

## NINFOMANIA E CLEPTOMANIA: ASPETTI CONCOMITANTI IN DUE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE

Il tema ci consente alcune considerazioni importanti su determinati aspetti sintomatologici, che sono o appaiono fonte di sofferenza per chi li presenta e fonte di disturbo per l'ambiente e nel contempo rappresentano modi di rispondere alle proposte dell'ambiente stesso in generale e di quello familiare in particolare.

Senza entrare in una disquisizione sulla polisignificatività e policausalità dei sintomi psichici, che rientra in un discorso più generale, è importante tuttavia sottolineare come, nei casi specifici, si debba evitare di formulare a priori un'ipotesi pansessualista, poiché sarebbe troppo facile, anche se suggestivo, interpretare manifestazioni comportamentali centrate esclusivamente su contenuti sessuali o captativi come derivanti esclusivamente da istanze sessuali.

L'esperienza diretta ci porta a constatare come spesso sintomi quali la ninfomania e la cleptomania assumano una particolare rilevanza sociale, anche perché richiamano un giudizio morale, e vengano frequentemente ad assumere caratteristiche fortemente stereotipate, che possono portare più all'etichettamento che ad una comprensione fruttuosa.

Le nostre osservazioni si riferiscono a due pazienti di sesso femminile: una donna di 34 a., sposata, con una figlia di 9 a., venuta in psicoterapia per una sintomatologia presentata in un primo tempo come caratterizzata da persistenti sensazioni dolorose a carico degli organi genitali, intervenute alcuni anni prima, in concomitanza di masturbazione coatta, e tutt'ora presenti e ribelli a qualsiasi trattamento farmacologico; una giovane di 22 a., condotta dalla madre al fine di correggere una quadro di "ninfomania", per il quale era già stato fatto, senza successo, un tentativo di psicoterapia.

Entrambe le pazienti si sono fatte precedere da una lettera, nella quale elencavano, in termini estremamente crudi, i loro sintomi.

Entrambe le pazienti, nel corso del primo incontro con l'analista, hanno cercato di dare per scontata la conoscenza dei loro problemi-sintomo, da parte dell'analista stesso, portando avanti un discorso che

rappresentava, in termini logici, la conseguenza della premessa iniziale da loro messa per iscritto.

Sorgeva quindi un primo problema: riuscire a trovare un punto di riferimento comune ed esplicito, utilizzabile sia dal terapeuta che dalle pazienti, per poter dare un significato concordante ad una serie di affermazioni predicative o di attributi sintomatologici che le pazienti esponevano in termini così assoluti, che rendevano difficile fare l'argomento stesso oggetto di dialogo.

Questo esporre per iscritto, delimitando molto autoritariamente il campo su cui l'attenzione del terapeuta veniva richiamata, e questa tendenza ad autocategorizzarsi, autodefinirsi, attraverso un sintomo socialmente riprovato, veniva già a definire un tratto importante dello stile di vita. In essa si esprimeva già la tendenza a ricorrere ad un "apparato di sicurezza" estremamente rigido.

La paziente di 34 a. esponeva una problematica che sembrava porre al centro della sua esistenza: la masturbazione e il malessere che ne conseguiva; aveva tentato di liberarsi del sintomo ricorrendo all'ablazione chirurgica del clitoride, poiché riteneva che questo organo costituisse la sede del suo impulso irrefrenabile.

Per ottenere questo intervento chirurgico aveva fatto ricorso a tutta una serie di stratagemmi. La paziente sperava di ottenere, attraverso una breve psicoterapia, la scomparsa del sintomo e sembrava considerare la psicoterapia come un qualcosa di esterno a lei, che potesse ridurre il suo malessere senza coinvolgerla emotivamente.

L'avvio della relazione terapeutica consentì di far emergere, insieme ai ricordi dell'infanzia, alcuni altri elementi, aventi valore di sintomo, tra cui spiccava la tendenza ad appropriarsi furtivamente di oggetti e di denaro altrui.

La paziente si autodefiniva cleptomane e, nel periodo corrispondente a quello dell'avvio dell'analisi, i suoi atti cleptomani erano costituiti prevalentemente dal sottrarre denaro al marito e dal compiere furti nei negozi in cui le accadeva di entrare. I prodotti di quest'attività venivano costantemente consegnati alla madre. La cleptomania non aveva mai rappresentato per questa donna un sintomo da curare. Questa tendenza al furto era strettamente connessa al rapporto con la madre, che aveva sempre incoraggiato la figlia a rubare.

Un altro aspetto importante del rapporto con la madre era emerso nel frattempo: il più antico ricordo della paziente consisteva nell'immagine di un accoppiamento dei genitori. Su questo ricordo e su altri analoghi ricorrenti si inserivano due sensazioni: la madre era vittima di

una violenza; la paziente invidiava la madre, si sentiva esclusa, avrebbe voluto essere al suo posto. Questo problema trovò sbocco nei primi episodi masturbatori e successivamente nell'avvio precoce di rapporti sessuali con coetanei, vissuti da lei come momenti in cui poteva identificarsi pienamente nella madre. Ciò poteva avvenire soltanto in maniera clandestina: la paziente pensava che, se fosse stata sorpresa in quelle circostanze dalla madre o dal padre, "l'avrebbero ammazzata di botte".

Il rapporto col marito era caratterizzato da un'intensa ambivalenza che trovava, fra l'altro, espressione nella frigidità nei confronti del coniuge, nel bisogno di derubarlo, nel timore di essere duramente punita se gli avesse chiesto il denaro necessario per mandare avanti la famiglia, e in più nella continua spinta a ricercare rapporti sessuali clandestini con altri uomini. Nei confronti della figlia, che sentiva come un oggetto di sua totale proprietà, tendeva ad esercitare un dominio assoluto, che si esplicava attraverso l'imposizione di rigidissime norme di comportamento. Provava un'angoscia insopportabile all'idea che, crescendo, potesse avere rapporti sessuali.

Nel tentativo di tracciare uno schema sommario dello stile di vita della paziente, enucleiamo alcuni punti, attraverso i quali essa filtra ogni evento della sua esistenza in una coatta ripetizione e riproposizione di modalità rigide, con il cui tramite la nevrosi si esplica: la tendenza al possesso assoluto e alla corrispondente sensazione di perdita assoluta; alla base di questo: un intenso senso di insicurezza, che ha la sua base nel rapporto con i genitori. Questo rapporto evoca il ricordo di episodi escludenti, aggressivi, invidiati. La compensazione è tentata in forma diretta su quello che usiamo definire il "settore carente" (Parenti), attraverso la masturbazione furtiva ed il furto, traducibile poi nel quadro cleptomane.

Nella seconda paziente la problematica sessuale si manifesta in termini più complessi, perché al suo interno trovano spazio tutte le istanze di compensazione furtiva e di bisogno di esercitare il dominio sugli altri che, nel caso prima descritto, si esprimevano con sintomatologie distinte (il quadro ninfomane, il dominio sulla figlia, la cleptomania). Infatti la nostra paziente ventiduenne, vissuta in un ambiente familiare nel quale i genitori non erano mai apparsi come una coppia unita ed in cui il tabù sessuale aveva sempre rappresentato il punto centrale dell'educazione, fatta di divieti, impartitale prevalentemente dalla madre, contrariamente alla prima paziente, non aveva alcun ricordo di rapporti fra genitori, ma anzi un'immagine dei genitori, che

non comprendeva una legame di coppia. Anche il padre, che per il tipo di lavoro era assai frequentemente assente da casa, aveva esercitato sulla figlia un'azione rigidamente educativa, moraleggiante, improntata alla presentazione sistematica di divieti, senza mai dare apporti rassicuranti.

Il tipo di atteggiamento educativo, così rigidamente improntato sul versante del divieto, ha rappresentato un freno alla maturazione della personalità, portando la paziente a vedere determinate fasi del suo sviluppo e determinati contenuti di queste fasi, come facenti parte del quadro delle cose proibite (sviluppo fisico, puberale, allargamento delle sfere di interesse, rapporto con gli altri, ecc.). Su questo quadro ambientale veniva a tratteggiarsi un comportamento caratterizzato per un lato dalla necessità di avere rapporti sereni con coetanei e coetanee, per l'altro dalla necessità di essere presa in considerazione dalla madre per quello che lei era o poteva essere e non già per quello che la madre la riteneva.

Infatti, accadeva che la madre esercitasse sulle amiche della figlia un controllo tutto particolare, nel senso che esprimeva giudizi di accettabilità morale sulla base delle impressioni che le faceva piacere coltivare, impressioni frequentemente errate, di cui la ragazza aveva ampia riprova dalla conoscenza diretta delle persone che la madre giudicava senza conoscere. Il giudizio della madre era costantemente basato su un dato assoluto: l'esclusione sistematica della presenza di persone di sesso maschile, che riteneva garantita da alcune ragazze che lei desiderava attribuire alla figlia come amiche.

Su questo atteggiamento non realistico della madre si sviluppava nella ragazza un intenso impulso di protesta, che si accompagnava al bisogno di sentirsi presa in considerazione direttamente e non soltanto attraverso la considerazione che veniva dedicata alle presunte amiche valide. L'exasperazione di questo bisogno finì per rappresentare l'elemento di maggiore spinta alla costruzione di un comportamento compensatorio, rappresentato dal fare le cose più rigidamente vietate, con la paura e il desiderio di essere scoperta.

Questo comportamento appariva condizionato dall'insorgere di impulsi erotici irrefrenabili, che inducevano la ragazza ad avvicinare continuamente uomini per avere con loro rapporti sessuali episodici, mai accompagnati dall'instaurazione di una benché minima relazione col partner. Tutto questo avveniva in un clima tutt'altro che sereno: la paziente provava un'intensa ripugnanza per i rapporti che lei stessa ricercava.



Gli episodi di ricerca di rapporti sessuali clandestini, compiuti furtivamente, che il soggetto copriva agli occhi della madre con atteggiamenti di simulata obbedienza, avevano il significato di vendetta nei confronti del senso di abbandono da lei sempre avvertito e di cui aveva sempre teso ad accusare la madre.

Si diceva: "mia madre non si occupa di me, non mi vuole, io faccio questo". Il significato diventa allora "tu mi butti via, io mi butto via".

Per fare questo la ragazza ricorreva a quegli argomenti che la madre presentava come tabù assoluti. Il conflitto era estremamente intenso e quindi non suscettibile di spontanea evoluzione. La canalizzazione nel campo sessuale trovava poi uno sviluppo distorto, al cui servizio la paziente metteva tutte le sue energie.

### *Considerazioni finali*

I due casi descritti ci consentono di fare alcune considerazioni che riconfermano pienamente il punto di vista adleriano in ordine sia alla tematica generale delle nevrosi, sia alla non primarietà dell'intervento del contenuto sessuale nella manifestazione di sintomi. Il sintomo "anomalie di comportamento sessuale" è pertanto l'espressione inadeguata di un problema più vasto, che riguarda la autopercezione, il sentimento di personalità, la collocazione dell'individuo nel mondo. Tutto questo può essere tradotto in termini di espressione di uno stile di vita.

Nelle nostre pazienti uno stile di vita nevrotico era venuto a costituirsi già fin dalla prima infanzia, come risposta al clima familiare che era improntato a trasmissione di sensazioni di insicurezza e induceva lo sviluppo di compensazioni sul versante delle rivalità e competitività dirette, fittiziamente utili alla costruzione di un apparato di sicurezza nevrotico.

La comparsa delle prime istanze sessuali, collegate alle corrispondenti fasi dello sviluppo biologico, è venuta ad iscriversi in quello stile di vita dal quale il senso sociale era già grandemente escluso. Infatti, la competitività e la rivalità non consentono di sviluppare quel senso di solidarietà umana, che può trovare avvio sul terreno di una reale sicurezza.

Ne deriva la costituzione di un modello psicosessuale con tutta la caratterizzazione dell'egocentrismo infantile, che non trova uno sbocco di passaggio al rapporto di scambio, alla reciprocità, alla capacità di

dare e ricevere, che del senso sociale sono espressione. Allora ogni attività sessuale continua a mantenere il significato di un'attività masturbatoria e quindi autoerotica, egocentrica, nella quale l'eventuale partner ha solo una funzione strumentale.

La visione finalistica della psicologia individuale ci consente di fare una valutazione del significato di questi aspetti, nella dinamica generale dell'esistenza.

Le compensazioni intervengono in tutti i settori della vita e non soltanto in quelli dai quali sembrano sorte. Vediamo allora un processo di generalizzazione che, attingendo alle risorse disponibili, si estende a tutta la gamma dei rapporti interpersonali, seguendo la linea della finalità fittizia che è alla base della nevrosi e dello stile di vita.

Nelle nostre pazienti predominava un problema di valorizzazione nei confronti della madre, che rimaneva cristallizzato per il mancato avvio di uno sviluppo del sentimento sociale, che potesse creare le premesse per il raggiungimento di una adeguata autonomia. Tutto lo stile di vita appariva orientato a questa unica prospettiva e a questo unico fine. La strumentalità dei sintomi induceva, nel loro mondo, risposte che riconfermavano il peso dei sintomi stessi, portando a quella sorta di etichettamento di cui loro stesse erano protagoniste e che in termini espliciti ci spiega perché l'attenzione loro e di quelli che le circondavano fosse tutta centrata sui sintomi.

Potremmo parlare di una compensazione nevrotica di sentimenti di impotenza, attuata non solo dalle pazienti, ma anche dal mondo umano con cui venivano in contatto.

In realtà il problema delle anomalie di comportamento sessuale o della tendenza alla cleptomania, come compensazione furtiva di una perdita, non era il vero problema su cui il nucleo nevrotico si era costituito, ma soltanto una modalità mascherata di esprimerlo. E l'espressione, in quanto linguaggio, trova il suo spunto e il suo modo, attingendo all'ambiente familiare e sociale in cui ogni persona nasce, vive e cresce.

## BIBLIOGRAFIA

- ADLER A., Über der Nervösen Charakter, Bergmam - Monaco 1912 Trad. It. Il temperamento nervoso - Astrolabio, Roma 1950.
- ADLER A., Praxis und Theorie der Individual psychologie - Bergmam, Monaco e Wiesbaden 1920 - Trad. It. - Prassi e Teoria della psicologia individuale - Astrolabio, Roma 1967.
- ADLER A., Social Interest - Putnam, New York 1939.
- CAZZULLO C. L., Sintomi e realtà - dal volume : "*Le nevrosi da Freud a oggi*" - Garzanti, Milano 1977.
- FORNARI F., Simbolo e codice - Feltrinelli, Milano 1976.
- PARENTI F., Manuale di psicoterapia su base Adleriana - Hoepli, Milano 1970.
- PARENTI F. e coll., Dizionario ragionato di Psicologia Individuale - Cortina, Milano 1975.
- WOLMAN B. B., A handbook for the practicing psychoanalyst - Basic Books - New-York, 1967. Trad. It. Manuale delle tecniche psicoanalitiche e psicoterapeutiche - Astrolabio, Roma 1974.