

Analisi comparata del processo di guarigione delle nevrosi fobiche*

FRANCESCO PARENTI, PIER LUIGI PAGANI

Summary – COMPARATIVE ANALYSIS OF THE RECOVERY PROCESS IN PHOBIC NEUROSES. On the ground of the cases treated with an individual-psychologic and psycho-analytic therapy, the authors wonder how two contrasting interpretations can both lead to recovery. Through the analysis of the cases they come to the conclusion that the recovery process always follows the unmasking of a fiction, which keeps its roll of demythicization of the phobic object also when the fiction, which supports it, is replaced by another fiction. However, they affirm that the unmasking of the fiction is intentional and conscious for the adlerian analyst and, on the contrary, it is sometimes unconscious for the orthodox psychoanalyst.

Keywords: INDIVIDUAL PSYCHOLOGY, PSYCHOANALYSIS, PHOBIC NEUROSES

I. Premessa

Il problema che intendiamo affrontare, con specifico riferimento alla nevrosi fobica, in realtà può riguardare ogni forma morbosa trattabile con psicoterapia analitica. Esso si può riassumere nel seguente interrogativo: come possono spiegarsi scientificamente le guarigioni di malattie psichiche o psicosomatiche analoghe, con notevole tenuta nel tempo, ottenute offrendo al paziente interpretazioni in reciproco contrasto?

Abbiamo considerato solo recuperi duraturi per escludere dalla nostra ricerca i miglioramenti transitori scaturiti da un'azione suggestiva o da una dinamica puramente transferale. In questo studio, in particolare, il confronto è stato effettuato solo fra i trattamenti a indirizzo psicoanalitico e quelli a orientamento individualpsicologico, sebbene la comparazione potrebbe essere, comunque, estesa anche ad altre Scuole.

* Il testo della relazione, presentata al XV Congresso Internazionale di Psicologia Individuale, svoltosi a Vienna (2-6 agosto 1982) presso l'aula magna della Technische Universität il pomeriggio di mercoledì 4 agosto 1982, non è mai stato pubblicato in italiano, ma in lingua francese: PARENTI, F., PAGANI, P. P. (1984), Analyse comparée du processus de la guérison des névroses phobiques, *Actualités Psychiatriques*, 2. [N.d.R.]

Il verificarsi di guarigioni che persistono nel tempo, nonostante la diversità degli apporti analitici, presume l'esistenza in entrambe le situazioni terapeutiche di un comune fattore di recupero. E non può trattarsi di un fattore puramente emotivo, che indurrebbe solo miglioramenti transitori: trattamenti analitici variamente impostati sul piano teorico e tecnicometodologico possono portare il paziente a un'analoga e nuova consapevolezza critica, capace di togliere credibilità anche interiore alla linea nevrotica perseguita in precedenza. Attraverso un vaglio, prima, delle caratteristiche psicodinamiche che stanno alla base della nevrosi fobica, poi, dei mutamenti positivi che le neutralizzano, procurati dalla terapia, cercheremo elementi per ipotizzare il *comune fattore di recupero* sopra menzionato.

II. *La fobia e la nevrosi fobica: spunti per una definizione*

Si può definire *fobia l'angoscia non giustificata o eccessiva, scatenata da un oggetto valutato inadeguatamente*: il sintomo si differenzia dall'"angoscia" che caratterizza certi deliri, poiché non è così spiccatamente in contrasto con la "logica comune" e consente, dunque, un'autocritica almeno parziale.

Può definirsi *fobica una nevrosi in cui il sintomo fobia sia dominante*. È assai frequente l'associazione della *sintomatologia fobica* con quella *ossessiva*, caratterizzata da idee che si impongono con insistenza, esercitando una coazione sull'individuo. Le nevrosi fobiche e fobico-ossessive sono un obiettivo classico per la psicoterapia analitica. La *fobia*, come diremo più in dettaglio, è adlerianamente inquadrabile come *finzione rafforzata*.

III. *La visione psicoanalitica della fobia e della nevrosi fobica*

Le prime fasi del pensiero di Freud non inquadravano ancora la fobia come sintomo dominante e specifico di una nevrosi, ma la inserivano come fenomeno particolare in un quadro più vasto di svariate nevrosi e psicosi. In un secondo tempo, Freud, sensibilizzato anche dal notissimo *caso del piccolo Hans*, isolò una nevrosi che fu poi definita "isteria d'angoscia", caratterizzata dal sintomo centrale fobia. Tale forma morbosa avrebbe presentato alcune similitudini e alcune diversità nei confronti dell'"isteria da conversione". In questo ambito, la rimozione avrebbe staccato la *libido* dal materiale patogeno, liberando angoscia, destinata, poi, a legarsi ad altri "oggetti" attraverso un processo psichico simbolico.

Nella concezione psicoanalitica, anche oggi più accettata, l'oggetto fobico avrebbe il ruolo di un simbolo: coprirebbe o l'obiettivo di una tentazione in

conflitto con il Super-Ego oppure la punizione del desiderio vietato. Ricorre in questa ipotesi il conflitto etico, che impronta tutta l'ottica psicoanalitica, fra la ricerca di un piacere in prevalenza sessuale, narcisistico e risalente all'infanzia, e un divieto acquisito dall'educazione, che lo blocca, caricandolo d'angoscia.

IV. *La visione adleriana della fobia*

La Psicologia Individuale inquadra i sintomi delle nevrosi e quelli di alcune psicosi come artifici diretti a compensare un *complesso d'inferiorità*. Per assumere il ruolo patologico di "sintomi" tali compensazioni devono essere improduttive, devianti, in grado di intaccare il *sentimento sociale* e servirsi di *finzioni rafforzate*, costruite a sostegno di un *fine ultimo fittizio*. Anche le fobie, dunque, possono essere analizzate in questa luce. Come sempre, l'ipotesi adleriana di fondo non vincola nei dettagli ad alcuna tematica prestabilita e lascia libero il campo a interpretazioni centrate sull'*unicità irripetibile dell'individuo* e del suo *stile di vita*.

Per quanto riguarda specificamente le fobie, esemplificheremo alcune fra le prospettive analitiche che ricorrono con maggiore frequenza:

– La fobia è un *artificio* mediante il quale il paziente, ponendosi in una fittizia posizione di rischio o di sofferenza, cerca di esercitare un richiamo e un dominio nei confronti dell'ambiente e, soprattutto, dei familiari. Così l'*agorafobico* impone drammaticamente a qualcuno di sorreggerlo o di accompagnarlo e il *patofobico* cerca di mobilitare attenzioni e cure o compete con un rivale nella sofferenza. In questi casi l'oggetto della fobia non ha necessariamente un ruolo simbolico: può essere scelto perché è il più congeniale al tipo di richiesta del soggetto o perché richiama antiche paure provate od osservate.

– La fobia persegue lo scopo di evitare o di aggirare situazioni che accentuino un vissuto d'*inferiorità*: l'oggetto fobico può essere selezionato perché simbolo specifico di una devalorizzazione temuta o di un valore irraggiungibile da parte del soggetto; altre volte può essere adottato perché consente di bloccare un'azione che metterebbe in luce un confronto negativo temuto. Così, nell'*acrofobia*, di caso in caso, l'essere in alto può rappresentare un traguardo tanto rischioso da provocare la caduta nel baratro o significare il timore di esporre in modo troppo visibile la propria inferiorità fisica o dinamica.

– La fobia è impiegata per prevenire o neutralizzare un *senso di colpa*. Allora l'oggetto fobico è un simbolo che *copre* l'infrazione etica o raffigura la punizione per averla commessa; altre volte rappresenta l'occasione che può facilitare un comportamento antisociale. L'affinità con la Psicoanalisi è in questo caso so-

lo parziale, poiché la psicologia adleriana contempla ogni tipo di colpa, senza privilegiare, pur non escludendolo, il settore della sessualità. Un notevole rilievo, ad esempio, è assegnato all'*aggressività*. Secondo la lettura adleriana, la prevenzione o l'espiazione possono liberare dall'angoscia, sia perché ripristinano un'autovalorizzazione, sia perché consentono di riacquistare il diritto alla solidarietà e, quindi, la sicurezza.

V. Ipotesi sul processo di guarigione

Da un punto di vista generale, l'obiettivo di un trattamento psicoanalitico dovrebbe essere quello di far raggiungere al paziente il completamento del suo sviluppo psicosessuale, il che implicherebbe sempre il superamento del *complesso di Edipo* e l'accesso allo stadio genitale. Ciò comporterebbe anche la guarigione dei sintomi nevrotici sempre strutturati nell'ambito di una fissazione della *libido* a fasi immature del suo sviluppo o la regressione a una di queste fasi, dopo un suo transitorio superamento.

Sempre da un punto di vista generale, l'obiettivo di un trattamento individual-psicologico comprende il perfezionamento dei seguenti punti:

- accantonamento del fine ultimo fittizio con smascheramento delle *finzioni rafforzate*, strutturate nell'illusione di raggiungerlo;
- conseguente rinnovamento dello *stile di vita*, mediante una sua ristrutturazione che riduca la distanza dagli altri individui, armonizzi reciprocamente la *volontà di potenza* e il *sentimento sociale* e consenta di espletare con un buon livello di gratificazione i tre compiti vitali dell'uomo: *amore, lavoro, amicizia*.

Anche il raggiungimento di questi traguardi comporta la liberazione dai sintomi nevrotici, la cui esistenza risulta legata, in chiave adleriana, a compensazioni distorte, poste al servizio di una finalità deviante e antisociale.

Se esaminiamo in un'ottica più limitata il processo di guarigione dello specifico sintomo "fobia", dobbiamo prendere atto che il suo superamento, in ogni caso, implica il raggiungimento della comprensione che l'oggetto fobico non possiede in realtà caratteristiche tali da indurre angoscia o, almeno, non tali da indurre un'angoscia così clamorosa come quella che si presenta nel quadro nevrotico.

Un'analisi più fine consente di appurare che la fobia, sia interpretata in chiave psicoanalitica, sia interpretata in chiave adleriana, per sussistere deve essere, di necessità, sostenuta da una *finzione*, ossia da una *valutazione non obiettiva della realtà*. Tale distorsione del giudizio in entrambi i punti di vista analitici serve un

determinato scopo, anch'esso abnorme, perché immaturo o antisociale. L'*insight* analitico indotto dalla psicoterapia adleriana comporta, per impegno metodologico, un'autocritica fondata sullo smantellamento delle finzioni, le cui finalità innaturali sono dimostrate al paziente dal terapeuta. L'analisi freudiana non prevede l'interpretazione specifica delle *finzioni*, ma una spiegazione di simboli che ha implicitamente il medesimo ruolo. Raggiunto, dunque, l'*insight*, il soggetto trattato con la Psicoanalisi o con la Psicologia Individuale prende coscienza che l'oggetto fobico non è il vero oggetto temuto, ma *copre simbolicamente un altro contenuto o è un artificio strutturato per imporsi all'ambiente*.

L'*insight* analitico, comunque, anche se in apparenza dovrebbe neutralizzare la credibilità della fobia, non è in genere sufficiente per ottenere la scomparsa del sintomo. Esso, infatti, tende a protrarsi, o per la continuazione della linea nevrotica a livello inconscio, o per l'automatismo persistente di alcuni riflessi condizionati. La vera guarigione del sintomo "fobia" avviene solo quando il paziente incanala la sua energia al servizio di una nuova finalità. Questa nostra convinzione, d'impronta sicuramente adleriana, consente l'analisi anche dei processi che prendono corpo nei trattamenti freudiani.

Quando il paziente in trattamento individualpsicologico giunge alla fase d'impegno per il recupero, non è divenuto solo consapevole che le sue precedenti finalità erano inconsistenti e improduttive, ma ha ricevuto un *processo d'incoraggiamento*, che lo stimola a formulare nuovi progetti, nella speranza di trovare in essi una più gratificante realizzazione dei tre compiti vitali: sessualità e affetti, intelligenza e lavoro, amicizia e fluidi rapporti interpersonali. Prende, così, corpo un'ambivalenza dinamica fra la vecchia *linea direttrice* scalfita dall'autocritica, ma ancora permeata di suggestioni negative, e il nuovo *piano di vita*, certamente più faticoso e sofferto, ma vitalmente alternativo a tante esperienze di frustrazione provate in passato. La particolare modalità del *transfert*, che scaturisce dalle analisi adleriane, offre la garanzia di avere, nel nuovo cammino, un compagno-guida solidale e affettivamente disponibile. Se l'operazione riesce, si assiste a una mobilitazione di energia capace di neutralizzare il fascino residuo della *compensazione fobica*.

Il paziente trattato con la Psicoanalisi giunge alla fase di ricostruzione della sua personalità dopo aver sperimentato una *nevrosi di transfert* enfatizzata, che gli ha fatto vivere la figura dell'analista come l'obiettivo di antiche conflittualità o di antichi desideri proibiti. Se il trattamento ha successo, l'analizzato si rende conto, grazie alla co-presenza critica del terapeuta non più inteso come figura del passato ma come "*colui che sa e che può spiegare*", che le sue speranze si fondano sul raggiungimento di una sessualità matura e non più narcisistica. Si assiste, dunque, a una nuova progettazione e a un *transfert* liberato dalle sue valenze regressive, il che può ancora mobilitare un'energia più forte di quella che

sostiene il sintomo fobico. Le due linee di analisi e di recupero sono certo assai diverse, anche se talora trovano parziali punti di convergenza, che interessano, comunque, solo alcuni casi. Dobbiamo allora ipotizzare la possibilità che almeno uno dei due punti di vista, quello psicoanalitico o quello individualpsicologico, sia errato e, quindi, fittizio, sebbene occorra nel contempo rilevare che l'ipotetico punto di vista errato possiede una sua vitalità terapeutica, in quanto:

- smaschera l'artificio che sostiene la fobia, dimostrandone l'inconsistenza;
- offre al paziente un nuovo obiettivo che, se accolto, indipendentemente dal suo valore reale, mobilita energia per la guarigione.

VI. *Analisi di un caso*

Il paziente, la cui storia presentiamo in sintesi, è un uomo oggi trentottenne, rappresentante di commercio, curato con successo dieci anni or sono con un trattamento psicoanalitico per una nevrosi fobica monosintomatica: la fobia delle gallerie. Il soggetto, allora scapolo, non aveva mai avuto vere relazioni amorose con alcuna donna. La sua vita sessuale era limitata a sporadici e affrettati rapporti con prostitute. Il sintomo specifico ostacolava notevolmente il suo lavoro, costringendolo a viaggiare in treno: egli non era, infatti, in condizioni di condurre un'automobile in percorsi che implicassero gallerie, per un'angoscia fobica accompagnata da imponenti somatizzazioni.

Qualche dato sulla famiglia del paziente. Il padre, anch'egli rappresentante di commercio, era un uomo sicuro e nel contempo affettuoso, ma quasi sempre assente da casa per la sua attività e, di conseguenza, impossibilitato a seguire l'educazione dei figli. Il soggetto, primogenito, era stato concepito a causa del fallimento di una pratica anticoncezionale. La madre, donna molto bella e, a quei tempi, fondamentalmente edonista, aveva vissuto come frustrante la nascita del primo figlio, cui aveva concesso scarsa affettività e nei cui confronti aveva non di rado espresso giudizi estetici negativi. Dopo cinque anni era nato un secondo figlio. A quest'ultimo la madre, divenuta più matura e disponibile, aveva rivolto più calde attenzioni affettive.

Lo psicoanalista, a cui il paziente si era rivolto in precedenza, aveva interpretato l'oggetto fobico, ossia la galleria, come simbolo della vagina materna, invano desiderata, in competizione frustrata con la figura paterna, amata dalla moglie con intensa passione, rafforzata dalle scarse occasioni d'incontro. L'angoscia fobica era stata interpretata come espressione di un complesso di colpa per il desiderio incestuoso.

I limiti assegnati a una relazione non ci consentono di illustrare in dettaglio l'*iter* analitico. Il paziente era stato, comunque, avviato a una sessualità matura, non più narcisistica, né regressiva. Il successo del trattamento era stato indubbio. La

sintomatologia era scomparsa e il paziente aveva allacciato una relazione con una giovane donna, divenuta poi sua moglie.

Dopo cinque anni la sintomatologia fobica ricompare d'improvviso. Non esistono apparenti motivazioni: il soggetto vive il matrimonio in armonia con la moglie, ha un figlio di due anni e svolge con ottimo rendimento il suo solito lavoro che è, però, nuovamente ostacolato dalla medesima fobia.

Il paziente si rivolge a un altro analista, questa volta adleriano. Nell'ambito del secondo trattamento, il vissuto dell'uomo è reinterpretato in chiave diversa: l'oggetto fobico "galleria" è considerato ancora come simbolo della madre e della donna. L'angoscia fobica, però, è attribuita a un complesso d'inferiorità, maturato dal rifiuto da parte della madre e dalla sconfitta nella competizione affettiva con il fratello minore. Secondo questa lettura, il sintomo ha una precisa finalità: scoraggiare il paziente dall'intraprendere relazioni amorose, considerate come fattore di rischio per una presumibile umiliazione da rifiuto.

Il nuovo analista interpreta anche la recidiva, che attribuisce a una gelosia reattiva nei confronti del figlio, vissuto come fratello, stimolata dalla particolare tenerezza di sua moglie verso il bambino. Un'altra volta vittima di un'umiliazione fittizia, il soggetto si costringe, simbolicamente, a fuggire, per mezzo della fobia, dal rapporto con la donna. Anche il secondo trattamento ha un ottimo esito: l'*insight* è raggiunto e l'armonia affettivo-sessuale è riconquistata, poiché la gelosia è smascherata come fittizia e regressiva.

Notiamo, per concludere, che l'apparente vicinanza delle due interpretazioni non è coincidenza e non deve generare equivoci. Una cosa è l'*angoscia da senso di colpa*, altra cosa è l'*angoscia da senso d'inferiorità*: in comune i due trattamenti hanno avuto un effetto positivo sul paziente e, avendo smascherato la credibilità della fobia, entrambi hanno avviato il soggetto verso una vita affettivo-sessuale più matura e armonica.