

**Helmuth Thomä e Juan Pablo Jiménez<sup>1</sup>**

Ricerca Psicoanalitica, 2002, Anno XIII, n. 3, pp. 275-286.

## **Il corpo e il metodo psicoanalitico<sup>2</sup>**

Traduzione dallo spagnolo di Daniela De Robertis.

### **SOMMARIO**

Lo scopo del presente lavoro è quello di illustrare l'approccio psicoanalitico al corpo. Il corpo psicoanalitico non corrisponde al soma della medicina scientifico-naturalistica; piuttosto esso guarda al corpo vissuto, immaginato e simbolico. Viene criticata la tendenza diffusa in psicoanalisi di estendere l'applicazione del metodo psicoanalitico oltre i suoi limiti, cadendo così in un panpsichismo che nella considerazione del corpo, assolutizza il momento comprensivo a scapito di quello esplicativo. Viene illustrato il concetto di Io-corporeo da Freud fino ai nostri giorni e vengono trattati, anche se marginalmente, i fenomeni di conversione in ambito clinico.

### **SUMMARY**

#### **The body and the psychoanalytic method**

This paper attempts to describe what is specific in the psychoanalytic approach to the body. The "psychoanalytic body" is not the soma of natural-scientific medicine, but the body experienced, imagined and symbolic. The authors criticize the common tendency in psychoanalysis to extend the application of the psychoanalytic method beyond its limits, thus falling into a panpsychism whose approach to the body expands the comprehensive moment and ignores the explanatory. They review the concept of the body ego from Freud to our day. They mention the applications of these ideas to psychosomatics, to the phenomena of conversion and to the theory of technique.

-----

Nel presente lavoro affronteremo gli aspetti generali dell'approccio al corpo in riferimento al metodo psicoanalitico, tralasciando il converso clinico e tecnico, così come toccheremo solo indirettamente la problematica della malattia psicosomatica e gli annessi fenomeni di conversione.

Ci soffermeremo, cioè, principalmente su ciò che crediamo sia la specificità dell'accesso psicoanalitico al corpo e alla corporeità. Pertanto daremo solo una scorsa ad alcuni temi pur fondamentali, accennandovi soltanto. Per quanto riguarda ampliamenti, approfondimenti ed implicazioni circa la tecnica di trattamento, rinviando al nostro testo *Teoria e pratica della psicoanalisi* (1989, 1990) e ad altri articoli più recenti (Thomä 1992a, 1992b, Jiménez 1994).

Nel vangelo psicoanalitico in principio non era il verbo, ma il corpo: "L'Io è anzitutto un'entità corporea" (Freud 1922, p. 488). Dal contesto di questa frase, spesso citata, è possibile dedurre quello che Freud

---

<sup>1</sup> H. Thomä, già presidente dell'Associazione psicoanalitica tedesca, ha diretto il Dipartimento di Psicoterapia dell'Università di Ulm e l'Istituto psicoanalitico della stessa città.

J. P. Jiménez è membro e analista didatta dell'Associazione psicoanalitica cilena, professore di Psichiatria e Direttore del Dipartimento di Psichiatria dell'Università del Cile.

<sup>2</sup> Il presente articolo è stato pubblicato dalla Asociación Psicoanalítica Argentina in *Revista de Psicoanálisis*, 1995, vol. Internacional: 4, p. 233-243 con il titolo *El cuerpo y el método psicoanalítico*. Si ringraziano gli Autori e l'Editore per la gentile concessione.

intendeva con questa affermazione psico-evolutiva: “Il proprio corpo e soprattutto la sua superficie, è un luogo dove possono generarsi contemporaneamente percezioni esterne ed interne. È visto come qualsiasi altro oggetto, ma alla *palpazione* dà luogo a due specie di sensazioni, una delle quali può essere equiparata ad una percezione interna. La maniera in cui dal mondo delle percezioni emerge la percezione del proprio corpo è stata illustrata a fondo dalla psicofisiologia. Anche il dolore (fisico) sembra svolgervi una certa funzione e il modo in cui in determinate malattie dolorose si ricava una nuova conoscenza relativa ai propri organi è forse paradigmatico per il modo in cui si perviene in generale alla rappresentazione del proprio corpo” (Freud 1922, p. 488).

### **Il corpo e la posizione “eccentrica”**

Il fatto che l’Io sia soprattutto un Io corporeo indicizza perché solo il metodo psicoanalitico possa affrontare il vissuto corporeo. L’antropologia di Scheler (1954) connotata da una concezione eccentrica che l’Io assume nei confronti del corpo è implicita nel pensiero di Freud. In tedesco esistono due termini per riferirsi al corpo: il primo *Leib* si riferisce al corpo che si è, l’altro *Cörper*, al corpo che si ha. In altre lingue non esiste questa differenziazione, benché in castigliano, in certi momenti, non diciamo che *abbiamo* un corpo ma “sono un cadavere” o “sono tutto un dolore”.

La “posizione eccentrica” dell’essere umano si esprime esattamente nella tensione tra il corpo che si è, che ci prende, che ci costringe e il corpo che si possiede. Contrariamente al linguaggio verbale, i gesti e le espressioni mimiche come il riso e il pianto esemplificano l’indipendenza del corpo dalla persona. Riso e pianto rinviano a processi riflessi, più o meno separati dal controllo cosciente, come lo sono l’arrossire, l’impallidire, sudare, vomitare o tossire. A questi processi, suscettibili di essere scissi dalla coscienza, manca l’impronta del carattere volontario. Essi contraggono piuttosto un carattere automatico, anche quando possono essere scatenati da situazioni specifiche.

In misura analoga il paziente perde il controllo sul corpo nelle manifestazioni nevrotiche e naturalmente anche nel dolore corporeo. Allora in questo senso, la posizione eccentrica, caratteristica dei nostri stessi vissuti di libertà, si perde nella misura in cui il corpo ci prende con la sua presenza opaca, carente di trascendenza. In sintesi potremmo dire che il fine della cura psicoanalitica consiste nell’estendere il margine di libertà, allargando lo spazio di eccentricità riflessiva nei confronti della nostra stessa corporeità.

Rimane comunque vero che la posizione eccentrica dell’essere umano in relazione al corpo non può estendersi a tal punto da separarsi totalmente da esso.

Qualsiasi tentativo di estraniamento dal proprio corpo è messa in scacco da un mal di denti o dal dolore di una frattura. A nessuno psicoanalista, e tanto meno a nessun paziente, verrebbe in mente di considerare questi dolori come l’espressione del linguaggio corporeo inconscio. Nonostante il nostro anelito all’unità, saremmo felici di incontrare, in questi casi, un buon dentista o un buon ortopedico.

L’immagine di Freud del cavallo e del cavaliere, metafora del rapporto tra l’Es e l’Io, ci permette di chiarire meglio la compromissione dell’unità della persona, sia dal punto di vista psichico che corporeo. Mentre cavalcano l’Io e l’Es sono in accordo: cavallo e cavaliere procedono verso la stessa meta. I vari inconvenienti della relazione mente-corpo possono essere illustrati dalle variazioni di questa metafora. In questo contesto infatti si possono porre parecchie domande: è il cavallo ad inciampare o è il cavaliere a tenere male le redini? Qual è la conseguenza della caduta sulla posizione eccentrica? È l’arroganza del cavaliere, che porta ad ignorare le esigenze del cavallo, a determinarne la caduta? In realtà chi osserva e controlla eccessivamente il proprio corpo, come un cavaliere disarcionato, si avvia verso la carriera di ipocondriaco.

L’Es della psicoanalisi è radicato nell’inconscio corporeo, anche quando il corpo stesso non risulta accessibile al metodo psicoanalitico, perché nella metafora freudiana il cavallo non è il corpo senza

coscienza così come lo è nella medicina scientifico-naturalistica. Al di là degli effetti che le fantasie inconse possono provocare in quel campo di tensioni tra l'Es, l'Io e la realtà, ovvero nei conflitti e nella salute fisica, la portata diretta del metodo psicoanalitico si arresta alle fantasie inconse e precisamente là dove inizia la fisiologia.

Questa limitazione ha un fondamento metodologico ed è estendibile a tutte le psicoterapie, comprese quelle che si definiscono terapie corporee.

Non esiste nessun metodo che renda giustizia contemporaneamente del corpo e della psiche. L'approccio olistico della medicina psicosomatica non conduce un metodo unificato, ma piuttosto un'integrazione di risultati ottenuti con tecniche eterogenee.<sup>1</sup> Questa limitazione metodologica è inevitabile. Del resto, la molteplicità dei metodi corrisponde alla complessità delle teorie patologiche. In questo senso non è valido solo l'antico aforisma: *mens sana in corpore sano*, ma anche *mens aegrotata in corpore sano*, cioè mente malata in corpo sano, anche se, entro certi limiti, è possibile mantenere una mente sana in un corpo malato. Per questo la capacità dell'"anima" di elevarsi al di sopra del corpo, è stata considerata fin dall'antichità una pregevole virtù: *mens sana in corpore aegrotata*, mente sana in corpo malato.

Il metodo psicoanalitico, che esplora l'influenza dei processi inconsci sul pensiero e sull'azione nella vita psichica, non permette un accesso diretto al corpo, quale oggetto della medicina somatica. L'esplorazione della corporeità riguarda piuttosto l'immagine corporea soggettiva, conscia e inconscia, e il suo divenire sullo sfondo di scenari interpersonali. Il dualismo metodologico alla base di questa affermazione si situa ad un altro livello del dualismo ontologico cartesiano che separa nella persona la *res cogitans* dalla *res extensa*.<sup>2</sup> Tuttavia molto di frequente il dualismo della posizione freudiana non viene seguito da quegli autori che assegnano ad un'ipotetica struttura psicoanalitica, la cui esistenza peraltro è stata ripetutamente falsificata dalle ricerche empiriche, un carattere causalistico di estesa portata. Secondo questi ultimi, espressioni psicofisiologiche o psicosomatiche che dovrebbero condurre a fissazioni precoci si presterebbero a spiegare le più svariate affezioni patologiche, dalla schizofrenia al cancro. Anche Weizsäcker è caduto in questo panpsichismo quando afferma: *Nichts Organisches hat keinen Sinn* (Non c'è nulla di organico privo di significato). E così ci ritroviamo nell'antico dilemma circa la priorità dell'uovo o della gallina. Infatti una cosa è pensare che la funzione datrice di senso conferisca significato a qualsiasi evento vitale, ben altro è pensare che il senso preceda causalmente l'evento o che la comprensione renda superflua la spiegazione.

Il panpsichismo aggira la questione della *Nachträglichkeit*, quella che è stata definita da Freud "il tema più spinoso di tutta la dottrina psicoanalitica": "Non ho avuto bisogno delle sollecitazioni di Adler o di Jung per esaminare criticamente la possibilità che quelle esperienze che la psicoanalisi afferma vissute dai bambini in età inverosimilmente tenera e poi dimenticate, siano fondate, piuttosto, su fantasie costruite in occasioni posteriori; e che perciò, dovunque si crede, nelle analisi, di riconoscere le conseguenze di certe impressioni infantili, debba invece vedersi la manifestazione di un fattore costituzionale o di una predisposizione ereditata filogeneticamente. Nulla, al contrario, mi ha mai turbato più di questo dubbio, e nessuna incertezza mi ha mai trattenuto più di questa dal pubblicare le mie conclusioni. E sono stato anzi io il primo, ciò che nessuno dei miei avversari rammenta, a riconoscere la parte che hanno le fantasie nella formazione dei sintomi, come anche a porre in rilievo quel processo del 'fantasticare retrospettivo' per cui impressioni ulteriori vengono proiettate su avvenimenti della prima infanzia che vengono così ad essere sessualizzati a posteriori" (Freud, 1914, p. 575).

Nonostante tutto, è notevole il fascino che la concezione della causalità psichica delle malattie somatiche continua a esercitare negli ambienti psicoanalitici. È indubbio che nel nostro lavoro teorico, la ricerca del senso come verità personale, determina la vita umana più della verità delle teorie scientifiche. Pur tuttavia il "fantasticare retrospettivo" dei clinici, che porta a considerare le fantasie inconse come

fattore esaustivo che incide sulla vita della persona, spesso sembra sostituire la riflessione teorica e il rigore del discorso scientifico.

Ciò non toglie che sia possibile rinvenire interazioni biopsicosociali, decisive per l'insorgenza e il mantenimento di sintomi somatici, la cui stretta causalità oltrepassa i limiti degli effetti psichici. Senza addentrarsi in questo complesso e affascinante problema, si pensi, a titolo esemplificativo, all'importanza che la negazione di una condizione fisica cronica come il diabete mellito o una cardiopatia può esercitare sul decorso della malattia. Le fantasie di onnipotenza o l'angoscia di mutilazione e di pericolo dissociate o proiettate diventano facilmente ostacolo al successo del trattamento medico.

### **L'immagine corporea**

Sulla base del corpo vissuto e dei vissuti corporei formuliamo teorie idiosincratiche e soggettive sulle malattie e sulle conseguenti fantasie e rappresentazioni corporee che i pazienti portano in terapia che sono ben lontane dalle teorie eziopatogenetiche della medicina scientifico-naturalistica. Thüre von Uexküll, un gran nome della medicina psicosomatica tedesca contemporanea, partendo dalla nota affermazione freudiana circa la considerazione che la teoria delle pulsioni è la nostra mitologia, ha sostenuto che con la teoria delle pulsioni vengono espresse le rappresentazioni mitologiche della psicoanalisi sul corpo (Uexküll, 1985, p. 100). Senza addentrarci nel problema della mitologia delle pulsioni, bisogna tenere conto della critica di Uexküll quando consideriamo le relazioni tra vissuto corporeo soggettivo e le affezioni o malattie somatiche.

Che le intenzioni inconsce incidano sugli oggetti esterni o sulle loro rappresentazioni costituisce una delle scoperte fondamentali di Freud. Le rappresentazioni d'oggetto possono essere radicate nel corpo come immagine di se stessi. Benché le configurazioni che le fantasie inconsce possono assumere varino da caso a caso, è buona indicazione tecnica inferire impulsi aggressivi rimossi in tutti i casi di dismorfofobia, cioè in tutti quei disturbi dell'immagine corporea che prendono forma attraverso deformità o anomalia fisiche, immaginarie e inesistenti. Questa nota osservazione clinica ha una sua giustificazione nel fatto che, a seguito dell'identificazione, l'ombra dell'oggetto abbandonato, per usare la celebre immagine freudiana, cade anche sull'immagine corporea. Infatti attraverso l'immagine corporea viene rappresentato uno scontro aggressivo che infligge all'avversario (cioè all'oggetto) un danno reale o immaginario nel momento in cui il soggetto si è messo parzialmente al posto dell'altro. Questo processo d'identificazione con l'oggetto abbandonato che viene attaccato dagli impulsi aggressivi scatenati dalla separazione, permette di comprendere i quadri patologici che vanno dalla semplice imitazione fino alla partecipazione mistica.

Nel comportamento spontaneo e nel nostro vivere quotidiano siamo (e ci sentiamo) un tutt'uno con noi stessi. La sensazione dell'unione personale con il nostro corpo può essere compromessa e rotta qualora la mano rende il proprio corpo un oggetto. Nell'atto del toccarsi si prefigura la riflessione che più tardi renderà l'lo capace di incontrare il proprio corpo. Questo perché l'autopercezione tattile si differenzia dalla percezione dell'altro oggetto umano o per meglio dire dell'altro soggetto. Per questo invece di Teoria delle relazioni d'oggetto si dovrebbe parlare di Teoria delle relazioni di soggetto. Qui si situa il punto di giuntura tra la percezione del proprio corpo e quella del corpo altrui. La scoperta freudiana che l'identificazione sia l'espressione più precoce del legame emozionale con l'altro (Freud, 1921, p. 292) è da prendersi alla lettera: quello che la mano causa nell'oggetto perviene inconsciamente anche al proprio corpo e viceversa.

Non esistono disturbi aell'autopercezione e aell'autostima senza compromissioni nelle relazioni d'oggetto. Nessun sintomo fobico o ipocondriaco si esaurisce in timori irrazionali circa la propria esistenza fisica, anche quando le lamentele del paziente possono dare questa impressione. Un'esplorazione più approfondita della struttura di questi sintomi dimostra che, a mezzo dell'interiorizzazione, si mantiene un legame inconscio con l'oggetto coscientemente abbandonato, al di là dei meccanismi di difesa che possono

essere intervenuti nel processo. E nel transfert questi legami si manifesteranno nuovamente. In questo modo si comprende in che misura i timori fobici e ipocondriaci sono in funzione degli altri, nell'accezione di soggetti.

La sofferenza nevrotica, che il soggetto vive passivamente, può essere intesa come ripetizione transferale nell'infliggere dolore all'altro in maniera attiva e inconscia, cioè come ritorzione contro qualcuno o come identificazione con l'oggetto deformato e interiorizzato nel sé corporeo.

Il concetto di immagine corporea fa parte della teoria di Schilder (1933, 1935) sul vissuto corporeo. Questo autore integrò gli apporti della psicologia e della psicoanalisi con la teoria neurologica dello schema corporeo di Pick e Head. Il concetto di schema corporeo permise a questi due autori di "ordinare" le percezioni corporee bizzarre in pazienti con lesioni cerebrali. Head parlava di "schema posturale" come quadro di riferimento circa l'orientamento e il comportamento spaziale. Schilder ampliò questo concetto inserendovi anche l'esperienza corporea soggettiva, cioè l'immagine spaziale psichica che si origina nelle interazioni interpersonali.

Per Schilder corpo e mondo sono concetti correlati: "La coscienza della corporeità, l'immagine tridimensionale di noi stessi che ci portiamo dentro, deve essere costruita nello stesso modo con cui conosciamo il mondo esterno. Poiché l'immagine corporea è costantemente creata e costruita a partire dai dati tattili, cinestetici e ottici, il vissuto legato all'immagine corporea finisce per essere una mappa degli impulsi pulsionali" (Schilder, 1933, p. 368).

Schilder descrive un paziente che sentiva il proprio corpo cadere a pezzi. Questa fantasia esprimeva la fantasia di fare a pezzi gli altri. Parimenti, per Schilder, il desiderio di essere visto è, all'origine, uguale al desiderio di vedere: "Tra la propria immagine corporea e quella degli altri esiste una profonda interconnessione. Quando costruiamo la nostra immagine corporea, via via mettiamo alla prova ciò che può essere incorporato nel nostro corpo. Davanti al nostro corpo non siamo meno curiosi che rispetto al corpo altrui. Quando l'occhio è soddisfatto, desideriamo la soddisfazione del tatto. Infiliamo le nostre dita in ciascuna cavità del corpo. Voyeurismo e esibizionismo hanno la stessa radice: l'immagine corporea è un fenomeno sociale.

I corpi umani non stanno mai fermi, sono sempre in movimento. Il movimento del corpo non è né espressione né azione, è il corpo di una persona con passioni e motivazioni" (Schilder, 1933, p. 371).

È chiaro che lo scambio costante tra la propria immagine corporea e quella delle altre persone, va oltre il confronto estetico. Le relazioni di vicinanza o di distanziamento rappresentano l'essenza delle tensioni sociali. Partendo dall'osservazione clinica, Schilder individuò le dimensioni psico-sociali dello sviluppo dell'immagine corporea.

Gli impulsi psicologici ed espressivi, così come i sintomi isterici, contraggono una stretta relazione con aspetti, più o meno inconsci, dell'immagine corporea. Per come si stratifica, l'immagine corporea può essere paragonata a un palinsesto: un quadro con pitture sovrapposte in modo tale che nella stessa tela si possono trovare immagini concordanti e contraddittorie. Il soggetto, in qualità di pittore, è inserito come parte della sua immagine corporea, ogni volta che è legato per sempre a ciò che fu iscritto.

Krause (1990) ci ha proposto un'articolata concezione del modo in cui gradualmente si costruisce l'immagine corporea nel contesto delle esperienze interattive cognitive ed affettive. I disturbi nel sistema delle segnalazioni affettive si condensano in vissuti corporei consci ed inconsci. Inizialmente Freud seguì la formulazioni di Darwin circa la spiegazione dei fenomeni di conversione. Riferendosi ai sintomi di conversione di Elizabeth von R., Freud scrisse: "Tutte le sensazioni e innervazioni corrispondono all'espressione di emozioni che, come ci ha insegnato Darwin, consiste in operazioni all'origine dotate di senso e relazionate ad un fine" (Freud, 1892-95, p. 143). Su questa linea, gli affetti primari si caratterizzerebbero come annunci di condotte o atti embrionali. Naturalmente esistono moti espressivi incompleti che sono rimasti vivi nella memoria conscia o inconscia prima ancora della fase edipica.

Detto questo, la rinuncia all'ipotesi dell'economia pulsionale consente di considerare l'affettività primaria all'interno della teoria psicoanalitica della difesa. Infatti possiamo fare a meno del concetto di conversione (energetica) e ritenere invece, come Freud stesso ci suggerisce, che i sintomi isterici non sono altro che fantasie inconscie rappresentate nel proprio corpo. I sintomi isterici e molte sindromi funzionali, sono atti frammentari (sensoriali o motori) che, a causa dei processi difensivi, possono esprimersi solo parzialmente ovvero come parte per il tutto. Il paziente ha perduto l'accesso alla componente ideativa, alla sua rappresentazione e alla sua intenzionalità.

In questo contesto perde la sua forza il concetto di conversione pregenitale. I tic psicogeni, la balbuzie, i disturbi motori extrapiramidali, come la sindrome di Gilles de la Tourette, e tante altre malattie non hanno niente a che vedere con movimenti espressivi primari. Le anomalie motorie originate da condizioni neurologiche non hanno un contenuto espressivo. Per questo è errato attribuire a questi disturbi, con una indebita estensione del concetto di regressione, un significato presimbolico e una eziologia di scarica affettiva non verbale.

### **Illustrazione clinica**

Vorremmo concludere queste riflessioni con un caso clinico, utile ad illustrare l'ambito specifico di approccio del metodo psicoanalitico alla corporeità. Presenteremo una sequenza del trattamento del sig. U., seguito da uno di noi (J. P. Jiménez) in Germania.

Alcuni giorni prima delle vacanze estive, il sig. U., di 35 anni, con molta difficoltà e vergogna raccontò un sogno. Era sdraiato sul divano ed io gli stavo sopra in una posizione che evidentemente ricordava una relazione sessuale in cui il paziente svolgeva il ruolo di donna e io di uomo. Immediatamente dopo il racconto il paziente dichiarò che si vergognava molto nel dover riconoscere le fantasie omosessuali che il sogno esprimeva. In realtà le sue associazioni avevano a che fare con l'interruzione della terapia e con la paura di perdere ciò che aveva ottenuto in un anno e mezzo di trattamento.

Gli interpretai che in quel momento il suo intenso desiderio era di mantenere la relazione con me, nonostante l'interruzione e che tutto questo veniva oniricamente rappresentato con una relazione amorosa, il cui prodotto l'analisi, egli voleva conservare dentro di sé, come un nostro comune figlio. Con questa interpretazione il sig. U. si tranquillizzò visibilmente. Tuttavia la seduta successiva arrivò con un paio di minuti di ritardo, abbastanza agitato, spiegando che entrando aveva sentito forti dolori di pancia che lo avevano costretto ad andare al bagno. Il racconto evocò in me la parola "aborto" (Abort) e allora subito dissi, quasi pensando ad alta voce: "Certo, un aborto". (Pensavo alla teoria o fantasia sessuale infantile della cloaca comune, descritta da Freud, secondo la quale il rapporto sessuale e il parto sono entrambi fenomeni anali). Assai sorpreso dalle mie parole il sig. U. replicò: "Perché dice aborto (Abort)?" In quel momento mi resi conto che non avevo usato la parola tedesca corrente, ma l'altra di origine latina e mi corressi: "Volevo dire aborto (Abtreibung), lei ha paura di abortire il nostro figlio analitico durante l'interruzione, in altri termini di non essere capace di ritenere ciò che abbiamo conseguito entrambi fino a questo momento". Al che il paziente rispose: "Sì, questo lo capisco, ma mi sorprende un'altra cosa. Quando ero bambino, a casa mia in campagna, mia nonna chiamava il bagno "aborto" (Abort). Devo riconoscere che io non conoscevo questo uso della parola aborto, usata nel sud della Germania, ma la mia sorpresa fu egualmente grande. Pensai che fosse una conferma non solo dell'importanza del vissuto corporeo, del corpo e delle sue funzioni come fondamento della vita fantasmatica, ma anche che fosse l'espressione della stretta relazione tra le metafore corporee e le metafore verbali e quindi concettuali nella strutturazione della realtà psichica (Jiménez, 1993).

## NOTE

<sup>1</sup> Per una visione globale ed esaustiva della psicosomatica nei suoi attuali sviluppi si consulti il trattato di Thüre von Uexküll *Psychosomatische Medizin* (1990).

<sup>2</sup> Già i maestri medioevali distinguevano l'ordine dell'essere (ontologia) e l'ordine del conoscere (epistemologia). Perciò affermare il monismo mente-corpo, cioè affermare l'unità sostanziale della persona umana *individua substantia* non comporta necessariamente l'affermazione del monismo epistemologico, cioè non implica una conoscenza psico-somatica unificata.

## BIBLIOGRAFIA

- Freud S. (1892-95) *Studi sull'isteria* OSF, Vol. I, Boringhieri, Torino, 1967.
- Freud S. (1914) *Dalla storia di una nevrosi infantile (Caso clinico dell'uomo dei lupi)* OSF, Vol. VII, Boringhieri, Torino, 1975.
- Freud S. (1921) *Psicologia delle masse e analisi dell'io* OSF, Vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.
- Freud S. (1922) *L'io e l'Es* OSF, Vol. IX, Boringhieri, Torino, 1977.
- Jiménez J. P. (1994) *Acerca de la relevancia del concepto de fantasía inconsciente para la teoría de la técnica psicoanalítica* Rev. Chilena de Psicoanálisis, n. 11, pp. 43-60.
- Krause R. (1990) *Psychodynamik der Emotionsstörungen* in K. Scherer *Enzyklopedie der Psychologie* Hogrefe, Gotinga.
- Scheler M. (1954) *Der Formalismus in der Ethik und die Materiale Wertethik* GW Bd 2. Francke, Berna.
- Schilder P. (1933) *Das Körperbild und die Sozialpsychologie* Imago, n. 19, pp. 367-376.
- Schilder P. (1935): *The image and appearance of the human body* Kegan, London.
- Thomä H. (1992a) *Der Körper in der Psychoanalyse* in P. Buchheim, M. Cierpka, Th. Seifert *Lindauer Texte* Springer, Berlin.
- Thomä H. (1992b) *Interpretación psicoanalítica del significado inconsciente de diversas perturbaciones somáticas*. Rev. De Psicoanálisis, número especial internacional, pp. 285-320.
- Thomä H., Kächele, H. (1985) *Trattato di terapia psicoanalitica Vol 1: I fondamenti teorici* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1990.
- Thomä H., Kächele, H. (1988) *Trattato di terapia psicoanalitica Vol 2: Pratica clinica* trad. it., Bollati Boringhieri, Torino, 1993.
- Uexküll T. v. (1985) *Der Körperbegriff als Problem der Psychoanalyse und der Somatischen Medizin* Prax Psychother. Psychosom., n. 30, pp. 95-103.
- Uexküll T. v. (1990) *Psychosomatische Medizin* Urban & Schwarzenberg, Munich.