sessuale, permettendoci di inferire che esiste una tendenza naturale alla morte, tranne in ciò che viene modificato in quanto destinato alla riproduzione. Questo plasma, per così dire, tende a unirsi con un altro plasma similmente modificato dando origine ad una nuova generazione, contenente all'interno del suo organismo sia un plasma-soma con un ciclo di vita-morte (N.d.T.: oggi sappiamo che sono gli autosomi) sia un plasma-germinale con un ciclo auto-rigenerativo (N.d.T.: oggi sappiamo che sono i cromosomi sessuali). La biologia ammette solo due tipi di tendenze nell'organismo, una che punta alla conservazione dell'individuo e l'altra a quella della specie. Se entrambe queste tendenze saranno state soddisfatte, l'individuo avrà avuto un ciclo biologico completo, infatti se durante il proprio ciclo vitale, egli sarà riuscito a procreare, alla morte del suo plasma-soma, il plasma germinale continuerà a vivere nella discendenza mentre se non sarà riuscito a procreare, allora con la morte del plasma-soma, morirà anche il plasma germinale.

Alla fine di questa esposizione, possiamo imputare la genesi dell'idea di morte nelle varie psicopatologie:

- da un punto di vista psicologico alla spiacevole tensione

intrapsichica dovuta al fallimento del disinvestimento dell'interesse istintuale dagli oggetti esterni primari e/o al reinvestimento degli oggetti di esso sugli oggetti esterni sostitutivi;

• da un punto di vista fisiologico a variazioni nell'equilibrio biochimico degli ormoni e degli autacoidi, che rendono difficoltoso l'adattamento dell'organismo agli stimoli esterni ed interni;

• da un punto di vista biologico al fallimento dell'istinto di conservazione dell'individuo, dell'istinto di conservazione della specie o di entrambi.

BIBLIOGRAFIA

In questa bibliografia i curatori rispetto a quella originale hanno:

• integrato le opere mancanti citate direttamente o indirettamente;
• corretto gli errori di digitazione ed i dati errati;
• aggiunto le edizioni italiane, ove presenti.

1. James Drever, Instinct in man: a contribution to the psychology of education, Cambridge University Press, Cambridge, 1917.

2. Hans Eppinger and Leo Hess, Vagotonia: a clinical study, in Journal of Nervous and Mental Disease, vol. XLI, no. 7, pp. 468-472, New Era Printing Company, Lancaster, July 1914.

3. Sigmund Freud, Introduzione alla psicoanalisi, in Opere vol. VIII Introduzione alla psicoanalisi e altri scritti 1915-1917, pp. 189-611, Bollati-Boringhieri, Torino, 1989, comprende:

1. Introduzione e gli atti mancati, pp. 189-258
2. Il sogno: pp. 259-406
3.Teoria generale delle Nevrosi: pp. 407-611.

Edizione tedesca originale, Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse, enthalt:

1. Die Fehlleistungen, vortrag auf Wien Universitat in Oktober- November 1915 - Veröffentlicht, Hugo Heller und Kompanie, Wien, Juli 1916;

2. Der Traum, vortrag auf Wien Universitat in December 1915-Marz 1916 - Veröffentlichtt, Hugo Heller und Kompanie, Wien, September 1916;

3. Allgemeine Neurosenlehre, vortrag auf Wien Universitat in Oktober 1916- Marz 1917 - Veröffentlicht Hugo Heller und Kompanie, Wien, Marz 1917.

Edizione tedesca II monografica col titolo „Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse", Hugo Heller und Kompanie, Wien, Oktober 1917 - Pubblicato revisionato nel 1918 (Hugo Heller und Kompanie, Wien), nel 1920 (Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien), nel 1922 (Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien) ed infine nel 1924 1924 (in Gesammelte Schriften, band VII, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien).

4. Carl Gustav Jung, Psicologia dell'inconscio, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1947 - Edizione tedesca originale, Uber Die Psychologie der unbewufiten Prozesse, Rascher Verlag, Zurich, December 1916.

5. David Orr, The interdependence of the sympathetic and central nervous systems in relation to the psychoneuroses: appendix to the Morrison Lectures 1920, in Edinburgh Medical Journal, vol. XXV, part II, no. 4, pp. 243-259, Oliver & Boyd, Edinburgh, October 1920.

6. Richard Gundry Rows, Functional mental illnesses: Morrison Lectures 1920, in Edinburgh Medical Journal, Oliver & Boyd, Edinburgh, includes:
1. vol. XXV, part II, no. 2, pp. 76-91, August 1920;
2. vol. XXV, part II, no. 3, pp. 166-177, September 1920.
3. vol. XXV, part II, no. 4, pp. 228-242, October 1920.

7. Charles Spearman, The nature of intelligence and the principles of cognition, Macmillan and Company Publishers Limited, Londra, 1923.

GIUGNO 1929

ANALISI DELL'AMBIVALENZA PSICOSESSUALE FEMMINILE

A CURA DI
MARCELLA FRANCO - MARTINA PANDETTA
GABRIELE ROMEO

NOTE EDITORIALI

Connell all'inizio del 1929 si recò nelle Isole Melanesiane Trobriand (oggi ufficialmente note come Isole Kiriwina in Papua Nuova Guinea) dove vi era stato per affari durante il periodo in cui aveva vissuto in Australia. Si era accorto, già prima di diventare psicoanalista, che l'ordinamento sociale di tale isola era di tipo matrilineare, ossia caratterizzato dall'attribuzione ai figli della sola genitorialità materna (in quanto essendo in questo tipo di cultura i rapporti sessuali assolutamente liberi diviene impossibile individuare i padri) e dall'assenza di differenze economiche, culturali e sociali tra i due sessi. Pensò dunque, ora che era divenuto psicoanalista, stimolato anche dagli studi di Bronislaw Kasper Malinowski proprio in quell'isola, di utilizzare queste nozioni per condurre una ricerca sull'invidia del pene; si accorse presto che tale fenomeno era totalmente assente in quella società e trasse le conclusioni che esso non era dunque una tappa pià o meno predeterminata dello sviluppo psicosociale bensì un semplice simbolismo dell'invidia per il miglior posizionamento sociale dell'uomo derivante che deriverebbe da un retaggio storico di inferiorità delle donne in tal senso ed avrebbe pertanto valenza sociologica e non certamente psicologica né tantomeno psicoanalitica. L'invidia del pene maschererebbe quindi in realtà il desiderio di godere delle stesse libertà e possibilità sociali ed economiche degli uomini e non certo il desiderio di avere l'organo maschile in senso anatomico; quando in effetti, in casi rarissimi, essa rappresenta il desiderio del fallo in senso anatomico, vuol dire che si è in presenza di una psicopatologia. L'autore pertanto nella parte finale del saggio descrive due casi di invidia del pene e di ambivalenza psicosessuale femminile da lui stesso trattati. Nella lettura del testo si può apprezzare la profonda conoscenza di Connell della mitologia egizia.

Ritornato ad Edimburgo i primi di Giugno 1929, il giorno 20 dello stesso mese espose le sue riflessioni in merito a quanto indagato alla Medical Section of the British Psychological Society a Londra in una

relazione dal titolo *Analisi dell'ambivalenza psicosessuale femminile* (titolo originale inglese, *An analysis of psycho-sexual divalence in women*). Questo saggio è il testo della citata relazione che fu pubblicato col medesimo titolo nel British Journal of Medical Psychology, vol. IX, part 3, pp. 243-257 per i tipi della Cambridge University Press di Cambridge il 1 Settembre 1929.

Questo scritto, finora inedito in italiano, é stato tradotto anche nel presente volume con lo stesso titolo della relazione.

Nel testo i numeri tra parentesi indicano la voce bibliografica da consultare per maggior approfondimenti sul tema.

Nella traduzione abbiamo sostituito gli ormai desueti termini Vaginismo e Dispareunia con quello più attuale di Disturbo del Dolore Gentipelvico e della Penetrazione.

SAGGIO

1. MOTIVAZIONI ECONOMICHE ALLA BASE DEI SENSI D'INFERIORITÀ FEMMINILE

Le finalità di questo saggio sono quelle di dimostrare che i sensi di inferiorità femminile, laddove presenti, si generano per interiorizzazione di una discriminazione sociale della donna che viene posta in essere per motivi economici in quanto impossibilitata a produrre lo stesso reddito di un uomo avendone biologicamente, almeno in linea generale, un'inferiore forza ed un'inferiore velocità. Questo fattore economico influenza, in modo tanto rilevante quanto sottile, l'atteggiamento affettivo dei genitori ed il riconoscimento sociale a favore dei maschi. Tutti i gruppi sociali nei quali vi sia anche un aspetto economico valorizzeranno i maschi perché saranno questi ultimi a finanziarli maggiormente visto l'enorme divario economico con le femmine. L'importanza del ruolo giocato dal fattore economico si rileva dalla superiorità attribuita in moltissime società ai maschi in modo del tutto naturale, per non dire assiomatico (20), come affermato da alcuni insigni autori, fra i quali Alfred Adler (N.d.T.: Vienna, 7 Febbraio 1870 – Aberdeen, Scozia, 28 Maggio 1937). Gina Lombroso (N.d.T.: Pavia, Lombardia, Italia, 5 Ottobre 1872 – Ginevra, Canton Ginevra, Svizzera, 27 Marzo 1944) sostiene che il desiderio di piacere ed il lavorìo mentale per dare un senso alla propria esistenza, che nasce ai tempi nostri dal bisogno dell'approvazione altrui (21), è più presente nelle femmine rispetto a quello di battere il maschio in campo economico. Il bambino prende il pezzo di torta più grande, la bambina desidera un pezzo quasi altrettanto grande ma soprattutto l'approvazione dei genitori per cui prenderà quello più piccolo. Ma se la donna non è sposata o se i genitori la incitano, per non dire obbligano, a lavorare, finirà che la gratificazione dello stipendio sostituirà la gratificazione della maternità. Non mi addentrerò ulteriormente in questo argomento sia perché esso non rientra tra quelli previsti da questo saggio sia perché esso rientra in campo sociologico e non psicopatologico, sebbene un clinico non possa non notare quanto malessere possa nascere quando

si perseguono obiettivi economici a scapito di quelli biologici.

2. FILOGENESI DEL COMPLESSO D'INFERIORITÀ FEMMINILE

Uno studio (19), scientificamente ben delineato ed accuratamente eseguito su una razza ad un livello di cultura primitivo, è quello del famoso antropologo Bronislaw Kasper Malinowski (N.d.T.: Cracovia, Malopolskie, Polonia, 7 Aprile 1884 – New Haven, Connecticut, USA16 maggio 1942) sugli abitanti delle Isole Melanesiane Trobriand (oggi ufficialmente note come Isole Kiriwina in Papua Nuova Guinea); le conclusioni di tale studio (N.d.T.: peraltro verificate dallo stesso Connell) dimostrano che in questi isolani vi è una totale assenza nei sogni, nelle tradizioni, nei miti e nelle credenze, di qualunque riferimento collegabile all'invidia del pene. La spiegazione di tale fenomeno risiede nel fatto che in quelle isole vige una società con un'organizzazione di tipo matrilineare.

3. MITOLOGIA DEL COMPLESSO DI CASTRAZIONE FEMMINILE

In psicopatologia è abbastanza importante il senso di inferiorità che nasce in alcune donne per via del loro sesso; esse percepiscono la femminilità come subalterna alla virilità, per mancanza del fallo. Per capire la natura di questo fenomeno psichico, occorre sempre fare riferimento al background mitologico; la mitizzazione della castrazione femminile si riscontra in molti culti lunari, fra i quali uno dei più noti è appunto quello di Horus, che si colloca in epoca storica successiva alla nascita della cultura matrilineare delle Isole Melanesiane Trobriand. Horus (2), fu il dio delle prime dinastie di faraoni. Nella necropoli di Giza, in Egitto, c'è la colossale statua in pietra della sfinge che è stato spesso associata con Horus (7), il quale d'altronde era venerato sotto molte altre forme, a volte addirittura solo come un viso; a tal proposito va detto che Horus, infatti, significa "volto" (4). Questo aspetto collega Horus con un'altra divinità egizia, Ptah "dal bel volto" (3); Ptah è descritto come l'uovo della luna (N.d.T.:

il termine uovo è da intendersi come nucleo di formazione) o come il creatore dell'uovo della luna e, a volte, anche come creatore dell'uovo del sole (5). L'uovo è un simbolo comune della luna. È da tenere presente che il culto di Ptah era intrinsecamente contradditorio, in quanto Ptah era venerato e raffigurato sotto due forme: la prima era di belle sembianze e veniva definita "dal bel volto" mentre nella seconda veniva pensato come un nano deforme e zoppo, definito l'embrione (6). Tale contraddizione si evidenziava anche sul simbolo che rappresentava maggiormente tale culto, ossia il sistro (N.d.T.: antico strumento musicale a corda molto usato nell'antico Egitto) che veniva considerato essere anche un simbolo della verginità (N.d.T.: qui l'autore intende sottolineare la contraddizione tra la manipolazione necessaria per l'uso dello strumento e la simbologia dell'assenza di manipolazione, cioè la verginità); con tale duplice simbologia nel culto di Ptah venivano raffigurati gli opposti aspetti di verginità e fecondità.

Horus, nella mitologia egizia, è collegato anche a Seth; Seth, fratello di Iside ed Osiride (fratello e sorella oltreché sposi), uccise quest'ultimo per divenire faraone al posto suo. Iside riportò in vita magicamente Osiride per poter avere un rapporto sessuale; dopo il rapporto lo spirito di Osiride divenne il Dio dei morti mentre il suo corpo veniva fatto a pezzi da Seth. Da questo rapporto nacque Arpocrate, che pertanto veniva raffigurato come un bambino o come un feto (8); Arpocrate, crescendo, divenne Horus che veniva identificato col faraone quando questi era in vita. Dopo la morte il faraone veniva identificato con Osiride. Diventato grande Horus affrontò lo zio Seth e lo uccise, dopodiché rivendicò per sé il titolo di faraone e sposò la madre, con la quale intratteneva regolari rapporti sessuali; durante uno di questi rapporti fu generato Osiride piccolo per cui Horus diveniva il padre di suo padre (9).

I riti in onore di Horus erano praticati l'ultimo giorno del mese lunare con grandi ornamenti costruiti col fior di loto; al sorgere della luna nuova, il faraone toglieva in pubblico gli indumenti notturni per vestire quelli diurni (10). Horus era impegnato per tutto il ciclo lunare nella lotta con Seth, simboleggiante la metà oscura della luna. Seth aveva ucciso e fatto a pezzi Osiride sotto forma di un ippopotamo

rosso; Horus vendicò il padre uccidendo e facendo a pezzi Seth. Seth ed Horus, chiamati col termine "i due uomini" (11), periodicamente perdevano la loro forma umana diventando orsi o ippopotami (12). Seth gettò il suo seme in faccia a Horus (13) e morse e ingoiò il suo occhio sinistro (14); Horus castrò Seth (15). Al termine del ciclo lunare, tuttavia, Seth rigurgitò l'occhio di Horus (17). L'occhio rimanente di Horus era noto come "L'occhio di Horus sotto la mano di Seth" (16). Talora Horus veniva raffigurato nelle statue col solo volto senza occhi. L'invocazione a Horus era: "Vecchio bambino è il tuo nome; figlio dell'uovo è il tuo nome; sera è il tuo nome; quello che circola è il tuo nome; luna è il tuo nome (18). In tale invocazione ad Horus viene attribuito un simbolismo sia maschile che femminile.

Nei sogni delle donne, che si sentono inferiori agli uomini per nascita o per rappresentazione inconscia di una castrazione, spesso appaiono simboli che possono essere collegati al mito della lotta di Horus e Seth, quali infliggere ferite, rimozione di una parte del corpo dell'avversario, tentativi di impossessarsi di un pene, lotte con deglutizione di un occhio o emissione di seme, taglio in pezzi dell'avversario, desiderio da parte della metà lunare, oscura e castrata del sé per la metà solare, luminosa ed integra.

Benchè questi miti appartengano a tempi storicamente remoti, va detto che i desideri, dei quali erano espressioni, sono ancor oggi presenti nella nostra struttura psichica in modo pressoché inalterato, per cui non sorprende che simbolismi lunari continuino a manifestarsi nei sogni di alcuni pazienti.

In molti miti la femminilità è collegata con l'oscurità e con la luna mentre la mascolinità è collegata con la luminosità e col sole.

4. MITO E IMMAGINE

Appare evidente che un individuo riproduca a livello ontogenetico durante la gestazione con le proprie mutazioni fisiche quelle filogenetiche del genere umano e dopo la nascita col proprio sviluppo psicologico, quelle culturali; nell'immaginario eidetico, nel gioco, nei sogni e nelle fantasie di bambini e adolescenti riappaiono i miti dei

livelli passati di cultura.

Il mito è una proiezione psicologica sull'ambiente di impulsi e desideri inconsci. La creazione di miti non è possibile in razze animali diverse da quella umana in quanto esse possiedono le funzioni psichiche senso-percettive ma non quelle simboliche e immaginative.

5. IL MITO COME EQUIVALENTE ONIRICO

I miti sono espressione di desideri fondamentali dell'individuo molto diffusi nella collettività quali potere, sicurezza, unità, resilienza; tali desideri vengono espressi anche in altri fenomeni quali sogni, culti religiosi, creazioni artistiche.

6. RELAZIONE TRA COMPLESSO, MITO E SOGNO

I miti, come peraltro i sogni, sono espressione di elaborazione/ soddisfazione di desideri arcaici o di frustrazione per desideri non esperiti; nel primo caso il passaggio al mito è diretto mentre nel secondo caso i desideri frustrati perché rimossi fanno nascere dei complessi individuali i quali a loro volta, essendo uguali in tutti gli individui o quasi, fanno insorgere i miti. I desideri vengono rimossi per opera di meccanismi censori, a prescindere dalla possibilità o dall'opportunità di essere realizzati. La trasformazione del desiderio frustrato a mito è quindi un tentativo di compensazione perché esso viene così trasferito dal mondo interno a quello esterno. I "no" del padre o della madre si integrano nella psiche del bambino dell'adolescente coi divieti delle istituzioni educative e sociali andando a costituire quell' istanza strutturale della psiche nota col nome di Super-Io (1) che da adulto servirà a influenzare in senso morale il nostro comportamento, a volte anche inconsciamente, facendo nascere sensi di inferiorità o di colpa.

7. COMPLESSO DI INFERIORITÀ FEMMINILE

Riveste una certa importanza in psicopatologia il vissuto di alcune donne che percepiscono la propria femminilità come un qualcosa di inferiore causato dalla sfortuna di non essere nato maschio o da una

castrazione subita in età infantile per cui assumono una serie di comportamenti simbolicamente compensatori. La femmina in età infantile si accorgerà che le manca il pene posseduto invece dai maschi; probabilmente in seguito a questo fatto porrà delle domande che rimarranno senza risposta o che avranno risposte non soddisfacenti. La semplice constatazione di non possedere il fallo ed anche l'assenza di risposte, in senso assoluto o parziale, alle sue domande non basteranno, tuttavia, a far nascere un senso d'inferiorità. Tale sensazione scatterà quando noterà delle differenze attentive ed affettive col maschio negli atteggiamenti dei genitori e delle varie agenzie sociali. Tali differenze sono tuttavia presenti solo in quelle società organizzate in modo tale da creare una discrepanza economica tra femmina e maschio; visto che quest'ultimo produrrà un reddito maggiore, sarà più attenzionato. La femmina invece di recepire le motivazioni di questi atteggiamenti per come sono in realtà, si va convincendo che il maschio è oggetto di una maggior quantità d'amore in quanto possessore del fallo e da qui scatta una sensazione d'inferiorità impossibile da colmare per ovvi motivi cui seguono propositi di vendetta. Queste sensazioni si possono diffondere talmente tanto in una certa società da far nascere dei miti compensatori.

Una bambina di cinque anni aveva sviluppato una fantasia nella quale la comparsa di tuoni indicava che Dio dapprima creava i bambini in cielo e poi, dopo averli messi in fila, imprimeva il proprio dito come se fosse un marchio nell'ombelico di ognuno di essi e diceva "Ora sei completo"; questa bimba, avendo notato la differenza col fratello, chiese alla madre come mai lei non fosse completa; la madre, che evidentemente non aveva sensi di inferiorità, le rispose in modo protettivo e sensato: "Perché tu sei una bambina e Dio nel tuo corpo ha messo un borsellino che quando sarai grande si riempirà con la presenza di un bambino; tuo fratello invece è un maschio e quando sarà grande diventerà padre".

Un'altra donna, che aveva vari problemi, fra i quali una Nevrosi, e che aveva avuto una sola gravidanza con un decorso complicato che le

aveva causato forti sofferenze, partorì una bambina che all'età di cinque anni le chiese: "Perché non ho il pene?". La madre rispose che lei valeva quanto un ragazzo e come tale l'ha vestita ed educata. La bambina ha continuato a ripetere la stessa domanda per dodici o tredici mesi. Quando questa bambina crescerà il suo orientamento sessuale potrebbe essere di tipo omosessuale o bisessuale.

8. COMPLESSO DI CASTRAZIONE FEMMINILE

Quando una bambina nutre sensi d'inferiorità e li associa alla mancanza del fallo, nasce quel complesso che venne denominato da Karl Abraham (N.d.T.: Brema, Brema, allora Città Libera di Brema, oggi Germania, 3 Maggio 1877 – Berlino, Brandemburgo, Germania, 25 Dicembre 1925) in un saggio del 1921 (22) complesso di castrazione femminile. Questo complesso si può manifestare in donne nevrotiche come componente di un corteo sintomatologico più ampio o in donne non nevrotiche come unica manifestazione patologica all'interno di uno stato mentale peraltro equilibrato.

Karl Abraham afferma che tale complesso si può esprimere con due modalità, entrambe inconsce, che possono presentarsi tanto in forma singola quanto in forma associata; la prima modalità consiste nel rifiuto del proprio sesso associato a fantasie di voler possedere un pene diventando così di sesso maschile come fenomeno riparatorio mentre la seconda consiste nella nascita di fantasie di supremazia sui maschi come fenomeno rivendicativo. Queste due modalità sono correlate a comportamenti consapevoli, il primo di tipo omosessuale ed il secondo di tipo sadico.

9. DIFFICOLTÀ CONIUGALI

Se si studia più da vicino l'andamento matrimoniale di una donna equilibrata e quello di una donna sofferente di complesso di castrazione, si evidenzierà in essi una palese differenza.

La donna equilibrata sperimenta col marito un senso d'unione che Freud ha chiamato "complicità" (Thralldom) che rende il matrimonio una soddisfazione e non un peso da sopportare (23). Gina Lombroso

ha ripreso il concetto freudiano di complicità rinominandolo "alterocentrismo" come concetto opposto a quello di egocentrismo (24).

La donna sofferente di complesso di castrazione, qualunque sia il tipo di modalità reattiva manifestata, porta intrinseca con sé la rinuncia alla femminilità che si manifesta maggiormente dopo il matrimonio, proprio quando il ruolo di moglie dovrebbe essere assunto o goduto. Ella ha lineamenti tesi, si dichiara sfiduciata, si vendica sul marito criticandolo continuamente, manifesta Disturbi del Desiderio e dell'Eccitazione ovvero Vaginismo, attua comportamenti egocentrici e seduttivi nei confronti di altri uomini.

Durante il rapporto sessuale, la donna che ha un complesso di castrazione non muove ritmicamente il bacino e la vagina è asciutta. Nella donna esente da tale problema la vagina è umida e vi sono movimenti ritmici del bacino perduranti fino all'orgasmo; in questo caso l'orgasmo è maggiormente gratificante e foriero di una sempre maggiore complicità col marito.

La differenza nel rapporto sessuale tra le donne con complesso di castrazione e e le donne da esso esenti non è da imputarsi ad un'eccitabilità sessuale di tipo anatomico, ossia di una maggiore o minore eccitabilità clitoridea, come potrebbe apparentemente sembrare, dal momento che il clitoride si può considerare come la controparte femminile del pene laddove la vagina invece non ha controparti nel maschio; essa in realtà è ben più complessa in quanto assume valenze più profonde: infatti le donne che hanno un complesso di castrazione si comportano fisiologicamente e psicologicamente in modo grossolanamente maschile quelle che non lo hanno si comportano in modo naturalmente femminile.

10. SOGNI DI VENDETTA E DI COMPENSAZIONE

Quanto finora esposto si può osservare anche nei sogni fatti durante la fase di sonno successiva al coito. I sogni possono avere contenuti sia di tipo riparatorio sia rivendicativo sia di entrambi i tipi, per come postulato da Abraham.

Una paziente nubile ma che intratteneva relazioni intime con un partner coniugato, dopo un coito sognò di spingere l'amante sotto un'automobile per cui il corpo di quest'ultimo si frantumava in piccoli pezzi come se fosse fatto di porcellana. Questa azione aggressiva non era dovuta a tendenze omosessuali né evidenti né latenti, in quanto al contrario ella gradiva molto il rapporto eterosessuale; stava piuttosto ad esprimere propositi di vendetta nei confronti del maschio a causa della frustrazione percepita in quanto mancante del fallo. La stessa paziente sognava spesso di avere una lunga coda simbolo onirico di compensazione e fantasticava spesso di poter divenire maschio. Aveva rinunciato alla propria femminilità, aveva orgasmi clitoridei accompagnati da secchezza vaginale ed era incline a fare aggressive avances sessuali piuttosto che indurle nel maschio con atteggiamenti seduttivi. In sintesi ella presentava un funzionamento ed un comportamento di tipo maschile.

11. SOGNI DI DIVENTARE MADRI

Sia che prevalgano le modalità comportamentali compensatorie sia quelle rivendicative, possono comparire sogni nei quali si realizza un desiderio di maternità. Durante un percorso analitico, tale tipo di sogno assumerà una valenza tra le quattro possibili:

1. partenogenetica, nella quale la sognatrice genera il figlio senza apporto maschile; tale sogno si rifà a fantasie le cui radici sono da collocarsi nel periodo anale durante l'apprendimento del controllo dello sfintere anale;

2. magica, nella quale la sognatrice osserva il figlio nascere dall'acqua; tale sogno si rifà a fantasie le cui radici sono da collocarsi nel periodo anale durante l'apprendimento del controllo dello sfintere vescicale;

3. premestruale, nella quale la sognatrice si identifica con un ani-male o con una donna adulta; tale sogno si rifà a fantasie le cui radici sono da collocarsi nel periodo immediatamente precedente alla fase puberale;

4. post-mestruale, nella quale la sognatrice partorisce una bimba

col fallo; tale sogno si rifà a fantasie le cui radici sono da collocarsi nell'adolescenza.

12. CONFLITTI TRA IMPULSO MATERNO E IMPULSO DI RIFIUTO

Il complesso di castrazione femminile agisce sull'istinto materno alterandone la finalità per cui il figlio rappresenterà un regalo compensativo della mancanza del fallo; ne consegue che lo scopo della maternità non sarà la creazione di un individuo a sé stante ma il possesso fusionale del figlio con nascita di una nuova entità. Tale processo generativo può essere tranquillamente definito simbiotico e non zigotico, anche se ovviamente solo in senso psicologico non essendovi, di fatto, alcuna alterazione biogenetica.

Può capitare talora che qualora insorgano difficoltà subito dopo il matrimonio venga detto agli sposi di stare tranquilli perché "Tutto migliorerà dopo la nascita del primo bambino". Questo detto popolare si è tramandato nel tempo perché si basa essenzialmente sulla convinzione che la nascita di un figlio possa convalidare socialmente il matrimonio e possa soddisfare anche il desiderio della sposa di essere come tutte le altre donne, cioè feconda e non sterile; ne consegue che la nascita di un bambino debba essere considerata come un evento sufficiente a far superare alla neo-madre ogni tipo di difficoltà. In realtà ho potuto osservare che spesso nelle donne che hanno un complesso di castrazione avviene l'esatto contrario in quanto l'arrivo del neonato non solo non crea una maggiore complicità coniugale ma non risolve neanche gli eventuali problemi sessuali pre-esistenti. Il risultato di tale nascita non avrà dunque alcuna influenza favorevole sull'andamento del matrimonio ed il figlio sarà allevato dalla madre con uno spirito di possesso che gli renderà difficoltoso il raggiungimento della propria autonomia psicologica.

13. CASI CLINICI

In un caso che chiamerei "Occhi e Naso", la paziente era la terzogenita di tre figlie. Il loro padre, alcolizzato e sadico, morì all'età

di cinquantacinque anni, quando la paziente aveva sedici anni. Ella pensava di avere il naso rosso per cui pensava che gli adulti (ma non i bambini) sia maschi che femmine lo osservassero con ribrezzo; questo sintomo apparve per la prima volta all'età di quattordici anni. A ventun' anni, quando iniziò il percorso psicoanalitico, il suo sintomo era talmente peggiorato che usciva da casa il meno possibile. Sottoposta al Word Association Test di Carl Gustav Jung, nell'edizione inglese tradotta da Montague David Eder (N.d.T.: Londra, 1 Agosto 1865 – Londra, 30 Marzo 1936), che lo scrivente usa all'inizio di un percorso psicoanalitico, per come descritto in un mio saggio di qualche anno fa (N.d.T.: vedi p. 45) i risultati da lei ottenuti sono stati: un aumento del tempo impiegato per completare il test sia per aumento del tempo di reazione medio (valore ottenuto 4,93" contro un valore medio di 1,50"; N.d.T.: è da segnalare che nella citata pubblicazione Connell aveva indicato un tempo di reazione medio di 1,75) sia per aumento del tempo di reazione ponderato (valore ottenuto 2,67" contro un valore medio di 1,25"; N.d.T.: è da segnalare che nella citata pubblicazione Connell aveva indicato un tempo di reazione medio di 1,50), sette parole associative fornite oltre 30" dalla parola-stimolo (N.d.T.: valore normale pari a 0) e solo il 19 per cento di reazioni allocentriche contro un valore normale del 46 per cento (N.d.T.: nella citata pubblicazione Connell aveva indicato per le reazioni allocentriche un valore medio di 42; è probabile che Connell che sia questa modifica che quelle precedenti ai valori normali della precedente pubblicazione siano state dettate dall'esperienza clinica maturata nel lasso di tempo intercorso fra il saggio precedente e questo). Tali risultati indicavano un Disturbo Depressivo Persistente. Riapplicando il test due giorni dopo i risultati ottenuti sono stati: tempo di reazione medio 2,13", tempo di reazione ponderato 1,62", sei parole associative fornite oltre 30" dalla parola-stimolo; tali valori indicavano un Disturbo Ossessivo-Compulsivo più che un Disturbo Depressivo Persitente. Alla parola-stimolo "ferita" sono state associate le parole "sangue" e "rosso", alla successiva parola-stimolo "male" la parola associativa abbinata è stata "occhi" tanto nella prima che nella seconda somministrazione del test, non è riuscita a sentire la parola-stimolo seguente "porta". Alla parola-stimolo successiva "morto" la

risposta è stata "marmo"; quest'associazione si ricollegò al fatto che la madre la obbligò a baciare la guancia del padre morto, cosa che lei ritenne alquanto innaturale. Le successive associazioni portarono agli occhi rispetto ai quali la paziente, riferendosi al padre, disse: "Odiavo i suoi occhi, erano di un azzurro freddo-acquoso, aveva uno sguardo da pesce lesso, allora pregavo Dio di farlo morire ma oggi se fosse vivo probabilmente non mi dispiacerebbe affatto". Con l'analisi dei sogni della paziente e grazie alle libere associazioni, siamo risaliti al nucleo della formazione del suo complesso di castrazione; esso iniziò a formarsi all'età di cinque anni, quando suo padre punì un cavallo della governess cart della famiglia presso cui lavorava (N.d.T.: era una carrozza molto usata tra fine ottocento e primi del novecento nelle famiglie molto agiate; serviva alle istitutrici per condurre i bambini loro affidati in brevi passeggiate in campagna), bastonandolo e torcendogli le narici. Per empatia la paziente si identificò con il cavallo, per cui il naso del cavallo, e di conseguenza il proprio, divennero l'oggetto simboleggiante il fallo mancante e quindi la castrazione e nacque il terrore per gli occhi del padre. A sei anni la paziente fu morsa da un cane sul viso e visto che la lacerazione era profonda, s'infettò per cui la ferita fu tenuta aperta, drenata e medicata in modo accurato; dopo la sutura, residuò tuttavia una cicatrice fra la narice destra e la bocca. In occasione dell'ultimo trattamento, un medico le disse che il suo naso non necessitava di un intervento di chiurgia chirurgia estetica e che era tanto lungo da poterselo benissimo infilare in vagina. Molto più tardi, nelle fantasie falliche, la paziente pensò al pene come ad un organo di dimensioni enormi, troppo grande per essere inserito nel corpo. Immaginava che un cagnolino saltasse fuori dal pene nel corpo della donna e che generasse in qualche modo i bambini. All'età di tredici anni la paziente era stata graffiata da un gatto, e sua madre, notando una traccia di sangue sulla biancheria del letto, la interrogò sul sanguinamento dalla vagina. A quattordici anni ebbe il menarca ed ella da allora ad oggi ebbe l'idea ossessiva che il suo naso fosse rosso (N.d.T.: come se il naso si fosse introdotto in vagina e avesse causato il sanguinamento o comunque si fosse sporcato come le aveva detto il medico). Durante le sedute,

infatti, la paziente si comportava come se il suo naso fosse un pene, reagendo con vergogna e pudore a qualsiasi sguardo sullo stesso.

La paziente aveva una discreta quota d'ansia, rapportabile secondo me al fatto di avere rapporti sessuali che si fermavano ai preliminari e quindi erano di fatto anorgasmici. Le consigliai di non avere più rapporti che comportassero un'eccitazione senza orgasmo e quindi o di astenersi da essi o di averli fino ad una gratificazione orgasmica. Ella decise in linea di massima di astenersi dai rapporti sessuali anche se in tre occasioni, provando un forte desiderio, ebbe rapporti sessuali che culminarono con l'orgasmo.

Dopo il primo orgasmo la paziente mi riferì un sogno e fece delle associazioni che io prontamente annotai e che chiarirono il rapporto tra pene e naso. Mi disse: "Ho sognato di avere un bambino e lo odiavo perché dovevo stare a letto, ogni tanto si trasformava in un gattino e cadeva dal letto sul pavimento, ogni volta che lo prendevo in braccio mi graffiava, dovevo allattarlo al seno e mi faceva male".

Le chiesi cosa associasse al sogno e rispose:

"Per quel che riguarda la prima frase, ossia ho sognato di avere un bambino e lo odiavo perché dovevo stare a letto, mi vengono in mente questi pensieri: volevo avere un bambino e amarlo, all'inizio sembrava un vero bambino, poi era un gatto che mi ha morso e mi ha avvelenato facendomi passare un brutto periodo, ero a letto in quel momento con un ginocchio dolorante, un gatto si era incastrato nella finestra, io l'ho liberato e mi ha morso avvelenando il mio sangue perché mangiava i topi, avevo sangue sul viso, un cane mi ha morso sul lato destro del viso e mi ha avvelenato, sono stata a letto due mesi (a tale vicenda seguì l'episodio del medico).

Per quel che riguarda la seconda frase, ossia ogni tanto si trasformava in un gattino, mi vengono in mente: tigri allo zoo o leoni che stanno dentro alcune grotte, una buffa specie di bestia nera che ha il naso con due piccole narici e cosparso di piume piatte, allevamento di pollame, odio la sensazione del pettine rosso, polposo e rigido dei galli quando vengono uccisi.

Per quel che riguarda la terza frase, ossia cadeva dal letto sul

pavimento, mi viene in mente che è una sensazione che provo spesso, come se stessi cadendo in un abisso.

Per quel che riguarda la quarta frase, ossia ogni volta che lo prendevo in braccio mi graffiava, mi vengono in mente i seguenti pensieri: non posso fare a meno di immedesimarmi nel gattino, sento una mano enorme di un uomo che si abbassa, una volta mi trovavo in un allevamento di pollame un uomo di quarantacinque o cinquanta anni circa e con l'istitutrice, una notte tra Natale e capodanno ho bevuto troppo vino, credo, lui mi prese e mi mise a letto, io mi alzai e scesi nella stanza della governante, rimasi lì tutta la notte, lui mi baciò, lo odiavo, ricordo che mi prese con le mani.

Per quello che riguarda l'ultima frase, ossia dovevo allattarlo al seno e mi faceva male, mi vengono in mente i seguenti pensieri: era un bambino allora, era una sensazione orribile come se mi tirasse il capezzolo all'infuori, non ho mai visto un bambino appena nato ma lo immagino tutto rosso, come se fosse arrabbiato, come quando si morde qualcosa e questo qualcosa s'infiamma, il viso e tutto il corpo erano di quel colore".

In una seduta successiva la paziente mi riportò questo sogno: "Ero nella fattoria dove lavoravo quando avevo quasi quattordici anni, da un lato c'era la Sig.na Blank che aveva intorno alla vita sulla gonna una grande escrescenza di carne rossa, dall'altro lato c'era Jim Blank che guidava un carro e tirava fortemente con le redini la testa del cavallo apposta per fargli male". La prima associazione con la carne rossa fu la propria vulva che però non aveva mai osservato attentamente e pertanto non sapeva se le avrebbe dato le stesse impressioni che riceveva quando guardava il proprio naso allo specchio. Circa un mese dopo disse di aver osservato la propria vulva e che effettivamente assomigliava a "un pezzo di carne rossa decomposta". Il conducente del cavallo nel sogno era un giovane uomo della fattoria, che a quell'epoca fu il primo individuo il cui sguardo le diede la sensazione che il suo naso fosse rosso, per cui da allora iniziò a cospargerlo con del borotalco come a mascherarlo. Qualche tempo dopo, precisamente due mesi dopo aver avuto il

menarca, ebbe, dentro il pollaio della fattoria in cui lavorava, un rapporto sessuale senza penetrazione ed anorgasmico con un altro giovane che le disse: "Hai il naso rosso". Da allora sono passati sette anni ed il pensiero di avere il naso rosso è peggiorato gradualmente: aveva l'impressione che la gente, specialmente gli uomini, le fissassero il naso, per cui usciva sempre meno da casa.

Oltre che nei sogni, il problema del naso rosso si evidenziò anche nel percorso analitico con la comparsa del transfert. La paziente passava attraverso momenti in cui mi aggrediva dicendo "Non hai guardato abbastanza il mio naso?", anche quando lei era sul lettino ed io alle sue spalle per cui non avrei potuto vederle il naso anche volendolo fare", momenti in cui si sentiva in colpa per avermi accusato di volerle vedere il naso, momenti in cui aveva l'impressione che il suo naso mi piacesse e sentiva di amarmi, momenti in cui non diceva nulla sul suo naso anche se lo guardava allo specchio costantemente e senza alcuna vergogna.

Lentamente arrivò alla convinzione che il suo naso fosse rosso solo agli occhi del suo amante e del suo analista. Si fece crescere i capelli, adottò un vestito più femminile e ottenne una posizione migliore con uno stipendio quasi doppio del precedente. Il tempo di reazione medio era sceso a 1,94, il tempo di reazione ponderato era sceso a 1,43, non era stata data nessuna parola associativa oltre 30" dalla parola-stimolo, le reazioni allocentriche erano tuttavia ancora al 17%.

La paziente dichiarava di avere una certa ammirazione "per le tasche dei ragazzi e per il modo in cui spingono fuori i loro piccoli petti", non aveva però sviluppato alcun desiderio di maternità ed il suo naso non aveva più un simbolismo legato al fallo castrato bensì ad un fallo potente.

Un altro caso di notevole complessità fu quello che chiameremo "uovo" (N.d.T.: per la mancanza di istinto di maternità). La paziente alla nascita venne chiamata E. G. G., che per intero significava "Carica di frutti" e che era lo stesso nome con cui il padre chiamava la madre. All'età di quindici anni le morì il padre e lei decise di farsi chiamare P. G. G., che per intero significava "Alquanto maturata" e che era il nome con

cui gli zii materni avevano chiamato la madre. Un certo numero di sogni di questa paziente avevano simbolismi lunari ed in una decina di essi si riscontrava una certa ostilità verso la maternità. Il test di associazione di parole ha dato i seguenti risultati: tempo di reazione medio 5,75", tempo di reazione ponderato 4,32", reazioni allocentriche al 10%; tali risultati erano indicativi di una diagnosi di Distimia che però fu esclusa dai risultati del re-test, consistenti in: tempo di reazione medio 2,63", tempo di reazione ponderato 1,55", reazioni allocentriche al 16. Da un'osservazione congiunta di entrambi i risultati si può propendere per una mancata elaborazione del Complesso di Elettra associata ad omosessualità latente, tendenza alla mascolinità, difficolta coniugali e sessuali (Disturbo del Dolore Gentipelvico e della Penetrazione talmente persistente con difficoltà se non impossibilità di penetrazione da parte del marito, Disturbi dell'Eccitazione e dell'Orgasmo), impulsi ostili verso l'unico figlio.

All'inizio dell'analisi la paziente non era chiaramente cosciente delle tendenze omosessuali; ha preso coscienza di esse e anche del desiderio di avere un pene dopo un sogno. In questo sogno si trovava in una galleria d'arte e vide un individuo alto e semioccultato da un mantello, che gli sembrava essere un suo amico, anche se non era certa se fosse un uomo o una donna. La sognatrice, sempre nella galleria d'arte, si soffermò a guardare delle copie di quadri del Beato Angelico (N.d.T.: nato Guido di Pietro. pittore italiano e frate domenicano, famoso per l'alto misticismo che imprimeva nelle sue opere; Vicchio, Firenze, Firenze, 1395 circa – Roma, Lazio, Stato della Chiesa, 18 febbraio 1455) e improvvisamente seppe che finalmente era stato trovato il cordone ombelicale di questo pittore: lo attaccò sul fondo di una copia scadente e nemmeno finita di uno dei quadri che stava guardando. Questo cordone era tubolare, rinsecchito e non molto piacevole. La paziente associò il mantello della figura ad un mantello militare italiano, simile a quello di una sua amica, che aveva conosciuto in Italia e verso la quale provava sentimenti amorosi ed attrazione sessuale, il cordone ombelicale ad un pene e la brutta copia del quadro del Beato Angelico a sé stessa; il dubbio sul sesso della figura col mantello probabilmente riguarda il dubbio sul proprio

orientamento sessuale, confermato dal fatto che ella attacca il pene/cordone ombelicale alla brutta copia del quadro/sé stessa.

Nei sogni successivi sia l'omosessualità che la realizzazione del desiderio di essere un uomo, perdevano il travestimento simbolico. In due sogni la sognatrice aveva catturato e trattenuto dentro la propria vagina il pene del marito. In altri la sognatrice sperimentava l'orgasmo sessuale a letto con la propria madre o in prossimità di altre donne; e, in uno di questi ultimi, c'era il dubbio che la sognatrice possedesse un pene quando ballava con un'altra donna, a volte le sembrava di averlo, a volte come se lo avesse il partner.

La paziente "Uovo" era molto intelligente, colta e ambiziosa. Il complesso di castrazione si è formato all'età di cinque anni. Aveva una disposizione fisica allergica. Le sue tonsille furono enucleate all'età di cinque anni e suo fratello, di otto anni, sottolineò l'orrore di ciò che le sarebbe stato fatto, che lei avrebbe perso qualcosa che lui aveva. Più tardi la paziente invidiò il modo di urinare dei maschi, considerandolo "più intrigante e dominante" rispetto a quello delle donne. C'erano sogni ambiziosi di fare una grande pozza d'acqua, che scorreva in discesa; di trovarsi ripetutamente in procinto di entrare in un gabinetto per uomini; di chiedersi come poteva usare un orinatoio maschile sporgente; di proiettare un grande flusso di urina all'indietro in una vasca enorme. Due sogni indicavano un'enuresi notturna, della quale tuttavia non vi erano tracce anamnestiche. All'età di sei anni attuò un marcato ritiro nella fantasia in seguito al trasferimento dell'attenzione dei genitori su una sorellina ed al risentimento del padre che elogiava le maniere e le prestazioni del fratello e della sorellina a suo discredito. Durante tutta l'infanzia ebbe fantasie nelle quali raffigurava il pene come un qualcosa di arcaico, enorme e minaccioso, persistette un'intensa identificazione con un orsacchiotto di peluche e adottò una divinità afgana come proprio nume tutelare. Raggiunta la pubertà, "uovo" mette termine al conflitto intrapsichico tra attaccamento familiare e ambizione personale, attuando il cambio di nome e con esso il proposito di eguagliare e superare le conquiste intellettuali degli uomini. All'età di venticinque anni si sposò e

successivamente ebbe un figlio. Prima di iniziare il percorso analitico, ella si trovava in una situazione complessa, contraddittoria ed insoddisfacente caratterizzata da: un'ambizione a dimostrarsi intellettualmente superiore agli uomini ed un atteggiamento negativo verso la maternità in contrasto col desiderio di impegnarsi nel ruolo materno per eguagliare e battere la madre; presenza di Disturbi Sessuali nel rapporto col marito per tendenze omosessuali tuttavia non accettate in contrasto col desiderio di godere col marito; una consistente forza fisica ed un atteggiamento da amazzone in contrasto con atteggiamenti estremamente femminili nel transfert analitico; il desiderio di avere successo sia nei propri comportamenti maschili che in quelli femminili. Dopo sei mesi di analisi freudiana, il tempo di reazione medio era sceso a 1.82" ed il tempo di reazione ponderato medio a 1,34". Dopo tredici mesi il tempo di reazione medio era sceso a 1,64 ed il tempo di reazione ponderato a 1,23" mentre le reazioni allocentriche erano al 30%.

Possiamo dire che la sua ambivalenza ricordava molto quella presente nel binomio Horus-Seth. Il culto di Horus, più diffuso del culto di Ra nelle prime dinastie egizie (25), può essere considerato come il riflesso mitologico di impulsi e conflitti intrapsichici la cui esistenza è stata ampiamente dimostrata dalla psicoanalisi. Secondo Carl Gustav Jung, alcuni aspetti del culto di Horus sono indicatori, sublimati con aspetti religiosi, del "conflitto tra l'eroe e la madre divoratrice" (26). Lo scontro Horus-Seth corrisponde perfettamente al conflitto intrapsichico nella donna ambivalente tra gli impulsi provenienti dalla sua femminilità e gli impulsi a dominare il maschio derivanti da componente mascolinizzante acquisita. Vediamo le proiezioni mitologiche delle componenti intrapsichiche: la castrazione di Seth da parte di Horus è una proiezione mitologica del complesso di castrazione femminile; il gettare il proprio seme da parte di Seth è una proiezione dell'impulso di umiliare, di vendicarsi, di "bagnare" l'uomo; l'atto di ingoiare l'occhio di Horus è una proiezione della fantasia di imprigionare e di impossessarsi del pene durante il coito; il rigurgito dell'occhio simboleggia il tentativo di recuperare la propria

fenmminilità. L'invocazione a Horus è decisamente individuabile in ogni sua componente nel caso di "Uovo": il cambiamento del nome riflette la frase "Vecchio bambino è il tuo nome" (N.d.T.: in quanto dal nome "Carica di frutti" scelse di farsi chiamare "Alquanto maturata"); il proposito di mascolinizzarsi e vendicarsi sugli uomini riflette la frase "figlio dell'uovo è il tuo nome"; la scarsa propensione alla generatività si riflette nella frase "sera è il tuo nome"; la presenza di alternanza circolare nella sua psiche di periodi di predominanza di impulsi e di emozioni maschili e di impulsi ed emozioni femminili si riflette nella frase "quello che circola è il tuo nome"; la presenza in un'unione di opposte tendenze in ambivalenza riflette la frase "luna è il tuo nome".

BIBLIOGRAFIA

In questa bibliografia i curatori rispetto a quella originale hanno:

- integrato le opere mancanti citate direttamente o indirettamente;
- corretto gli errori di digitazione ed i dati errati;
- aggiunto le edizioni italiane, ove presenti.

1. Sigmund Freud, p. 496 in L'Io e l'Es, in Opere vol. IX L'Io e l'Es e altri scritti 1917-1923, pp. 469-520, Bollati- Boringhieri, Torino, 1989 - Edizione tedesca originale, s. 38 in Das Ich und das Es, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, April 1923 - Edizione inglese tradotta da Joan Riviere (nota psicoanalista britannica del tempo, Brighton, 28 Giugno 1883 - Londra, 20 Maggio 1962), The Ego and the Id, p. 38, Hogarth Press, London, 1927.

2. Robert Stephen Briffault, p. 767, in The mothers, a study of the origins of sentiments and institutions, 3 vols., vol. II, George Allen and Unwin Limited, London, 1927.

3. Ernest Alfred Wallis Budge, p. 101 in The gods of the Egyptians: studies in egyptian mythology, 2 vols., vol. I, Methuen & Company Limited, London, 1904.

4. Ibid., p. 466.

5. Paul Pierret, p. 469, in Dictionnaire d'archéologie égyptienne, Imprimerie nationale, Paris, 1875.

6. Erodoto, cap. 37 in Libro III, in Le storie, 9 libri, Sansoni, Firenze, 1951 - Edizione greca originale, Ἡρόδοτος, κεφ. 37 βιβλίο 3, ην Ἱστορίαι, γραπτός 440-429 π. Χ., 9 βιβλία, Εκδόθηκε με τον ίδιο τίτλο, Σελένα Εκδοτική, Αθήνα, 2013 - Edizione iglese tradotta da Henry Francis Cary (noto letterato e linguista dell'epoca; Gibilterra, Gibilterra, Regno Unito, 6 Dicembre 1772 – Londra, 14 Agosto 1844), Herodotus cap. 37 in book III, in Histories, 9 books, Harper & Brothers, New York, 1859.

7. Rodolfo Vittorio Lanzone, p. 680, in Dizionario di mitologia egiziana, 6 voll., Litografia fratelli Doyen, Torino, 1881-1186.

8. Ibid., p. 608.

9. Paul Pierret, p. 290, in op. cit.

10. Alexandre Moret, p. 16, in Mystères égyptiens, édition révisée, Armand Colin et Compagnie, Paris, 1927.
Alexandre Moret, pp 63 seq., in Mystères égyptiens, édition révisée, Armand Colin et Compagnie, Paris, 1927.

11. Ernest Alfred Wallis Budge, p. 64, in Osiris and the egyptian resurrection, 2 vols., vol. I, Medici Society, London, 1911.

12. François-Joseph Chabas, p. 28 seq., in IV Sallier papirus: le calendrier des jours fastes et néfastes de l'année égyptienne, Pierre Leroux, Paris, 1905.

13. Ernest Alfred Wallis Budge, p. 476 in The gods of the Egyptians: studies in egyptian mythology vol. I Book of the dead, op. cit.

14. Plutarco, in Tutti i Moralia, cap. 55 Iside e Osiride, Bompiani, Milano, 28 Giugno 2017 - Edizione greca originale, λούταρχος, ην Ἠθικά γραπτός, Κεφ. 55 Περὶ Ἴσιδος καὶ Ὀσίριδος, Κακτοσ, Αθήνα, Σεπτέμβριος 1996 - Edizione inglese tradotta da Harold Fredrik Cherniss (filosofo e limguista; St. Joseph, Missouri, USA, 11 Marzo 1904 – Princeton, New Jersey, 18 Giugno 1987), Plutarch, in Moralia, cap. 55 and Osiris, Harvard University Press, Cambridge, 1926.
Ernest Alfred Wallis Budge, p. 62, in Osiris and the egyptian resurrection, vol. I, op. cit.
Hermann Junker, p. 137, in Die Onurislegende, Alfred Holder Verlag, Wien, 1917.

15. Heinrich Karl Brugsch, p. 124, in Religion und Mythologie der Alten Àgypten, 2 bande, J. C. Hinrichs'sche Buchhandlung, Leipzig, 1888.

16. Ibid., p. 463.

17. Budge Ernest Alfred Wallis, p. 65, in Osiris and the egyptian resurrection, vol. I op. cit.

18. Samuel Sharpe, p. 118, in Egyptian inscriptions from the British Museum and other sources, Edward Moxon, London, 1837.
Rodolfo Vittorio Lanzone, p. 565, in Dizionario di mitologia egiziana, op. cit.

19. Bronislaw Kasper Malinowski, Sex and repression in savage society, Kegan Paul, Trench, Trubner and Company Limited, London, 1927;
Bronislaw Kasper Malinowski, The sexual life of savages, George Routledge & Sons Limited, London, 1929.

20. Alfred Adler, Conoscenza dell'uomo, Arnoldo Mondadori Editore, Milano, 1954 - Edizione tedesca originale, Menschenkenntnis, Verlag von S. Hirzel, Leipzig, 1927 - Edizione inglese tradotta da Walter Beran Wolfe (1900-1935), Understanding human nature, George Allen and Unwin Limited, London, 1917.

21. Gina Lombroso, p. 94 in L'anima della donna: riflessioni sulla vita, Zanichelli, Bologna, 1921 - Edizione inglese tradotta da Catherine D. Greet (? - ?), p. 87 in The soul of

woman: reflections on life, J. Cape Publisher, London, 1924.

22. Karl Abraham, p. 107 in Forme di manifestazione del complesso femminile di evirazione, in Opere vol. I, pp. 107-135, Bollati-Boringhieri, Torino, 1987 - Edizione tedesca originale, s. 422 in Äußerung des weiblichen Kastrationskomplex, in Internationale Zeitschrift für Psychoanalyse: Offizielles Organ der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung band VII, heft 4, s. 422-452, Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, Dezember 1921 - Edizione inglese tradotta dai due grandi psicoanalisti Douglas Clement Arthur Bryan (1879 -1955) e Alix Strachey (nata Sargant-Florence, Nutley, New Jersey, USA, 4 Giugno 1892 - Great Marlow, South East England, Regno Unito, 28 Aprile 1973), p. 338 in Forms of expressions of the female castration complex, Selected papers on psychoanalysis, Hogarth Press, London, 1927.

23. Sigmund Freud, p. 433, in Contributi alla psicologia della vita amorosa, in Opere vol. VI Casi clinici e altri scritti 1909-1910, Bollati- Boringhieri, Torino, 1989 - Edizione tedesca originale, s. 229 in Beitrage zur Psychologie des Liebeslebens in Sammlung kleiner Schriften zur Neurosenlehre, vierte folge, Hugo Heller und Kompanie, Wien, 1918 - Edizione inglese tradotta da Joan Riviere, p. 226 in Collected papers, 5 vols, IV vol. Hogarth Press, 1924.

24. Gina Lombroso, p. 6, in op. cit. edizione originale italiana - Edizione inglese tradotta, p. 6.

25. Robert Stephen Briffault, p. 772, in The mothers, a study of the origins of sentiments and institutions, vol. II, op. cit.

26. Carl Gustav Jung, Psicologia dell'inconscio, Astrolabio-Ubaldini Editore, Roma, 1947 - Edizione tedesca originale, Über die Psychologie der unbewußten Prozesse: Überrblick über die moderne Theorie und Methode der analytischen Psychologie, Rascher Verlag, Zurich, Dezember 1916 - Edizione inglese tradotta da Beatrice Hinkle (nata Moses, psicoanalista e linguista; San Francisco, California, USA, 10 Ottobre 1874 - New York, 28 Febbraio 1953), Psychology of the Unconscious, Kegan Paul and Company, New York, 1915.

POSTFAZIONE

DI
VINCENZO MARIA ROMEO

POSTFAZIONE

La teoria delle relazioni oggettuali rappresenta, all'interno dello spazio psicoanalitico e più in generale dell'approccio filosofico alla vita, l'area di pensiero nella quale più vivace ed aperto è stato il dialogo dei pensatori nelle scienze umane.

Nel percorso antropologico che l'uomo ha maturato nel corso dei secoli, è apparsa sempre più stringente la necessità di sostanziare lo psichismo come processo che consentisse una data tensione relazionale nei confronti di un oggetto, interno o esterno che fosse, per consentire al cerchio del desiderio di vita/morte di potersi chiudere.

D' altronde, la letteratura sin dall'alba della teoria freudiana ha sentito il bisogno di individuare modelli di pensiero quanto più finiti, parallelamente alle epoche storiche di appartenenza, e di correlarli di significati che potessero sostenere l'assoluta ed imprescindibile presenza dell'alterità come istanza di vita, declinandone intenzioni e capacità di contattare ed organizzarsene delle rappresentazioni interne funzionali e coerenti.

La ricerca del senso di ogni atto psichico è forse la domanda a cui Ernest Henry Connell per primo è riuscito a contattare, spogliando l'idea freudiana dell'istintualità sessuale che la contraddistingueva e dando per primo accesso ad un algoritmo dimensionale che prevedesse una lettura più spirituale, sistemica in termini di universalità e di evoluzionismo, riuscendo forse a tenere una residua linea di contatto con le junghiane memorie da cui ben presto si distaccò pur essendone stato estimatore.

Compiersi diventa pertanto non più un soddisfacimento delle proprie pulsioni sessuali, ma incontrare l'altro in una rappresentazione più ampia dove l'universalità di un progetto acquista importanza e dimensione mai come prima, riconducendo limiti più finiti tra il desiderio, quale forma più libera di attesa e di realizzazione del proprio inconscio, e la contingenza del vivere in fenotipiche strutturate e socialmente organizzate.

Forte della propria fede religiosa, Connell consente alla psicoanalisi e alla fede un dialogo che in pochi, nel percorso del pensiero dell'uomo, sono riusciti a prospettare in modo sostenibile, e

che anzi ben presto hanno rappresentato nella laicità della posizione analitica una cornice di non ritorno identitario.

Recuperare l'importanza di queste linee di pensiero, sia su un piano psicoanalitico che su quello clinico, rappresenta nella lettura odierna una possibilità di riscoperta di una dimensione che può incentrare l'essere alla vita in un'idea lontana dal narcisismo difensivo individuale nel quale l'uomo occidentale moderno, assoggettato dalle logiche liquide globalizzate, si rifugia. Connell, individuando in maniera assolutamente lucida il processo di totale regressione del funzionamento narcisistico a non capacità adulta, e pertanto ad orientamento delle proprie pulsioni su se stessi, differentemente che rispetto ad un oggetto di relazione, rappresenta un baluardo indispensabile, riletto in chiave moderna, di quella psicoanalisi relazionale che può offrire spunti di recovery critica alle logiche ego-centrate della psicologia del benessere di costruzione prettamente cognitivista. Non a caso Fonagy riprenderà nelle sue illuminate teorie della mentalizzazione Fairbairn, che di Connell stesso fu "figlio" analitico, aprendo una strada nuova, insieme alla Neuropsicoanalisi, nelle Neuroscienze, alla centralità del pensiero analitico e delle sue letture negli approcci diagnostici e terapeutici del nuovo millennio.

E se in un'ottica post-moderna l'uomo ormai vive nella frenesia di continui contatti con i suoi simili, siano essi su dimensioni reali o virtuali di piani di esistenza, è quanto più attuale discutere su come oggi si debba intendere lo spazio relazionale, su come ci sia possibilità di costruirlo e quali possano diventare in prospettiva i significati intrapsichici rispetto ai quali decodificare e rileggere il desiderio dell' altro e del suo spazio nella nostra esistenza: la ciclicità della storia ci consente, in maniera suggestiva e mirabile, di riesumare e rileggere passi che assurgono a possibili punti di repere per una ricerca in campo psicoanalitico attuale.

RINGRAZIAMENTI

Si ringraziano:

- il Dr. Augusto Iossa Fasano, che ha curato la prefazione. Egli è l'inventore del PBP, paradigma bionico protesico, nonchè Medico, Psichiatra, Presidente dell'Associazione Metandro di Pistoia, Psicoanalista, Coordinatore Didattico dell'istituenda sede di Pistoia e Docente della SPPG, Analista di Training e Supervisore SPG, vive a Pistoia e lavora a Pistoia e Milano;

- la Dott.ssa Claudia Colosi, Curatrice del libro, Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista SPG, Psicodiagnosta Clinica e Forense, vive e lavora a Messina.

- la Dott.ssa Marcella Franco, Curatrice del libro, Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista SPG, pratica attività clinica in studio ed on-line, si interessa in particolare di problematiche del femminile nonché di disturbi psicosomatici e del comportamento alimentare, vive e lavora a Melicucco (Reggio Calabria).

- la Dott.ssa Annalisa Oliverio, Curatrice del libro, Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista SPG, vive e lavora a Palmi (Reggio Calabria).

- la Dott.ssa Martina Pandetta, Curatrice del libro, Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista in formazione presso la SPPG, pratica attività clinica in studio ed on-line, vive e lavora a Reggio Calabria.

- il Dr. Gabriele Romeo, Curatore del libro, Medico, Psicologo Clinico, Psicoanalista, Direttore Scientifico della collana "La Biblioteca della Psicoanalisi", Psicoanalista, Presidente e Tutor Didattico e Analista di Training e Supervisore SPG, Coordinatore Didattico e Docente SPPG, vive e lavora a Reggio Calabria.

- il Prof. Vincenzo Maria **Romeo**, Medico, Psichiatra, Docente di Psicologia Dinamica Università di Palermo, Psicoanalista, Direttore Scientifico e Analista di Training e Supervisore SPG, Docente SPPG, vive e lavora a Reggio Calabria.

ELENCO DEI VOLUMI DELLA SERIE OPERA OMNIA

1. Ernest Henry Connell 1875-1941

In via di pubblicazione:
Paul Federn vol. I
Georg Groddeck
Johan Stärcke
August Stärcke
Johan Van Ophuijsen
Sabina Spielrein

ERNEST HENRY CONNELL

OPERA OMNIA

VOLUME UNICO

1875 - 1941

Il volume si inserisce nella collana "La biblioteca della psicoanalisi" nella quale verranno pubblicate le opere omnia dei più grandi psicoanalisti. Questa collana nasce come prodotto intellettuale della SPG (Società Scientifica di Psicoanalisi e Gruppoanalisi Italiana e dalla SPPG (Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica e Gruppoanalitica (SPPG). La collana è diretta da Gabriele Romeo, coordinatore didattico della SPPG e presidente della SPG.

In questo volume viene riportata l'opera omnia di Ernest Henry Connell (1875-1941) uno dei primi psicoanalisti inglesi, teorico del movimento parafreudiano ed uno dei pionieri della teoria delle relazioni oggettuali.

Il libro è corredato da un'esauriente psicobiografia dell'autore, dall'elenco delle sue opere e dal suo albero analitico.

La prefazione e la post-fazione sono di due famosi psicoanalisti italiani, rispettivamente **Augusto Iossa Fasano,** coordinatore didattico della istituenda sede di Pistoia della SPPG e **Vincenzo Maria Romeo,** direttore scientifico della medesima.

I CURATORI

Claudia Colosi, *Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista SPG, Psicodiagnosta Clinica e Forense, vive e lavora a Messina.*

Marcella Franco, *Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista SPG, tutor didattico SPPG, pratica attività clinica in studio ed on-line, si interessa in particolare di problematiche del femminile nonché di disturbi psicosomatici e del comportamento alimentare, vive e lavora a Melicucco (Reggio Calabria).*

Annalisa Oliverio, *Psicologa, Psicoanalista e Gruppoanalista SPG, Redattrice di Italian Imago (rivista scientifica della SPG), vive e lavora a Palmi (Reggio Calabria).*

Martina Pandetta, *Psicologa in formazione presso la SPG, pratica attività clinica in studio ed on-line, vive e lavora a Reggio Calabria.*

Gabriele Romeo, *Medico, Psicologo Clinico, Psicoanalista, Analista di Training e Supervisore SPG, vive e lavora a Reggio Calabria.*

Pubblicazione destinata ai soci e ai tesserati SPG

9 791221 015294