

CHIARA MAROCCO MUTTINI

FOBIA E SINTOMO PSICOSOMATICO: DUE ARTIFICI PER UNO STILE DI VITA

Introduzione

Il termine isteria d'angoscia fu introdotto da Freud per isolare una nevrosi il cui sintomo centrale è la fobia, e per sottolineare la sua somiglianza strutturale con l'isteria di conversione (Laplanche e Pontalis, 1968; Freud, 1908; Stekel, 1908). In entrambi i casi l'azione della rimozione tende a separare l'affetto dalla rappresentazione.

Il sintomo fobico può comparire secondo Freud (1908) in varie affezioni e non può essere considerato un processo patologico nosograficamente indipendente, bensì come il risultato di un meccanismo di difesa (Freud, 1925; A. Freud, 1961). Anche per Adler la fobia come sintomo ha un significato difensivo in quanto è una compensazione (Adler, 1926; Castello, 1980), rivolta ad un fine ultimo, spesso inconsapevole e fittizio.

L'orientamento adleriano intravede di caso in caso note rassicuranti improntate sulla ritualità o indirizzate verso l'ambiente col valore di pressione o di richiamo affettivo (Parenti, 1977).

La fobia, come ogni altro sintomo neurotico, si inserisce dunque in un contesto relazionale, senza essere circoscrivibile come entità clinica (Marocco Muttini, 1982; Marocco Muttini, Fassino, 1982), ma in coesistenza con altre espressioni di disagio psicologico e come accentuazione patologica o deformazione di fenomeni riscontrabili anche negli indivi-

dei normali (Parenti, 1977). Ancora il significato relazionale viene indicato da altre scuole (Torre, 1980; Watslawich, 1967).

Il sintomo psicosomatico viene interpretato dalla psicologia individuale sulla base del concetto adleriano di linguaggio d'organo, venendo postulata una inferiorità organica sulla quale l'individuo, costituito in modo inscindibile di psiche e soma, costruisce attraverso il sintomo il proprio stile di vita (Adler, 1970-71; Parenti e Pagani, 1978). Il sintomo può configurarsi come mezzo di prevenzione nei confronti di desideri incompatibili con l'etica cosciente, o come espiatione diretta a sollevare da sentimenti di colpa, o ancora come mezzo apparentemente passivo di manipolazione dell'ambiente, con significato di dominio, seppure raggiunto in modo distorto (Parenti Pagani, 1978; Marocco Muttin, 1983, in pubblicazione).

Analogamente, per la psicoanalisi il sintomo psicosomatico viene considerato, non diversamente da quello isterico, come il risultato di un processo di conversione. Si verifica cioè come scarica di tensioni emozionali che l'individuo nevrotico non sa padroneggiare (Deutsch F., 1959). Verrebbe scaricato sull'organo in modo irreversibile l'impulso distruttivo (Ludwig, 1975), tanto che Menninger (1938) nel differenziare i disturbi dell'isteria da quelli psicosomatici, affermò che "nel primo caso la funzione organica viene sacrificata allo scopo di difendere l'organo, mentre nel secondo, l'organo viene sacrificato per salvare la vita".

Sulla linea tracciata da Adler, in parallelo a questa, si situano le concezioni interpretative delle scuole psicodinamiche più attuali, per cui il sintomo psicosomatico rappresenta un mezzo di comunicazione del proprio vissuto attraverso l'utilizzazione del corpo come mezzo di espressione della unicità psico-fisiologica (Merleau-Ponty, 1945; Bulgarelli, 1978; De Rosa-Carli, 1980). Sarebbe il prodotto di una

modalità di conversione parallela a quella isterica (Antonelli, 1970; Valabrega, 1965), presentante un significato simbolico non distinguibile dal vissuto individuale (Antonelli, 1980; Kimball, 1979; Rees, 1979). Si esclude oggi la validità di una classificazione tipologica generalizzata, sul modello di Alexander (1951) o di Dumbor (1948) e si tende anzi a studiare l'individuo psicosomatico inserito nel contesto ambientale, dove il sintomo può risultare come determinato da una serie di fattori socio-culturali oltre che individuali (Antonelli, 1980; Cazzullo, 1978-80). Particolarmente attuale risulta quindi ancora il pensiero di Adler, che prevede un modello interpretativo bifronte: da un lato la diatesi d'organo, dall'altra il "segno" avente valore simbolico; la somma dei due eventi caratterizza il linguaggio d'organo, come strumento teleologico inserito nello stile di vita e indiscutibilmente inscritto nelle linee storico-evolutive dell'individuo (Adler, 1912; Parenti e Pagani, 1977 e 78).

L'interpretazione delle psicosomatosi nell'ambito delle nevrosi ha trovato un appoggio anche in lavori di confronto di tipo sperimentale come quello di Salminen e coll. (1980), da cui emergerebbe una minor capacità di insight nello psicosomatico rispetto al nevrotico, o quello di Nielsen e Drago (1977), condotto attraverso il test di Rorschach.

Un'interpretazione unitaria di alcuni disturbi psicosomatici, nei quali si può ammettere cioè un substrato biologico, rispetto a disturbi cosiddetti «funzionali» è proponibile oggi in base a recenti studi, e alla stessa classificazione del DSM III; si veda l'assimilazione di Pancheri (1982) delle varie forme depressive ad un continuum in cui si distinguono quadri diversi, da quelli da perdita «pura» con sistemi neurotrasmettitoriali integri a quelle in cui l'avvenuta perdita è fattore precipitante su un deficit biologico.

Analogamente gli attacchi di panico, che il DSM III colloca fra gli «stati d'ansia» distinti dai disturbi fobici, so-

no corredati da precisi disturbi neurovegetativi, e d'altra parte porterebbero ad un progressivo svilupparsi di ansia anticipatoria e agorafobia (Cassano 1985, Sheelman 1982).

Queste suggestive assonanze fra disturbi considerati secondo la nosografia classica separati, sono state da me già sviluppate in uno studio attualmente in corso, nel quale ho in effetti potuto documentare attraverso esempi al Rorschach alcune analogie strutturali tra pazienti con attacchi di panico recentemente insorti e altri portatori di agorafobia di vecchia data (Marocco Muttini, 1988).

Si potrebbe quindi ipotizzare che fattori biologici e da altra parte psicologici («l'ansia di separazione», Pazzagli 1981) siano concatenati e diano luogo alla formazione di difese espresse nella nevrosi strutturata e nello stile di vita che le è inerente. Il disturbo iniziale, precoce, forse biologicamente determinato almeno in certi casi, si traduce in un difetto di organizzazione di personalità.

Alla base delle due serie di sintomi, fobico e psicosomatico, si possono rilevare quindi, sotto modalità diverse di espressione, talora concomitanti, altre volte successive, analoghe situazioni di difetto di maturazione della personalità (cfr. Parenti e Pagani, 1978), tra le quali preminenti risultano problematiche profonde, inerenti il processo di identificazione psicosessuale nella più ampia accezione del termine (Ferro-Gaita 1980-81, Piscitelli, 1979, Rovera 1975, 1979 e 1980, Marocco Muttini a) e b), 1982 in pubblicazione). L'alterata immagine di sé può risultare derivata da un'ampia serie di situazioni personali ed esistenziali conflittualizzate, avente come comune denominatore sentimenti di insicurezza, di separazione e di perdita, di inferiorità d'organo in cui ascrivere una gamma di disordini concernenti il corpo fisico e il vissuto corporeo (Adler 1908-1927, Parenti 1977, Rovera 1979).

Contributo personale e casistica

Sono stati presi in considerazione 6 casi clinici di soggetti (tre femmine e tre maschi), i quali presentano contemporaneamente una sindrome fobica, di vario contenuto (agorafobia, patofobia, fobia sessuale) e disturbi psicosomatici (ipertensione, emicrania, alopecia, acne).

Si è voluto tentare una interpretazione della dinamica psicologica, utilizzando sia dati clinici, sia i risultati del test di Rorschach. Si è anche cercato di indagare se caratteristiche peculiari di personalità rendano possibile l'utilizzazione di difese apparentemente diverse, sotto cui sia rintracciabile una analogia strutturale.

Caso 1°

Anni 20. Secondogenita di due figlie. Famiglia piccolo-borghese, nella quale la madre, casalinga, tiene un atteggiamento vittimistico a proposito di pretesi sacrifici «per la famiglia». La ragazza è stata da sempre poco socializzata, spesso vittima dei soprusi delle coetanee, sia nel gioco che nell'ambiente scolastico.

Anche nei confronti della sorella maggiore, ha sempre tenuto un comportamento remissivo, patendo della posizione di primo piano della quale la sorella godeva a casa e a scuola per il suo carattere più brillante. Unica compensazione è sempre stata la resa scolastica eccellente.

Da qualche anno la ragazza soffre di una forma di acne, non particolarmente accentuata, ma che è vissuta come gravemente emarginante dal soggetto stesso. Inoltre presenta una sintomatologia neurotica con fobie di vario genere riguardanti la sfera sessuale; tali fobie concernono sia omofilia sia perversioni e si alimentano attraverso fantasie riguardanti il raggiungimento del piacere sessuale con partner, o

attraverso atti, devianti dalla «norma». La p. presenta una depressione dell'umore secondaria a sensi di colpa correlati a tali fantasie, che vive come gravemente patologiche nel senso di «malattia mentale».

Caso 2°

Anni 30. Figlia unica di famiglia operaia. I genitori hanno presentato l'esempio di un affiatamento di coppia solo apparente, in realtà vissuto come insoddisfacente dalla madre. Dato l'ottimo rendimento scolastico, ha proseguito negli studi fino ad una laurea in materie scientifiche. Insegnante. Coniugata. Fin da adolescente ha strutturato una neurosi con prevalenti aspetti fobico-ossessivi: paura delle malattie per sé e per i familiari, controlli con aspetti di ritualità su molti compiti della vita quotidiana, rupofobia; per quanto non prevalente, risulta un aspetto rilevante della sintomatologia quello della fobia dell'omosessualità: la paziente dice di sentirsi attratta dalle donne che hanno un petto florido, che provoca in lei un eccitamento accompagnato da fantasie nelle quali immagina di vedere queste donne e se stessa nude. È intensamente turbata da questi pensieri, che mette in relazione con una scarsa attrazione fisica verso il marito, con il quale ha difficoltà di rapporto (solo rare volte ha raggiunto l'orgasmo nel coito), traendone la conseguenza di «non essere normale». È giunta alla consultazione per una infertilità che pare abbia una componente psicosomatica. Attualmente risulta guarita da una forma di acne pronunciata della quale ha sofferto per vari anni.

Caso n° 3

Donna di 26 anni. Coniugata, senza figli. Primogenita di famiglia operaia, rimase orfana di madre a 16 anni e dovette, contemporaneamente al proseguimento degli studi, nei quali eccelleva, sostituirsi alla madre nelle incombenze domestiche, accudendo ad un fratellino ancora piccolo. Fi-

niti gli studi si impiegò, e contemporaneamente, a 20 a., contrasse il matrimonio. Ha sempre lavorato con efficienza, in lavori di responsabilità e con ambizioni di carriera. Già in passato aveva sofferto di periodi di ansia, e di una forma di alopecia.

Caso 4°

Anni 35. Figlio unico di famiglia operaia, ha studiato fino a conseguire la laurea; lavora come professionista; è contento del proprio lavoro, che considera discretamente prestigioso e soddisfacente economicamente. La madre è fortemente ansiosa, iperprotettiva, con cospicui spunti fobici sia per la propria salute che per quella del figlio. Culturalmente limitata, non molto intelligente, ha esercitato sul figlio un controllo pressante e invadente fino al momento del matrimonio.

Il padre, più evoluto come intelligenza, ha però avuto un ruolo di secondo piano nell'educazione del figlio, subordinato com'era all'invadenza della consorte. Manteneva un certo distacco e una libertà di pensiero rispetto al conformismo della moglie, che venivano però scambiati per disinteresse alla famiglia. Solo col figlio adulto ha ristabilito un colloquio più aperto.

Dopo il matrimonio il paziente è passato per così dire dalla tutela della madre a quella della moglie, la quale, efficiente nelle cose pratiche, ha relegato di nuovo il p. ad un ruolo subordinato, che egli accetta come «più comodo», ma nello stesso tempo patisce come devalorizzante.

Il p. presenta un quadro di nevrosi fobico-isterica con crisi di allarme, somatizzazioni viscerali, emicranie, assai acute e prolungate, tanto da averne bloccata ogni volta per 1-2 giorni l'attività.

Caso 5°

Maschio. Anni 32. Primogenito di 4 figli. Famiglia dell'alta borghesia. È arrivato alla soglia della laurea, senza concludere. Coniugato a 20 anni. Non ha figli per decisione comune con la moglie. Circa 3 anni fa, dopo la morte del padre, del quale egli ha raccolto incombenze e responsabilità di carattere amministrativo sul patrimonio familiare, ha cominciato ad accusare vari sintomi psicosomatici come pirosi e gonfiore gastrico, cardiopalmo, crisi emicraniche (delle quali aveva già sofferto saltuariamente). Dopo circa un anno, durante il quale il paziente aveva iniziato un trattamento psicologico, comparvero, crisi di allarme fobico sul tipo «crisi di panico», un'ansia pronunciata ogni volta che egli usciva di casa, fino a che smise quasi di uscire, strutturando una agorafobia sempre più stretta. Il test fu eseguito qualche mese dopo la comparsa del sintomo agorafobico.

Caso 6°

Maschio di anni 24. Celibe. Secondogenito di 2 figli. Rimasto orfano di padre a 8 a., è stato allevato da una madre iperprotettiva e ansiosa, essa pure fobica. La sorella maggiore è in cura a sua volta per neurosi fobica.

Diplomato brillantemente, lavora come impiegato ed è apprezzato per la sua efficienza e responsabilità. Al di fuori del lavoro è invece insicuro, ha pochi amici, non ha mai avuto una ragazza, anche se lo desidererebbe, per la scarsa intraprendenza. Al momento della osservazione presentava una sindrome ansiosa, con tachicardia e ipertensione arteriosa. Da qualche mese non usciva di casa da solo neppure per recarsi al lavoro, dove si faceva accompagnare dalla madre, a meno di servirsi del taxi. Il suo comportamento era razionalizzato nella «paura di sentirmi male per la strada».

Discussione

L'esame del primo caso evidenzia una struttura di personalità nevrotica con prevalenti meccanismi di difesa fobici. Si può ritenere che i conflitti preponderanti riguardino, non l'identificazione sex (corretta alla III tav.), ma la identificazione al ruolo femminile adulto (shock al bianco). Lo shock-sex non superato può essere la diretta conseguenza della difficoltà ad identificarsi nella figura materna accettandone anche le connotazioni sessuali del comportamento. Dalla figura femminile, sono mobilitate delle ansie che vengono convertite in fobie (risp. «macchie»). Sul piano clinico, la anamnesi chiarisce gli elementi osservati al test. Infatti il vissuto di esclusione e di inferiorità viene riferito in modo particolare alla presunta preferenza che la madre avrebbe avuto per la sorella maggiore della paziente. Il sentimento di gelosia che questa organizzò nei confronti della sorella fu verosimilmente accentuato dalla particolare chiusura sociale della famiglia, che non forniva un modello di soddisfacente integrazione sociale, e otteneva così il risultato di fomentare le tensioni all'interno del gruppo invece di stemperarle in una serie più aperta di rapporti interpersonali. La stessa mancata integrazione nel gruppo dei coetanei, associata ad una educazione sessuale rigida e moralista possono aver aumentato i vissuti di esclusione, polarizzando l'attenzione sulla sfera sessuale. Non accettando il proprio corpo, con le sue pulsioni in risveglio all'epoca dell'adolescenza, la paziente fu inconsciamente costretta a porre in atto una serie di difese che rappresentano una conversione del conflitto a vari livelli: fobie, conversione isterica e psicosomatica. In particolare la scelta dei sintomi sembra voler direttamente proteggere il soggetto rispetto ai propri desideri inconsci di affermazione personale (sessuale e sociale). Le fobie di perversione sessuale bloccano il soggetto rispetto a possibili iniziative e appagano il bisogno di punizione stimolato dai sensi di colpa. L'acne potrebbe ugualmente rappresentare una scelta di vita nella direzione di una emarginazio-

ne apparentemente sofferta, ancora punitiva e forse per questo stesso motivo protettiva rispetto alle pulsioni sessuali che il diventare donna comporta, e che non sono accettate in conformità ai dati a proposito dell'interpretazione psicomotricità dell'acne emersi in un mio studio (Marocco Mutti, 1982).

* * *

Il secondo caso presenta al test di Rorschach difese fobiche e francamente convergitive, con una evidente polarizzazione della attenzione sul proprio corpo e in particolare sulla sessualità. Esiste in questo caso un problema strutturale profondo di identificazione personale (non corretta alla III tavola). Apparentemente la figura materna è meglio vista di quella maschile (ansiofobia), ma nello stesso tempo risveglia la problematica sessuale non risolta (risp. sex femminile alla VII tavola). Questi dati diventano comprensibili se si tiene conto della storia clinica. La madre ha presentato un'immagine di insuccesso matrimoniale, di sofferenza e sacrificio, imputando al marito ogni colpa del fallimento. L'uomo, nella realtà persona mite, succube della moglie, a lui superiore per censo e cultura, è stato presentato agli occhi della figlia come un despota; questa non è riuscita a giungere ad un buon rapporto con lui e con la figura maschile in genere, rimanendo piuttosto ancorata ad una posizione di immaturità affettiva di tipo pre-edipico. Anche se del ruolo femminile il soggetto ha accettato gli aspetti sociali conformistici (si è fatta precocemente un ragazzo, col quale è ora sposata, si cura del proprio aspetto femminile, che desidererebbe anche più vistoso, come indicano le fantasie), vive il proprio ruolo in modo conflittualizzato, alternando entusiasmi e rifiuti, apparente disinibizione sessuale (per esempio nel prendere l'iniziativa al rapporto o nel parlare con disinvoltura persino insistita di situazioni sessuali) a una non accettazione profonda (verificabile dalla mancanza di orgasmo). I sintomi fobici risultano obbedire ad una meta fittizia autopro-

tettiva: l'attenzione eccessiva per la salute del corpo, suo e del marito, può essere un modo per difendersi dall'aggressione sessuale paventata. Nello stesso tempo la patofobia, in gran parte mediata dalla madre, rappresenta anche un tentativo di identificazione raggiunto su un versante patologico, essendo fallita una più corretta organizzazione della immagine di sé femminile. L'acne in questo caso può costituire una ulteriore protezione, rispetto all'aggressione maschile, o alla assunzione di un ruolo più compiutamente femminile (nel suo aspetto seduttivo). Potrebbe altresì, dato il vissuto di sofferenza al quale si accompagna, essere autopunitiva rispetto al desiderio di una realizzazione sessuale, che il soggetto non si concede di appagare per rimanere, per così dire, fedele alla figura materna e dividerne le frustrazioni.

* * *

Il terzo caso presenta al test di Rorschach una strutturazione nevrotica, nella quale il problema della aggressività non risolta e non accettata risulta il nucleo conflittuale forse di maggior spicco. Questa aggressività, che pare mobilitata (ma repressa) dal rapporto interpersonale, potrebbe essere legata ad un senso di inferiorità, causato dalla incertezza della propria immagine (alla III tav.: «maschio e femmina»). Le tavole parentali rivelano un senso di distanza (quelle maschili), o una scarsa strutturazione (quelle femminili). La storia clinica della paziente non è del tutto illuminante in proposito. La morte prematura della madre (quando la p. aveva 16 anni) non può aver causato un vuoto di identificazione; si può perciò ipotizzare che il disturbo di rapporto fosse precedente, ma che la morte abbia portato ad una idealizzazione della figura materna, della quale la p. non sopporta di rilevare eventuali tratti negativi. Di qui potrebbe spiegarsi il problema della aggressività repressa.

Della madre la paziente ha assunto il ruolo domestico,

ruolo che le è pesato perché fortemente limitante. Per esso ha dovuto rinunciare agli studi universitari, ed a realizzare le sue ambizioni di affermazione, per dedicarsi invece al padre e al fratellino. La precoce responsabilità solo apparentemente è stata maturativa (la p. è sempre stata in apparenza persona efficiente e decisa), mentre non sembra esserlo stato sul piano affettivo profondo, dove sono piuttosto rimaste inappagate esigenze di dipendenza e di appoggio. Nemmeno il padre, personaggio scialbo, molto provato dalla perdita della moglie, ha costituito un valido punto di riferimento. Il primo disturbo riferito è in questo caso quello psicosomatico (l'alopecia) che si è prodotta in precisa successione temporale alla morte della madre, come se il linguaggio degli organi rappresentasse il senso della perdita o forse la rinuncia da parte della paziente a speranze di vita più autonoma, nella quale anche la seduzione dell'uomo poteva aver parte. In effetti da allora cominciò anche a ingrassare vistosamente, cosa di cui apparentemente non le importava perché «non aveva tempo di pensare a se stessa». L'incontro con il futuro marito, persona effettivamente valida, migliorò la situazione, almeno per quanto riguarda la cura della persona, tanto che la paziente dimagrì. L'alopecia rimase, anche se più attenuata. La sindrome fobica ha una comparsa più recente, ed appare legata a delusioni sul lavoro. La ricerca di una autoaffermazione, sperata come possibile sul lavoro, non si è realizzata. La paziente ha allora mostrato il bisogno di dipendenza, non risolto a livello profondo, e il sentimento di perdita collegatovi, evidente oltre che dal disturbo somatico da uno stato depressivo, che ben si accorda con il T.R.I. del Rorschach, diretto in senso intratensivo e indicante la possibilità di una aggressività autodiretta.

* * *

Il 4° caso esprime in modo anche più aperto degli altri la scelta di uno stile di vita passivo, rinunciatario, nonostante le buone possibilità di affermazione (dotazione, creativi-

tà). Tutto il curriculum scolastico conferma la tendenza al minor impegno possibile, quasi per non rivelarsi quale potrebbe essere. Lo stile di vita obbedisce ad un duplice scopo: quello di mimetizzare di fronte ad un ambiente molto conformista e un po' ottuso una originalità che non verrebbe ammessa; evitare una autonomia che lascierebbe il soggetto privo dell'appoggio al quale la madre lo ha abituato con la sua iperprotezione soffocante e ricattatoria.

Al test di Rorschach l'identificazione sessuale è corretta, ma il soggetto non riesce ad adeguarsi ad un modello adulto e struttura una opposizione verso la figura femminile (Dbl, dévit.), che a livello di comportamento cerca di compensare con il dongiovannismo, tradendo lo sforzo attraverso l'efficienza sessuale non del tutto soddisfacente (eiaculazione precoce). Anche il sintomo fobico, organizzato su imitazione della madre (essa pure patofoba) indica la difficoltà di scegliere il modello paterno, per ripiegamento piuttosto sulla linea femminile-passiva. Il paziente è portatore di una varia sintomatologia psicosomatica e più apertamente conversiva, dall'emicrania alla gastrite, a crisi d'ansia. Questi sintomi sembrano rinforzare lo stile di vita astensionistico-passivo, proteggendo, se così si può dire, il paziente dall'assumere maggiori iniziative e responsabilità. Come si vede, sia la sindrome fobica che quella psicosomatica concorrono a proteggere il paziente rispetto allo scacco che la assunzione di responsabilità potrebbe riservargli. I sintomi somatici sembrano utilizzati allo scopo di rinforzare la scelta di vita astensionistica, unica possibile per salvare l'autostima dallo scacco che il sentimento di inferiorità fa presagire.

* * *

Il caso 5° mostra esso pure al test una combinazione di spunti fobici e isterici, confermati dai dati clinici, pur se si ritrova tra questi la presenza di sintomi decisamente psico-

somatici (le crisi emicraniche in specie). Come nel precedente, anche qui l'identificazione sessuale è corretta, ma si percepisce una notevole insicurezza a proposito della assunzione del ruolo maschile, e un problema sessuale non risolto. I sensi di inferiorità del paziente, che non è riuscito ad introiettare validi modelli parentali, entrambi inconsistenti sotto una superficiale conformità ai moduli correnti, ostacolano dei corretti rapporti interpersonali, e la costituzione di una valida immagine di sé. Il rifiuto della figura materna deludente, e la devitalizzazione di quella paterna, sentita come distante, non affettiva, sono delle difese di una personalità che risulta profondamente disturbata (vedere i segni «psicotici» al test), nella delimitazione Io-altri. Si confronti a questo proposito quanto citato da Pazzagli-Benvenuti (1981) per la psicogenesi della agorafobia, cioè come fondamentale risulti essere il disturbo del rapporto con la figura materna.

I sensi di inferiorità fanno confrontare col mondo esterno sempre in posizione di svantaggio una personalità la cui organizzazione strutturale risulta particolarmente fragile. L'agorafobia esprime verosimilmente il timore di perdita e il bisogno, la rivendicazione di una presenza forse sostitutiva della primaria figura di identificazione, quella della madre. Balza evidente anche in questo caso l'aspetto di rinforzo della meta fittizia che il sintomo psicosomatico assume: la gastrite, come l'emicrania, limitano ogni tentativo di uscire fuori dalla passività, dalla casa vissuta come asilo protettivo, nel quale vivere uno stile di vita astensionista. Anche una ricca attività intellettuale obbedisce al medesimo scopo, in quanto appare avulsa da un contesto relazionale.

* * *

Il caso 6° presenta dal punto di vista clinico una storia paradigmatica. La morte precoce del padre ha costituito una significativa perdita tanto più che l'impronta educativa

da parte di una madre nevrotica ha comportato una carenza di validi modelli identificatori (inversione di sex alla III tavola al test). Il problema sex non risulta superato (tavola VI) e la figura femminile suscita un'opposizione che può derivare dalla percezione della propria inadeguatezza a sostenere un ruolo maschile efficiente (Dbl; contenuto fobico alla IX). Sul piano clinico, il soggetto mostra un interesse verso le ragazze, come espressione di adesione al conformismo, ma non è mai riuscito ad attuare un rapporto, né sul piano sessuale, né su quello affettivo. Lascia trasparire inoltre dei sensi di inferiorità rispetto ai coetanei, visti come più «virili», con connotati di violenza. Il ruolo maschile, in carenza di modello, è vissuto in modo ambivalente tra il desiderio di conformità ed il timore; il paziente, non risolvendo questa conflittualità, ripiega sul modello materno, passivo, accettandone anche il comportamento patologico (le fobie) purché questo appaghi almeno la richiesta di appoggio. Ecco quindi l'agorafobia, che induce la madre ad accompagnare il paziente. Il disturbo psicosomatico sembra avere un significato autoprotettivo e di rinforzo della meta fittizia: la modesta ipertensione non crea alcun disagio al paziente, ma accresce le preoccupazioni materne, rinforzandone la protezione. Nel contempo costituisce un alibi che permette di mantenere uno stile astensionistico di vita, come se il paziente fosse inidoneo a correre rischi, che è il senso di inferiorità a impedirgli di sostenere.

Considerazioni conclusive

Ho voluto tentare una interpretazione dei casi, mettendo a confronto gli elementi forniti dai colloqui psicoterapeutici e dal test di Rorschach e ho limitato di proposito la discussione agli elementi emergenti con maggiore evidenza, tralasciando sfumature più dettagliate di ogni singolo, nell'intento di cercare eventuali parallelismi nello stile di vita. Direi che viene confermata l'ipotesi di analogie sostanziali in questi casi.

L'associazione di fobie e di disturbi psicosomatici non appare casuale ma sembra obbedire ad un preciso disegno inconscio, che l'ottica teleologica permette di rintracciare.

Il meccanismo difensivo si può inquadrare genericamente nella conversione (Deutsch e Semrad, 1959; Freud, 1901) intendendo per conversione il processo per cui un'idea insopportabile è resa innocua mediante la trasformazione della quantità di eccitazione ad essa collegata in qualche forma di espressione a livello fisico (Freud, 1894).

Attraverso tale meccanismo di difesa i soggetti attuano una loro finalità inconscia di protezione dall'interno, rispetto cioè alla angoscia profonda derivante dal senso di inferiorità, e di protezione a vari livelli rispetto all'esterno: ottengono aiuto manipolando l'ambiente e affermando, pur in modo passivo, un'istanza di dominio («la volontà di potenza», con la fobia) e salvano, di fronte a sé e agli altri, la propria autostima, in quanto il sintomo somatico li deresponsabilizza dallo scacco esistenziale a cui l'astensionismo conduce.

Dalla casistica esaminata, non sembrano percepibili salti qualitativi nel meccanismo di produzione del sintomo psicosomatico rispetto a quello conversivo-isterico propriamente detto, che appare, ed è constatazione comune, in regresso perché meno «credibile» nella cultura attuale. Il sintomo isterico cioè non obbedirebbe con la stessa efficacia alla finalità inconscia deresponsabilizzante autoprotettiva, compito a cui quello somatico assolve invece pienamente.

Molte altre istanze potrebbero leggersi nella costituzione della sintomatologia, per esempio una ricerca autopunitiva, che si può considerare co-presente in ogni nevrosi. Non sembra però che essa sia in contrasto con il discorso fin qui svolto, in quanto anche la punizione, come alleggerimento di sensi di colpa, risulta finalizzata ad una protezione del-

l'Io e quindi inseribile nello stesso disegno inconscio del quale si sono presentate alcune dinamiche.

Si può concludere quindi che i sintomi psicosomatico e, fobico possono non solo coesistere bensì essere collegati in un continuum che prevede diversi momenti patogenetici e psicodinamici in rapporto tra loro e costituenti un quadro fondamentalmente unitario. La immaturità strutturale, presente in modo più marcato nei casi 1° e 5°, ma variamente rappresentata in tutti, non è escluso possa essere collegata anche a nuclei «psicosomatici» nel senso di un coinvolgimento o un presupposto biologico, sul quale si innesta una reazione psicologica, psicodinamicamente comprensibile. Altre volte potrebbe esserci, al contrario, un «primum movens» conflittuale inducente la risposta «psicosomatica». A due patologie apparentemente differenti possono essere sottesi dunque meccanismi affini che riportano alla inscindibile unità psiche-soma, del cui «stile di vita» entrambe sono espressione.

BIBLIOGRAFIA

- ADLER A. (1912) Il temperamento nervoso. Newton Compton It., Roma, 1971.
- ADLER A. (1908) La compensation psychique. Payot, Paris, 1956.
- ADLER A. (1920) Prassi e teoria della psicologia individuale. Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A. (1926) La psicologia individuale. Newton Compton, Roma, 1970.
- ADLER A. (1927) Conoscenza dell'uomo. Newton Compton, Roma, 1974.
- ALEXANDER F. Medicina Psicosomatica. Ed. Giunti-Barbera, Firenze, 1951.
- ANTONELLI F. Elementi di psicosomatica. Rizzoli, Milano, 1970.
- ANTONELLI F. Le nuove frontiere della medicina psicosomatica. Med. Psicosom., 25, 231, 1980.
- BULGARINI G. La corporeità: proposta per un approccio interdisciplinare. Med. Psicosom., 23, 313, 1978.
- CASTELLO F. Pregiudizio e fobia: due analoghe modalità di compensazione caratterizzanti stili di vita nevrotici. Riv. Psicol. Indiv., 12, 52, 1980.
- CASSANO G.B. et. Al.: Il disturbo da attacchi di panico e agorafobia. Quaderni italiani di Psichiatria, IV, 1, 41-74, 1985.

- CAZZULLO C.L. La Medicina Psicosomatica. Evoluzione dei concetti, delle metodiche, delle applicazioni. *Med. Psicosom.*, 23, 3, 1978.
- CAZZULLO C.L. L'ipotesi psicosomatica dell'ipertensione essenziale come momento di collaborazione tra medicina e psichiatria. *Med. Psicosom.*, 25, 249, 1980.
- DE ROSA A.S., CARLI L. Il corpo come «mediatore» di sviluppo. *Neuropsych. Infant.*, 226, 499, 1980.
- DEUTSCH F. SEMRAD E.V. Analisi degli scritti di Freud sul sintomo di conversione, in: Deutsch F. (1959), «Il misterioso salto» dalla mente al corpo. Martinelli ed., Firenze, 1975.
- DUMBAR Psychosomatic Diagnosis. P. Hoeler, New York, 1948.
- FERRO A., GAITA D. Alcune riflessioni sul significato relazionale al sintomo vaginismo. *Med. Psicosom.*, 25, 141, 1980.
- FERRO A. GAITA D. Qualche nota su un caso di ereutofobia. *Med. Psicosom.*, 26, 349, 1981.
- FREUD A. (1961) L'Io e i meccanismi di difesa. Martinelli ed., Firenze, 1967.
- FREUD S. (1894) La neuropsicosi da difesa. Opere. Boringhieri, Torino, vol. 2, 1968.
- FREUD S. (1901) Frammento di un'analisi di isteria (caso clinico di Dora). Opere. Boringhieri, Torino, vol. 4; 1970.
- FREUD S. (1908) Analisi della fobia di un bambino di 5 anni (caso clinico del piccolo Hans). Opere. Boringhieri, Torino, vol. 5, 1972.

- FREUD S. (1908) Prefazione a «Stati nervosi d'angoscia e loro trattamento» di W. Stekel. Opere. Boringhieri, Torino, vol. 5, 1972.
- FREUD S. (1925) Inibizione, sintomo e angoscia. Opere. Boringhieri, Torino, vol. 10.
- KIMBALL C.P. Changing Concepts in Psychosomatic Theory. Historical Analysis. Da: Psychosomatic Medicine: a care Approach to Clinical Medicine, 1, 1979. Proceeding of the 4th Congress of the International College of Psychosom. Med., Kyoto, 1977. Editor Y. Ikemi, Fukuoka-Shi.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J.B. (1967) Enciclopedia della psicoanalisi. Laterza, Bari, 1968.
- LUDWIG A.O. Il ruolo dell'identificazione nel processo di conversione. Da: «Il misterioso salto» dalla mente al corpo. Martini ed., Firenze, 1975.
- MAROCCO MUTTINI C. a) «Linguaggio d'organo» in tre casi di psicosomatosi dell'età evolutiva. Psych. inf. e adol., Vol. 1, 55, 1984.
- MAROCCO MUTTINI C.: «Attacchi di panico: trait d'union tra il modello interpretativo biologico e psicodinamico». In corso di pubblicazione.
- MAROCCO MUTTINI C. b) Turbe della identificazione femminile in disturbi ginecologici psicosomatici. Rassegna di Ipnosi, vol. 11, 1-37, 1984.
- MAROCCO MUTTINI C. c) Ipotesi psicodinamiche in due casi di acne giovanile. 28, 51, 1983. Med. Psicosom.
- MAROCCO MUTTINI C., d) Ipotesi psicodinamiche su un gruppo di pazienti agorafobici. Neurol. Psych. e Sc. Umane, III, 442, 1983.

- MAROCCO MUTTINI C., FASSINO S. e) Fobia dell'omosessualità come compensazione conformistica in disturbi della identificazione. Comunicazione al Congresso di Psicoter. Medica, Savona, novembre 1982. Atti del Congresso, pag. 221-251.
- MENNINGER K.A., *Man against Himself*. Harcourt, Brace, New York, 1938.
- MERLEAU-PONTY M. *Phénoménologie de la perception*. Gallimard, Paris, 1945.
- NIELSEN N.P., DRAGO F.C. Le risposte anatomiche al test di Rorschach in soggetti ipocondriaci e psicosomatici. *Med. Psicosom.*, 22, 225, 1977.
- PANCHERI P: «Stress e depressione: dalla reazione adattiva normale allo scompenso patologico». In *La depressione Psicopatologia e psicosomatica*. Il Pensiero Scientifico, Roma, 1982.
- PARENTI F. Tecniche di decondizionamento d'ispirazione adleriana nelle nevrosi fobico-ossessive. *Riv. Psicol. Indiv.*, 6, 77, 1977.
- PARENTI F., MEZZENA G., PAGANI P.L. Simbolismo e psicologia individuale. *Riv. Psicol. Indiv.*, 8, 5, 1977.
- PARENTI F., PAGANI P.L. Il concetto adleriano di «linguaggio degli organi». *Med. Psicosom.*, 23, 321, 1978.
- PAZZAGLI A., BENVENUTI P. Finalità della terapia nell'agorafobia: note sul processo di individuazione-separazione. *Atti Congresso Soc. It. di Psicot. Med.*, Patron ed., Bologna, 1981.
- PISCITELLI V. *Psicosomatica ginecologica*. Piccin, Padova, 1979.

- REES W.L. Reappraisal of Some Psychosomatic Concepts. Da: Psychosomatic Medicine: a care Approach to Clinical Medicine, 9, 1979. Proceeding of the 4th Congress of the International College of Psychosom. Med., Kyoto, 1977. Editor Y. Ike-mi, Fukuoka-Shi.
- ROVERA G.G. Fenomenologia del corpo e stile di vita nelle malattie psicosomatiche. Atti Congresso Med. Psicosom., Pozzi, Roma, 1975.
- ROVERA G.G. Tecniche di approccio corporeo e complesso di inferiorità. In: «Prospettive adleriane in psicosessuologia». Riv. Psicol. Indiv., 7, 9, 1979.
- ROVERA G.G. Ermafroditismo psichico, ruolo sociale e protesta virile. Da: «Sessualità e Medicina». Feltrinelli, Milano, 1980.
- SALMINEN J.K., LEHTINEN V., JOKINENE K., JOKINEN M., TALVITIE A. Psychosomatic disorders: a treatment problem more difficult than neurosis? Acta Psychiat. Scand., 62, 1, 1980.
- SHEEHAN D.V.: «Panic attacks and phobias». N. England J. Med., 307, 156-158, 1982.
- STEKEL W. Nervöse Angstzustände und ihre Behandlung. Berlino e Vienna, 1908.
- TORRE M. Le psiconevrosi. Med. Clin., vol. IV, 471, 1980.
- VALABREGA J.P. Introduction du concept de conversion psychosomatique dans la nosographie et la théorie psychoanalytiques. Riv. Sper. Fren., 89, 138, 1965.
- WATSLAWITCH P., BEAUVIN J.H., JACKSON D.D. Pragmatic of human communication. A study of interactions patterns pathology and paradoxes. W.W. Norton e C., New York, 1967.