

Considerazioni sull'ipocondria

Nicola Lalli, 1971

2006©su Web

“Ancora agli inizi degli anni '70 vigeva nell'ambito universitario la cosiddetta “libera docenza”, abolita poi da una riforma che, più volte riformata, ne segnalava la scarsa validità ed attendibilità.

La libera docenza consisteva in un esame a cui erano ammessi, dopo un vaglio delle pubblicazioni, tutti i cultori di una disciplina. L'aspetto più interessante, e credo stimolante, consisteva nella prova didattica: al candidato veniva proposto un tema e questi, il giorno dopo, doveva proporre una lezione accademica, della durata di circa un'ora, davanti alla Commissione esaminatrice.

Mi toccò in sorte “L'Ipocondria”, tema che mi aveva già ampiamente appassionato. Pertanto, alle ore 15 del giorno dopo, iniziai l'esposizione (era ovviamente vietato qualsiasi appunto scritto) ed ebbi il piacere che la Commissione mi ascoltasse con interesse per tutto il tempo: non era infatti infrequente che, dato il numero degli esaminandi, la lezione veniva sospesa dopo 20-30 minuti. Evidentemente avevo esposto cose interessanti.

Ripropongo questo lavoro del 1971, perché lo ritengo ancora valido e soprattutto perché evidenzia la metodologia usata. Un'accurata ricerca bibliografica, una revisione critica dei più importanti indirizzi come quello clinico, psicopatologico,

fenomenologico, psicoanalitico etc., ed infine, utilizzando le intuizioni valide, la
proposizione di un modello teorico unitario dinamico.

Approfondimenti:

“Psicopatologia Dinamica”

“Dalla psicopatologia alla clinica” (con riferimento al capitolo sulle psiconevrosi)

“La psicosomatica” (nei diversi lavori sul sito”

“Dallo schema corporeo all’immagine corporea”

Il termine ‘ipocondria’, per quanto universalmente riconosciuto ed accettato, presenta una certa ambiguità semantica ed una conseguente difficoltà di delimitazione, perché è spesso usato in maniera troppo estensiva e indifferentemente nel significato di sintomo o di sindrome.

Per chiarire alcuni concetti riguardanti l’ipocondria seguirò due filoni: da una parte uno studio clinico-psicopatologico e dall’altra uno studio dinamico al fine di trovare un comune denominatore di una sintomatologia così ubiquitaria che fa dire a H. Ey: “il complesso ipocondriaco è universale, sempre presente e doloroso per l’umanità intera... complesso corporale che pesa sulla vita psichica attirandola senza tregua verso l’angoscia dell’esistenza incarnata, continuamente minacciata dalla malattia e dalla morte”.

Ma cosa significa esattamente ‘ipocondria’?

Secondo H. Ey “l’ipocondria è una idea peggiorativa dello stato di integrità o di salute del corpo”. Pertanto i termini caratteristici di questo disturbo sarebbero l’ideazione patologica di malattia ed il riferimento al proprio corpo vissuto come non integro. Ma questi due parametri sarebbero insufficienti se non si precisasse che tale sintomatologia, per essere definita ipocondria, deve essere sempre inserita in un disturbo globale della personalità.

Pertanto possiamo affermare che l’attributo di ‘ipocondriaco’ può essere usato come specificativo di una esperienza psicopatologica, che seppur inserita in strutture diverse, comporta sempre un disturbo globale della personalità esprimendosi con il timore o con la certezza di un danno al corpo e alla propria integrità fisica, indipendentemente dalla presenza o meno di un reale danno organico. Cercherò ora di chiarire e meglio esplicitare alcune affermazioni di questa definizione.

Nell’ipocondria, il corpo, vissuto come non integro o danneggiato, è il centro dell’attenzione ed il cerchio entro il quale il paziente si muove e vive: infatti anche quando l’ipocondriaco riferisce sensazioni o timori (come la paura di impazzire, la sensazione di confusione mentale etc.) che sembrano riguardare più la salute mentale che quella fisica, in effetti, anche in questi casi la sintomatologia non viene vissuta come disturbo psichico, ma solamente come danneggiamento o malattia del cervello, cioè di una parte del corpo.

Tale patologica esperienza del corpo però, per essere definita ipocondria, deve inserirsi in una alterazione globale e primaria dello psichismo, a differenza di altri

disturbi che, pur interessando il vissuto corporeo, sono parziali e secondari. Intendiamo riferirci a quei disturbi neurologici sia periferici che centrali, che comportando una alterazione delle cenestesi o del vissuto corporeo in senso lato, presentano caratteristiche affini, ma solo apparentemente, a quelle dell'ipocondria, e dalla quale vanno distinti per caratteri, che, come vedremo, sono nettamente diversi.

Ad esempio in alcune lesioni irritative periferiche del sistema nervoso, possono comportare disturbi di tipo cenestopatico, che se diventano fonte di apprensione da parte del paziente, vengono spesso catalogati come preoccupazioni ipocondriache. In effetti in questi casi c'è sempre un equilibrio tra le sensazioni penose e le preoccupazioni mancando invece l'egocentrismo, la spiccata tendenza alla introspezione e soprattutto l'ideazione patologica di malattia, che sono peculiari dell'ipocondria.

In altre sindromi neurologiche, di tipo centrale, è presente invece una alterazione più complessa del vissuto corporeo: ricordiamo ad esempio, l'arto fantasma, l'asomatognosia, la sindrome di Gerstmann etc., sindromi che hanno portato all'elaborazione del concetto di schema corporeo che ora cercherò di esaminare soprattutto per contestare l'affermazione che l'ipocondria sia un disturbo dello schema corporeo.

Lhermitte ritiene che lo schema corporeo sia l'immagine del corpo che si forma per una integrazione di sensazioni e percezioni ad un livello subliminale di coscienza. Head ritiene invece che lo schema del corpo sia di origine tattile, visiva e soprattutto posturale: dall'integrazione di queste sensazioni sorge uno schema tridimensionale

del nostro corpo che funge da organizzatore di ogni altra sensazione che è messa in rapporto con le altre ancora prima di giungere alla coscienza.

Per Schilder l'esperienza percettiva del proprio corpo si edifica a partire dalle sensazioni e dalle percezioni che si integrano e secondo le tendenze biologiche innate e secondo i vari complessi legati alla biografia degli individui; così l'Autore ritiene che le attività cinetiche, ottiche, vestibolari da un lato e le tendenze narcisistiche, sadiche, il complesso di castrazione dall'altro, servano a costituire lo schema corporeo ed essere alla base di eventuali turbe dello stesso.

Altri AA. (Van Bogaert, Erenwald, Lhermitte, Hecan, Ajuruaguerra etc.) si sono serviti del concetto di schema corporeo derivato dalla neurologia, per tentare una spiegazione unitaria patogenetica dei disturbi neurologici e di quelli psichiatrici che interessano il vissuto corporeo. Gli AA., riferendosi ad alcuni casi di individui con lesioni encefaliche (atrofie, epilessia etc.) che presentavano, oltre a una sindrome asomatognosica anche intense reazioni ansiose o depressive fino alla strutturazione di deliri tipo Cotard, concludevano che l'alterazione dello schema corporeo può spiegare sia la sintomatologia neurologica sia quella psichiatrica e che pertanto ambedue possono essere unificabili sul piano della patogenesi.

In effetti, a parte la rarità di tali casi e la più netta frequenza dell'instaurarsi di un umore moriativo o di una indifferenza nelle sindromi asomatognosiche, ci sono due ordini di fenomeni che mal s'accordano con l'interpretazione che l'ipocondria o in genere la patologia del vissuto corporeo nelle sindromi psichiatriche, possa essere

spiegata con un disturbo dello schema corporeo, teoria che fa compiere un passo indietro alla ricerca, spostandola verso una integrazione tra neurologia e psichiatria.

Il primo dato è che nel disturbo neurologico si ha un tipo di dissoluzione parziale, circoscritta, localizzabile, che provoca turbe corrispondenti ad una topografia di funzione cerebrale e dalle quali turbe la personalità può essere compromessa in via reattiva e secondaria, mentre nelle turbe psichiatriche la dissoluzione è globale ed interessa direttamente la personalità.

L'altro dato è la cosiddetta ipocondria verso gli altri: tale quadro fu descritto per la prima volta da Huctinson che ne distinse tre varietà: quella dei genitori verso i figli, quella dei figli verso i genitori e quella rivolta verso una intera comunità. Paradigma del primo tipo è l'atteggiamento ipocondriaco delle madri nei riguardi dei figli; tali madri dominate dall'idea e dal timore che il proprio figlio, specie se unico o in tenera età, possa essere affetto da disturbi o da malattie della gamma più varia, ricorrono a continue consulenze mediche e ad ogni eccesso di precauzione. Molto spesso finiscono con lo strutturare un quadro caratterizzato da preoccupazioni ipocondriache che anziché essere vissute come riferite alla propria persona vengono riferite a quella del figlio; tale osservazione, piuttosto frequente, fa vedere come sia inefficiente la concezione che lo schema corporeo possa spiegare l'ipocondria. Inoltre mi soffermerò sulla teoria delle cenestopatie che anch'essa tende a spiegare l'ipocondria sulla base di un disturbo neurologico.

Le cenestopatie secondo la definizione di Duprè e Camus sono costituite dall'alterazione delle sensazioni che continuamente arrivano ai centri superiori e che

in condizioni normali non vengono avvertite: in alcuni soggetti questi disturbi si impongono per l'intensità, la persistenza, il carattere specifico in assenza di lesioni organiche. Tale disturbo si manifesta con sensazioni spiacevoli e dolorose. Per gli AA. questo disturbo distinto dai disturbi organici (parestesie, nevralgie etc.) può costituire la base della ipocondria propriamente detta.

Questi AA., quindi, isolando un quadro che avrà una certa fortuna, rimangono in un campo nettamente organicistico neurologico. Eventuali stati ansiosi e depressivi concomitanti sono interpretati come reazione al disturbo. È da ricordare che il tale periodo (1907) era in voga la teoria delle localizzazioni cerebrali la cui eccitabilità spiegava l'insorgenza di disturbi molto complessi: ad esempio l'eccitamento di alcuni centri encefalici avrebbe spiegato la genesi delle allucinazioni. Successivamente ci saranno delle modifiche al concetto di cenestopatia. Dide e Guiraud descrivono le cenestopatie legittime: queste si avrebbero per un particolare atteggiamento psicologico in individui affetti da lesioni organiche. Baruk e Racine dividono le cenestopatie in sintomatiche ed essenziali: in queste ultime, pur potendosi mettere in evidenza delle lesioni organiche, quello che conta sono i fattori psicologici. *Minkowsky accentua il carattere psicologico della cenestopatia ponendola in relazione con la nozione di automatismo mentale (De Clerambault) asserendo che se nell'automatismo mentale il paziente lamenta una violazione della intimità mentale, nella cenestopatia c'è una violazione dell'Io fisico.*

Bini e Bazzi pongono le cenestopatie nella neurastenia d'allarme. Pertanto la cenestopatia tende sempre più a scomparire come quadro autonomo per essere

inglobata nei vari quadri psiconevrotici. La cenestopatia sarebbe l'equivalente somatico della idea di malattia.

Infatti perché si possa parlare di ipocondria è necessario che ci siano idee o preoccupazioni ipocondriache, anche se queste ultime possono strutturarsi ed essere vissute in maniera diversa.

D'accordo con il Cardona ritengo che il concetto di "idea ipocondriaca" debba essere sostituito dal concetto di "idea di malattia". L'idea di malattia è più specifica e risolve una eccezione in campo psichiatrico in quanto il termine 'ipocondria' non può divenire attributivo ma solamente specificativo dell'idea; come nota giustamente il Cardona non si chiamano idee melanconiche quelle dei depressi, bensì idee di rovina, di povertà, di colpa etc.

Comunque se le idee di rovina o di colpa non costituiscono da sole la sindrome melanconica, così l'idea di malattia non è sufficiente a costituire da sola una sindrome ipocondriaca (Cardona). È necessario pertanto prendere in considerazione l'idea di malattia come viene vissuta ed elaborata nelle varie manifestazioni psicopatologiche tenendo presente come nessun processo psicopatologico isolato sia sufficiente a caratterizzare una malattia mentale e come in manifestazioni fenomenologicamente analoghe si possano riconoscere meccanismi formativi diversi: ad esempio, l'abulia melanconica e la catatonia schizofrenica.

Inoltre cercherò di esaminare anche il particolare tipo di rapporto che si instaura tra l'individuo che presenta manifestazioni psicopatologiche riguardanti il vivere il proprio corpo come deteriorato ed il terapeuta.

A questo punto è necessario prendere in considerazione il vissuto ipocondriaco nelle diverse sindromi psichiatriche ponendo subito la distinzione fondamentale tra nevrosi e psicosi: successivamente vedremo se è possibile isolare una sindrome a sé stante che possa assurgere alla dignità di entità nosografica.

Nella fobia l'idea di malattia, per dire del contenuto fobico più vicino a quello ipocondriaco, è vissuta proiettata nel futuro tanto che, in questi casi, il soggetto ha più timore di prendere che di avere la malattia ed egli di conseguenza ricorrerà più al medico che alle medicine. Nel fobico il timore di malattia vissuto come possibilità tende a diventare angosciosamente presente ed attuale, quanto più l'oggetto causa della possibile malattia è microscopico ed ubiquitario: si pensi così alla rupofobia che è già una strutturazione ossessiva dell'idea di malattia, tanto che il paziente è costretto a ricorrere, come estrema ratio, ai cerimoniali. Il rapporto con il medico è vissuto in chiave di passività: il paziente ha la necessità di ricorrere ad un personaggio più forte e mitizzato (il medico), che dotato di una maggiore potenza possa con una rassicurazione neutralizzare "il pensiero" del paziente e placarne l'ansia. Ne consegue l'atteggiamento piuttosto frequente del paziente che gira di medico in medico in una sorta di cerimoniale coattivo, alla ricerca di una rassicurazione che diventa la loro principale terapia.

Molto più difficile è isolare il comportamento ipocondriaco nella neurastenia, data l'imprecisione di questa sindrome che viene variamente intesa. Secondo Bini e Bazzi la neurastenia è caratterizzata dall'allarme inteso come "sentimento prevalente, spiacevole, di sfiducia e timore, per lo più con significato di dubbio, indirizzato alle

proprie capacità ed alla propria salute in maniera più o meno specifica, spesso giustificato da sensazioni anormali riferite al corpo o alla psiche (psichestesia di allarme)”. Pertanto nel neurastenico la malattia viene vissuta come dubbio, ma un dubbio sempre attuale e presente.

L’idea di malattia nel neurastenico viene vissuta come timore, anche se con un certo dubbio, di un danno attuale al proprio corpo. Timore di un male che è già presente anche se con sintomi poco chiari tanto da poter trarre in inganno il medico. Questi pazienti credono sì ad eventuali rassicurazioni, ma chiedono che queste rassicurazioni siano oggettivamente completate da una serie di ricerche di laboratorio cui in genere credono molto di più. Il rapporto con il medico è improntato a fiducia: essi seguono scrupolosamente le terapie e soprattutto eventuali consigli dietetici o di vita. Altro dato importante è che in questi pazienti, nei quali il sintomo è chiaramente l’espressione di conflitti interpersonali, la sintomatologia ipocondriaca può presentarsi con una certa periodicità, e spesso tende a regredire spontaneamente, quando la situazione ambientale insopportabile, venga meno. Il rapporto con il medico è sempre impostato a fiducia, anche se questa fiducia, come l’effetto placebo, mostra una tendenza alla tachifilassi e pertanto deve essere sempre rinnovato.

Ben diversa è la rappresentazione dell’idea di malattia nell’isterico ove la malattia non viene pensata, ma agita e finalizzata. Quindi l’isterico non teme la malattia ed in genere se cerca il medico, lo fa per realizzare quella politica della malattia che il Codet definisce “ipocondria ostentatoria”. Nell’isterico non c’è un timore di malattia quanto piuttosto il timore di non avere sempre a propria disposizione i motivi per i

quali egli si esprime istericamente. Il rapporto con il medico è improntato ad una sorta di muta complicità: l'isterico chiede l'avvallo ed una tacita intesa a far sì che i propri sintomi siano riconosciuti come malattia.

Nel campo delle psicosi l'idea di malattia assume delle caratteristiche ben diverse. Nella schizofrenia il tema della malattia è uno dei più frequenti, soprattutto nelle fasi iniziali ed in quelle forme che hanno in genere un decorso piuttosto lento, ma a prognosi sfavorevole, tanto che alcuni AA. hanno creduto di descrivere una forma particolare detta "schizofrenia cenestetica". Comunque negli schizofrenici l'ideazione assume una forma nettamente delirante e si accomuna spesso ad altri deliri soprattutto di persecuzione: questi d'altronde sembrano essere i due temi che la psicologia schizofrenica riesce ad esprimere più facilmente. *Anzi da questo punto di vista si può affermare che l'idea di persecuzione vale psicogeneticamente quanto l'idea di malattia, espressioni entrambe di un delirio di nocimento dell'Io.* Nello schizofrenico il soggetto usa il corpo come punto di riferimento, attribuendo a questo le modificazioni che avverte a livello della sfera psichica. Si può dire che lo schizofrenico esprima il disturbo metaforicamente: anche le sensazioni somatiche abnormi non sono e non possono essere chiamate cenestopatie, *tout court*, ma sono delle vere allucinazioni cenestetiche. Se nelle fasi iniziali l'idea di malattia può essere vissuta con dubbio ed in concomitanza generalmente di un atteggiamento depressivo, successivamente se l'idea di malattia tende a persistere, assume la netta configurazione dell'idea delirante. Nelle fasi iniziali, inoltre, quando la polarizzazione ipocondriaca può rappresentare ancora una difesa, esprimendo

somaticamente il cambiamento della personalità, il contenuto in genere è abbastanza coerente e può essere presente anche una certa critica; con il passare del tempo il contenuto che ha assunto un carattere nettamente delirante, diventa sempre più assurdo, incoerente, stereotipato.

Tanzi e Lugaro hanno descritto un quadro, annesso alla schizofrenia, definito “ipocondria persecutoria”; esso è caratterizzato dalla presenza di allucinazioni cenestetiche e da una ideazione delirante di persecuzione e di influenzamento; sono spesso presenti disturbi comportamentali che vanno dal suicidio all’omicidio (spesso del medico curante).

Nelle sindromi distimiche frequente è l’ideazione o l’atteggiamento ipocondriaco. Longuet ha isolato un quadro definito “sindrome cenestopatica monosintomatica della melanconia”. Anche altri AA. hanno notato e descritto la presenza di episodi caratterizzati dalla sola presenza di disturbi di tipo ipocondriaco in individui che avevano sofferto in precedenza di franchi episodi depressivi; ritengono, anche in base al criterio terapeutico, che queste fasi, facilmente risolvibili dalla terapia antidepressiva, siano degli *equivalenti depressivi*. Nella melanconia l’idea di malattia spesso assume una forma delirante: tematiche che vanno dal semplice danno corporale alla mancanza di parti dell’organismo o dell’organismo *in toto*. Inoltre con la particolare tendenza “centrifuga”, il melanconico teme di poter danneggiare anche gli altri con le sue stesse miserie fisiche.

Secondo Bumke anche nelle sindromi maniacali può essere presente l’idea di malattia che viene vissuta in maniera caratteristica: al maniaco non interessa l’essere liberato

dai propri mali bensì l'aver successo presso l'ambiente circostante o presso il medico al quale non manca di suggerire egli stesso nuove diagnosi, nuovi mezzi di cura, proposte di trasferimento in altri luoghi di cura, chiara espressione dell'impulso all'affaccendamento proprio di questi malati.

Ed infine è da ricordare la presenza di idee di malattia nelle sindromi organiche; dalla demenza dove spesso si osservano quadri di tipo Cotard, alla paralisi progressiva dove venivano osservate le forme più assurde di delirio ipocondriache.

Da quanto è stato detto, si può vedere come partendo dall'ipocondria considerata (e ciò in accordo con molti Autori come Cardona, Ey, Schipo-Wensey etc.) sotto l'aspetto di un disturbo ideativo dell'idea di malattia, abbiamo potuto separare diversi quadri. Logicamente questo sarebbe insufficiente e parziale se tale idea di malattia non fosse esaminata nel contesto complessivo della personalità del paziente e soprattutto della sua vita affettiva-emotiva; ed è necessario fare questo, altrimenti si finirebbe con il riportare ad un unico "fondo" situazioni diverse, esprimendosi attraverso la stessa figura.

Da quanto sopra possiamo dire che l'idea di malattia può essere vissuta come timore proiettato nel futuro nel fobico, come dubbio nel neurastenico, come certezza delirante negli psicotici: questa suddivisione ricalca lo schema classico dell'ipocondria minor (nevrotica) e major (psicotica). Ma con questo non crediamo aver esaurito tutte le possibilità: ci sono pazienti che vivono l'idea di malattia come certezza anche se permeabile alla critica, e cioè, come dice Cardona, una "certezza con possibilità di dubbio". Indubbiamente l'ideazione ipocondriaca può trovarsi in

svariate manifestazioni morbose, ma non è infrequente trovare dei casi dove tali disturbi assumono un aspetto ed un valore così predominante, tanto da determinare un quadro morboso ben definito, che può assumere il valore di entità psichiatrica autonoma soprattutto perché si presume, come si vedrà in seguito, un meccanismo particolare, ben diverso da quelli delle altre sindromi nelle quali l'idea di malattia inserita in una struttura psicopatologica particolare, potrebbe essere sostituita da altri contenuti. Ad esempio in un melanconico l'idea di malattia potrebbe essere sostituita da una idea di rovina economica, oppure nel fobico tale idea potrebbe essere sostituita da un'altra fobia; negli individui sopradescritti invece l'idea di malattia e la polarizzazione sul corpo è l'unica modalità e possibilità di espressione psicopatologica.

Come è caratterizzata la sintomatologia di questi individui che noi riteniamo possano essere considerati i veri ipocondriaci?

Ritornando all'idea di malattia, possiamo dire che nel vero ipocondriaco il contenuto è sempre plausibile e spesso corredato da nozioni scientifiche esatte: logicamente ha scarsa importanza l'esistenza di un reale disturbo organico ed è perciò assurdo parlare di una ipocondria "cum materia, o sine materia".

Per quanto riguarda le caratteristiche formali, nel vero ipocondriaco l'idea di malattia assume un aspetto delirante anche se apparentemente sembra poter essere rettificata dall'esperienza e permeabile alla critica. Nello psichismo del vero ipocondriaco che Cardona definisce paranoicheggiante, si scorgono infatti piuttosto spesso tracce di un pensiero dereistico inteso nell'interpretazione estensiva post-bleuriana.

Questa osservazione può sembrare azzardata, perché spesso non si nota nell'ipocondriaco vero, né l'assurdità del contenuto né una assoluta impermeabilità alla critica, ma spesso l'idea di non integrità fisica assume un carattere delirante. Il Bumke a proposito delle idee degli ipocondriaci parla di "idee deliranti oscillanti" o "rappresentazioni deliranti mobili". Inoltre una accurata indagine psicologica mette in evidenza delle caratteristiche proprie della personalità paranoicale: *si tratta di individui chiusi, poco espansivi, analizzatori, cavillosi, diffidenti, egocentrici.*

Il rapporto dell'ipocondriaco con il medico è impostato chiaramente in chiave di un gioco sadomasochistico. Il paziente sembra affidarsi completamente al medico, lo cerca continuamente e con insistenza fino ad essere inopportuno, intraprende con questi lunghi monologhi sui vari sintomi. Pur proclamando la massima fiducia nell'abilità del terapeuta e cercando iterativamente sempre nuove cure, alla fine annuncerà e con una certa ostentazione e soddisfazione, che le terapie hanno fallito lo scopo e continuerà a chiedere nuovi rimedi votati costantemente all'insuccesso. Se questo in genere è il rapporto del vero ipocondriaco con il medico, non è infrequente che tale rapporto trapassi in un atteggiamento ostile nei riguardi del medico che viene vissuto come figura persecutoria. Ciò accade soprattutto quando il terapeuta tende a minimizzare o addirittura a contestare i sintomi riferiti. In effetti contestare all'ipocondriaco l'affermazione dello stato peggiorativo del proprio corpo è come contestare al delirante il suo delirio; tale comportamento del medico non viene vissuto come semplice incomprensione, bensì come una vera ostilità e persecuzione.

Dal punto di vista globale, questi pazienti presentano una caratteristica notevole: pur manifestando una sintomatologia soggettiva che può essere definita, in senso lato nevrotica, finiscono con il vivere come psicotici per il loro totale distacco dalla realtà che viene allontanata o vissuta, a volte, in maniera persecutoria, mentre tutta loro attività si svolge nell'ambito del corpo che diventa la loro unica realtà, perdendo così ogni funzione di tramite con il mondo.

Dice H. Ey: "...l'ipocondria è un'esperienza delirante che passa per il mio corpo e l'attraversa ed investe tutte le percezioni, per cui io sento il mio corpo integrato alla mia esistenza in condizioni peggiorative: è un delirio corporale. Tale è l'essenza fenomenologica dell'ipocondria che le conferisce una realtà che non è quella dell'affezione organica, né di quella neurologica, ma quella di una struttura psicopatologica dell'esistenza".

Qual è la sistemazione nosografica dell'ipocondria?

Kretschmer parla a proposito dell'ipocondria di "*schizofrenia arrestata*". Probabilmente l'ipocondria rappresenta una difesa contro una diffusione delirante: in questa situazione il corpo vissuto come deteriorato, rappresenta la salvezza, ma contemporaneamente la morte dell'ipocondriaco. Pertanto l'ipocondriaco vive del corpo, al quale riferisce tutte le sue esperienze e che, cessando così ogni funzione di tramite con il mondo, finisce con l'essere l'unica realtà del paziente. Ed ogni qualvolta si cerca di forzare questa dinamica difensiva, il paziente mostra tutta l'aggressività fino ad allora mascherata *.

* Una paziente ipocondriaca, si lamentava da diversi anni di "terribili dolori alla pancia ed allo stomaco". In genere il rapporto medico-paziente si era sempre mantenuto nell'ambito di un atteggiamento sado-masochista della paziente che

Ma qual è la realtà di questo corpo cui fa riferimento l'ipocondriaco? Se ci lasciamo guidare dalle sue stesse indicazioni, ci imbarchiamo (come di regola avviene) in una serie di ricerche e indagini di ordine somatico i cui risultati deludenti renderebbero inspiegabile la nostra insistenza nell'eseguirle se questa non fosse per altro verso significativa del desiderio di uscire anche noi al più presto, e in ciò d'accordo col paziente, da quel terreno nel quale c'eravamo posti all'inizio; vale a dire da una esperienza del corpo che in realtà non si lascia obbiettivare e verificare.

Se indirizziamo la nostra attenzione verso gli eventuali conflitti mentali che supponiamo alla base dei disturbi somatici, eludiamo ulteriormente, anche se in opposta direzione, il problema. Senza dubbio è questa la meta che dovremmo prefiggerci, riportare il paziente ai conflitti inconsci che sottendono il disturbo somatico, ma il problema centrale della ipocondria non risiede tanto in quei conflitti, comuni ad altre forme morbose, quanto nella possibilità o necessità per il paziente di esprimerli attraverso modificazioni della propria esperienza corporea, modificazioni che poi tende a distanziare mediante il continuo e ripetuto tentativo di una obbiettiva verifica.

Paradossalmente, sembra accadere l'opposto di ciò che si osserva nella persona affetta da una comune malattia somatica ad andamento cronico, che col tempo, finisce di regola per adattarsi ai propri disturbi: in altri termini l'esperienza morbosa all'inizio

veniva soddisfatta nella richiesta di sempre nuove terapie, votate tutte all'insuccesso. Ad un certo punto la paziente, dietro sue pressanti richieste, fu sottoposta ad una lunga serie di ricerche e di analisi: la negatività assoluta dei reperti costrinse il terapeuta ad assumere un atteggiamento critico e di negazione dei disturbi riferiti come disturbi organici con conseguente somministrazione di farmaci blandamente sedativi. Dopo pochi giorni la paziente ritornò ed in maniera estremamente aggressiva e provocatoria accusò il medico di averla "rovinata" con le terapie prescritte.

estranea alla esperienza globale della propria personalità, finisce con il passare del tempo per integrarsi alla personalità.

L'ipocondriaco invece tende continuamente a disfarsi di questa esperienza, a rifiutarne un contenuto personale (di Io), a sentirla come una pura minaccia esterna, tendenza che al limite sembra non ammettere altra soluzione che una soluzione delirante (delirio ipocondriaco); quasi che la tendenza paranoicale, tenuta a freno dalla difesa ipocondriaca, riprendesse il sopravvento, colorendo appunto di una tinta delirante la stessa difesa.

Se il corpo a cui tende l'ipocondriaco è pertanto il *corpo-in-sé* o *corpo-che-ho*, e ciò da cui esso fugge è l'assunzione, anche inconscia ma pur sempre psichica, dei propri conflitti mentali, sarà forse tra queste due realtà che dovremo collocarci nel tentativo di comprendere ed agire sulla ipocondria.

Cercherò quindi di approfondire da questo punto di vista i due aspetti suaccennati.

Lo studio psicodinamico della ipocondria si impose sin dall'inizio della ricerca analitica e Freud lo affronta anche se in forma frammentaria collegandolo ad una questione delle più controverse, quella delle nevrosi attuali.

È noto come queste ultime, in opposizione alle nevrosi di transfert, sono definite dal fatto che i sintomi che vi appaiono nascono direttamente da una perturbazione libidica. Non si riscontra in esse l'attuazione di una questione storicamente determinata, ma solo l'attualità di una esperienza somatica che non è possibile collegare a dei contenuti inconsci.

Nella *Introduzione al narcisismo* successivamente Freud propone di riunire la ipocondria, insieme alla neurastenia, e alla nevrosi d'angoscia, nel quadro delle nevrosi attuali. Per Freud l'ipocondria rappresenta una condizione narcisistica strettamente legata alla paranoia. Considera i fattori di base della ipocondria come una alterazione della normale erogeneità di tutti gli organi che si accompagnerebbe ad una modificazione della carica libidica dell'Io. Stabilisce un parallelo fra la ipocondria e la parafrenia (schizofrenia) da un lato, e le altre nevrosi attuali e l'isteria e la nevrosi ossessiva dall'altro, nel senso che le prime sono collegate alla libido dell'Io, le altre alla libido oggettuale.

“L'ansia ipocondriaca che emana dalla libido dell'Io - dice FREUD - è la controparte dell'ansia nevrotica connessa con la libido oggettuale”, introducendo poi la nozione di stasi della libido (dell'Io per quanto concerne l'ipocondria). Considera che un eccesso di carica libidica dell'Io provoca ‘dolore’, d'accordo con la nozione che il dolore è l'espressione di un incremento di tensione, e conclude esprimendo l'ipotesi che, come le nevrosi di transfert costituiscono un tentativo di elaborare la libido stagnante per eccesso di introversione (orientamento della libido su oggetti della fantasia), così la ipocondria, insorge nella parafrenia, quando fallisce il tentativo di elaborare la libido stagnante dell'Io attraverso un delirio di grandezza. Nonostante tutte queste ‘confuse elaborazioni’, Freud non riesce a diagnosticare a un suo famoso paziente “l'uomo dei lupi” la presenza di una ipocondria grave di tipo psicotico.

Fenichel, dopo aver precisato che l'ipocondria è una nevrosi organica il cui fattore fisiologico non è ancora noto, considera, sempre da un punto di vista pulsionale, due

situazioni: 1) che processi organici dovuti alla mancanza di uno scarico adeguato aumentino in certi organi la tensione, e questo aumento si fa sentire come sensazioni penose; 2) che un ritiro della carica psichica dall'oggetto cambi l'economia mentale, così che certe quantità di libido normalmente connesse alle idee degli oggetti intensificano invece idee concernenti i propri organi. Nel primo caso le reazioni chimiche e nervose ad uno stato di arginatura possono, a volte, far precipitare un iperinvestimento intrapsichico sulle rappresentazioni d'organo. Nel secondo il processo ha luogo nell'ordine inverso: una regressione al narcisismo può cambiare secondariamente le funzioni fisiche degli organi (sensazioni ipocondriache all'inizio dei processi schizofrenici).

Concludo la citazione di Fenichel con un paragrafo che introduce, dandogli particolare enfasi, accanto a quelle libidiche le pulsioni aggressive: *“tra gli impulsi che si sono ritirati dall'oggetto per diventare rappresentazioni d'organo nell'ipocondria; gli impulsi ostili e sadici sembrano avere un ruolo particolarmente pronunciato. L'originario atteggiamento ostile nei confronti dell'oggetto è volto contro l'Io, e l'ipocondria può servire come una soddisfazione del senso di colpa”*.

Osservando malati ipocondriaci, non è difficile in verità notare come l'ansia e l'aggressività siano continuamente sviate dal mondo esterno e dirette contro il corpo del paziente, incorporate per così dire in forma di concretizzazione somatica, anche se spesso non è possibile rendersi conto dell'aggressività e dell'ansia concomitante al di fuori di un rapporto già in fase avanzata.

Ugualmente non è difficile scoprire come questo introietto psichico sia legato ad una identificazione (parziale) con una figura verso cui il paziente già in precedenza manifestava un forte ed ambivalente legame di dipendenza. Al contrario difficilmente, e solo nelle primissime fasi di uno sviluppo ipocondriaco, è possibile cogliere l'ansia originaria di fronte alla (temuta) perdita dell'oggetto seppur vissuto in maniera ambivalente.

La letteratura psicoanalitica (Ferenczi, Simmel, Reich) si è prevalentemente soffermata sulle componenti erotico-anali nella struttura ipocondriaca: sviluppo di disturbi ipocondriaci in caratteri passivo-anali e astenico-genitali a seguito di condizioni neurasteniche con frequenti lamentele nei riguardi dell'addome, degli intestini e della defecazione. L'ipocondria fu quindi interpretata come un caso di introiezione anale della aggressività, di regressione a livelli erotico-anali e di fissazione omosessuale al padre come soluzione di un'angoscia di castrazione.

Quei casi in cui si teme una infezione attraverso i cibi o sostanze volatili rivelano più chiaramente nella sintomatologia la dipendenza orale e con ciò il fattore patogeno in rapporto alla madre.

Cercando di inserire in un quadro più generale i dati della letteratura psicoanalitica che abbiamo rapidamente scorso, dobbiamo rifarci al lavoro di M. Klein che, come giustamente osserva Rosenfeld, ha ampliato la nostra comprensione della ipocondria con le sue ricerche sugli oggetti internalizzati. Essa ha messo in rapporto le angosce ipocondriache dell'adulto alle esperienze precoci del lattante dove gli attacchi persecutori, in primo luogo da parte di oggetti parziali, sono sentiti concretamente

diretti all'interno del corpo. Il lattante collega le sue sensazioni fisiche agli oggetti, percependo ad esempio un dolore fisico, a livello di fantasia inconscia, come attacco di un seno o di una madre cattiva internalizzata.

Angosce ipocondriache *transitorie* possono insorgere quando angosce psicotiche infantili precoci, specie paranoidee, sono riattivate e debbono essere nuovamente elaborate dall'individuo. Ciò può spiegare il perché angosce ipocondriache frequentemente insorgano nelle fasi di riassetamento o transizione (pubertà, menopausa), essendo il loro significato analogo alla funzione delle nevrosi infantili, di elaborare cioè nuovamente le angosce psicotiche precoci.

L'ipocondria è una sindrome che avrebbe secondo Rosenfeld principalmente una funzione difensiva contro episodi psicotici specie di natura schizofrenica.

È come se la modalità di esperienza ipocondriaca avvolgesse in un guscio il nucleo psicotico, prevenendo una ulteriore disintegrazione.

In seguito alla regressione narcisistica e al ritiro della libido dal mondo oggettuale, il corpo può assumere la funzione di unico oggetto residuo per l'Io, per cui le incessanti preoccupazioni ipocondriache rappresentano un ultimo tentativo di sopravvivenza, una difesa contro la paura di una definitiva perdita di controllo. È come se l'Io usasse il corpo, controllandone gli organi e le funzioni, alla stregua di oggetti perduti.

È evidente quindi che le richieste di cure ed attenzioni mediche rappresentano la preoccupazione stessa dell'individuo per i propri sintomi corporei, mentre

impediscono al contempo lo sviluppo di una nevrosi di transfert (nel tentativo di evitare l'angoscia di, una nuova possibile perdita oggettuale).

L'intensa autosservazione dell'ipocondriaco, oltre a garantire un ulteriore controllo dell'Io, gli fornisce un punto o centro di condensazione e consolidazione che previene l'esperienza di disintegrazione o dissolvimento, nel senso che "se sente questo o quello del suo corpo" non può averlo perduto ed "egli stesso esiste".

Ho dato un breve panorama dei conflitti che sottendono i sintomi ipocondriaci e dei meccanismi che intervengono nella loro formazione, dando per così dire per scontata la presenza di un "corpo" che si *presta* a ricevere quelle pulsioni e ad esprimere quei conflitti. Ma il "corpo" viene prima dei conflitti e Freud stesso, riferendosi all'Io precoce parla di "sé corporeo". E all'inizio di queste note ci domandavamo qual è in realtà il corpo a cui si riferisce nelle sue lamentele l'ipocondriaco.

Non tenterò neppure di riassumere gli studi fenomenologici sulla corporeità, limitandomi a toccare quei punti che ritengo essenziali all'assunto.

Alla riflessione si evidenziano immediatamente due modi di esistere di ciò che chiamiamo il "mio corpo": 1) l'esistenza o meglio l'esserci nello spazio, come di un qualunque corpo esteriore che tutti possono vedere e toccare; 2) l'esistenza nella intimità di quella percezione del mio essere organico che è detta cenestesi.

L'uno è per definizione oggettivo, l'altro è per definizione completamente individuale, cioè legato alla mia coscienza.

Considerando il mio corpo dal di fuori e oggettivamente è possibile concepirlo come lo strumento del mio sentire ed agire, come un “quid” interposto fra me e le cose e che serve a mediare ogni mio rapporto con esse; in breve come il *corpo-che-ho*.

Ma quel corpo non sarebbe più “mio” se non fosse interiormente sentito, sia pure nel modo più confuso, se non partecipassi ad esso, se non fosse in altri termini anche il *corpo-che-sono*.

Nel mio corpo collabiscono quindi e variamente si intersecano le sfere dell'essere (o partecipazione) e dell'avere (o possesso).

Mai il mio corpo sembra capace di comprendere tutto il mio essere; d'altro canto mai il mio corpo m'è dato come mero possesso.

Il dilemma che pur si genera tra “il corpo-che-ho” e il “il corpo-che-sono” provoca, come bene esprime G. Marcel, una “situazione fondamentale”, singolare e non comunicabile, “*un irriducibile*”, un qualcosa di “*opaco*” contro cui il pensiero oggettivo viene ad urtare senza mai riuscirlo a convertire propriamente nelle sue forme; vale a dire il “*mio corpo*”.

Orbene, quello che sembra accadere nell'ipocondriaco è un tentativo di rifiutare questo «*dato*» fondamentale e convertirlo in un semplice «*fatto*» od oggetto del quale disfarsi, di vederlo esclusivamente nel suo aspetto di “*qualcosa-che-ho, di esperirlo solamente nell' ambito della categoria dell'avere*”.

Ci sembra quindi indispensabile accennare brevemente a questa modalità di rapporto esistenziale, rifacendoci all'opera di G. Marcel.

La categoria dell'avere implica un distacco dell'io dalla realtà come per fissare in essa i punti di riferimento di una volontà che la pieghi ad un possesso sempre più vasto e più solido: vi sottende una specie di dialettica dello schiavo e del tiranno.

I caratteri nei quali si determina la categoria dell'“avere” sono *l'alienazione dell'io* e insieme la *tensione possessiva dell'io*.

Il possidente e la cosa posseduta sono legati insieme da una tensione reciproca e non si lasciano realmente separare; l'uno esercita sulla cosa posseduta un potere che consiste soprattutto nel trattenerla, consegnarla ed infine nel disporne; l'altra, ciò-che-è-mio, essendo soggetta alle vicissitudini normali delle cose e del tempo, e potendo sfuggirmi, essere perduta, distrutta, diventa il centro di una specie di tumultuosa vicenda di timori e ansietà.

Il primo tra tutti gli altri possessi e in certo modo il loro archetipo, *il mio corpo*, in quanto è qualcosa-che-ho, esercita su di me una *tirannide* (ipocondria) che dipende proprio dal mio attaccamento ad esso.

“*Sembra che sia dell'essenza del mio corpo (o dei miei strumenti) in quanto lo tratto come oggetto di possesso, di tendere a sopprimere il mio io che lo possiede (G. Marcel)*”.

Ora chi più dell'ipocondriaco incarna questa tirannide del corpo, questo assorbimento e annullamento dell'io nel corpo stesso?

Ma mentre tutto ciò appare per ognuno di noi come una oscura minaccia del vivere quotidiano, per l'ipocondriaco questa modalità di esistenza sembra piuttosto costituire una *difesa* o *salvezza* esistenziale in cui l'IO conserva una certa unità e integrazione e

preserva in qualche modo i propri limiti e contorni a patto di annullarsi ed identificarsi nel corpo.

Ma questo concentrarsi sul proprio corpo fa sì che l'ipocondriaco cerca di evitare non questo o quel tipo di rapporto interpersonale ma sfugge ogni rapporto che tenda ad iscriversi nella sfera della partecipazione o dell'essere.

A questo probabilmente ci si riferisce quando si parla della falsa sociabilità dell'ipocondriaco, che tratta gli altri come un oggetto che gli appartiene senza tenerne in conto i sentimenti, dell'assenza di *simpatia*, dell'inautenticità dei suoi rapporti.

E alle stesse ragioni sembra potersi attribuire quanto notato da alcuni autori (Quidu e Souris), che l'ipocondriaco tende cioè ad evitare ogni rapporto impegnato, sul piano *duale* rivolgendo i propri interessi piuttosto a situazioni collettive.

Dopo avere esaminato le varie teorie riguardanti l'ipocondria, le dinamiche intrapsichiche e interpersonali, ed avere constatato l'estrema varietà e inconciliabilità delle varie ipotesi mi sembra utile proporre un modello unitario.

Ritengo che alla base delle psiconevrosi sintomatica ci sia un carattere che si è costituito e consolidato nel corso delle prime fondamentali esperienze di rapporto. Questo carattere ha possibilità che può, per successive situazioni traumatiche, scompensarsi e determinare un quadro clinico conclamato.

Il carattere ipocondriaco: fenomenologia e psicodinamica

Evidentemente, l'ipocondria non si forma dal nulla, ma si sviluppa in una conflittualità e struttura caratteriale. Questo *carattere ipocondriaco* è costituito da alcuni tratti significativi che ora descriverò.

Un primo aspetto importante è la meticolosa *autosservazione* delle proprie funzioni somatiche, che spesso finiscono per concentrare gran parte dell'attenzione del soggetto. Questa autosservazione, che ha spesso caratteri di coazione, finisce per tramutarsi in un *controllo* continuo delle proprie funzioni cardiache, intestinali ecc. Il corpo viene vissuto come qualcosa di negativo, di pericoloso che bisogna continuamente controllare: il corpo è un altro da sé, con il quale si è però costretti a convivere (“sono come un vivo legato ad un morto”, diceva un ipocondriaco). C'è come una sorta di scissione tra l'Io e il corpo, tra soma e psiche. A volte, questa tendenza può tramutarsi in una sorta di stile di vita che tende a stabilizzarsi, assumendo connotazioni di tipo ossessivo. Sono soggetti che finiscono per crearsi una specie di loro mondo ove vivono con tutta una serie di precauzioni e di abitudini di tipo igienico, fermi in questo rigoroso, quasi sadico controllo della funzionalità del proprio corpo. Questi caratteri, se non sono assurdamente esagerati, finiscono comunque per essere compresi e giustificati all'interno di una dimensione che è abbastanza accettata dal nostro mondo culturale. La nostra società tende infatti a privilegiare questo aspetto del controllo (più o meno sadico) del corpo: il peso, il dimagrire, il controllo delle funzioni intestinali ecc. Certe persone che passano la maggior parte del tempo a curare l'aspetto esteriore o che danno all'aspetto estetico il massimo dell'importanza sono caratteri ipocondriaci: *in questi, l'aspetto estetico non*

è usato in maniera seduttiva, ma come modalità difensiva. Questo è l'aspetto fondamentale che differenzia l'ipocondriaco dall'isterico. Inoltre nell'isterico sono colpite parti o funzioni del corpo visibili, che quindi sono utilizzate come modalità di comunicazione, anche se simbolica. Nell'ipocondriaco invece l'organo o la funzione malata sono nascosti; invisibili: ,non vengono utilizzati come comunicazioni, ma come mezzo per allontanare e controllare l'altro.

In genere, accanto a questa tendenza all'autosservazione ed al controllo del proprio corpo (che di solito viene poi reso obbligatorio codice: di comportamento per tutto il gruppo familiare), compaiono altri tratti del carattere ipocondriaco.

Un tratto importante è la *diffidenza* e l'ostilità nei confronti degli altri, tratti che nascono da una unica base: quella di una sfiducia di fondo, nei confronti degli altri. L'ipocondriaco non ha la rabbia, come l'isterico, ma una precisa ostilità intesa come tendenza al rifiuto e alla negazione dell'altro: il corpo, vissuto come scisso dal proprio Io viene utilizzato non come mezzo di comunicazione, ma come una difesa dall'altro, come una barriera che eviti il contatto con l'altro.

In questo senso l'uso del corpo da parte dell'ipocondriaco è nettamente diverso da quello dell'isterico. L'isterico utilizza il proprio disturbo per mettersi in contatto, per aprire un rapporto anche se inibito e mediato dal corpo; l'ipocondriaco utilizza il disturbo per tener distante l'altro, anzi per giustificare a se stesso perché non è interessato al rapporto con l'altro.

I caratteri sopradescritti spesso evidenziano un'altra tendenza molto frequente, quella del *fare tutto da soli*: l'ipocondriaco in genere è molto orgoglioso, tende a risolvere

fondamentalmente i problemi da solo. Per questo, l'ipocondriaco chiede solo apparentemente aiuto: il carattere ipocondriaco mostra l'aspetto di un'estrema freddezza e chiusura che, unita ad una certa sospettosità, avvicinano il carattere dell'ipocondriaco a quello del paranoico.

Il carattere ipocondriaco può rimanere più o meno stazionario per tutta la vita, anche se in genere esso va quasi sempre incontro, in certi particolari momenti della vita, ad un intensificarsi di certe angosce, che possono, per periodi più o meno brevi, emergere come vere angosce ipocondriache. I momenti della vita più importanti sono in genere fasi di riassetamento o di transizione, come la pubertà o la menopausa, fasi che comportano oltre che un nuovo assetamento sul piano psicologico, anche un reale coinvolgimento somatico, nel senso di un cambiamento di alcuni aspetti somatici.

A volte, invece, il carattere ipocondriaco tende a trasformarsi in una struttura di tipo psico-nevrotico evidente, con l'emergenza di chiari sintomi ipocondriaci: questa sintomatologia può insorgere rispetto a situazioni conflittuali e traumatiche. Ma spesso anche per un'evoluzione più o meno lenta: cioè, un po' alla volta, le caratteristiche dell'ipocondriaco tendono a mutarsi in una situazione sintomatica chiara.

In genere, le situazioni traumatiche sono costituite da eventi che rendono consapevole il paziente dell'impossibilità di prevedere tutto: così, un infortunio, una malattia (sia

personale, sia più spesso di qualche persona significativa) scuotono questa apparente sistematicità e sicurezza del mondo dell'ipocondriaco.

L'emergenza del caso, dell'imprevedibile, lo sconvolge ed egli comincia ad aver paura della malattia, trasformando una possibilità in certezza. In questi casi, l'episodio ha le caratteristiche dell'ipocondria, però il disturbo può essere più o meno transitorio, salvo magari ripresentarsi ad un nuovo avvenimento traumatico.

Ma bisogna chiedersi come si arriva alla costituzione del carattere ipocondriaco che chiaramente rappresenta una situazione psicopatologica, anche se non conclamata. La causa fondamentale è la situazione di abbandono o, in genere, di rifiuto che il bambino ha vissuto negli anni più importanti della sua formazione. Spesso c'è una situazione di disinteresse o di abbandono reale da parte di persone importanti, in genere la madre come ad esempio la scomparsa di questa per morte. Questa situazione di carenza affettiva genera nel bambino un progressivo ripiegamento su se stesso, sul proprio corpo. Questi comportamenti sono stati frequentemente osservati da A. Freud in bambini rimasti orfani: questi tendevano ad un ripiegamento sul proprio corpo e soprattutto ad una maggiore attenzione o cura per le proprie funzioni somatiche.

Il corpo diventa come una parte di sé scissa, con la quale il bambino, in mancanza di altri rapporti significativi, cerca di stabilire un rapporto.

Questa sorta di dissociazione spiega un tratto caratteristico dell'ipocondriaco che è quello della mancanza di unità tra psiche e soma ed il vivere il corpo come qualche cosa di distaccato.

È chiaro che in una situazione di questo genere viene meno qualsiasi possibilità di fiducia e quindi di rapporto con gli altri: il soggetto tenderà ad essere sospettoso ed ostile, preferirà affrontare tutto da solo.

Questi aspetti carenziali e deficitari presenti nel carattere ipocondriaco non debbono mascherare la presenza di impulsi ostili ed aggressivi: in altra sede ho affermato che l'ipocondriaco tratta sadicamente il proprio corpo come l'ossessivo tratta la propria mente.

Osservando questi malati ipocondriaci non è difficile notare come l'ansia e soprattutto l'ostilità sono continuamente sviate dal mondo esterno e dirette contro il corpo del paziente, sono per così dire concretizzate in forma somatica. È evidente anche che queste parti del corpo possono stare simbolicamente al posto di persone verso le quali il paziente ha sempre avuto un rapporto di ostilità.

Questo aspetto, che avvicina in parte l'ipocondriaco al depresso, tende più facilmente a presentarsi laddove, anziché esserci stata una situazione carenziale sul piano affettivo, c'è stata una situazione apparentemente opposta. Si tratta di casi di bambini che invece sono stati ipercontrollati ed ai quali è stata richiesta, in genere, una situazione di prestazioni al di sopra delle loro reali capacità. In questo caso il rifiuto emotivo ed affettivo da parte dei genitori, anziché essere chiaro, è stato veicolato da questa *iperprotettività svolta nei riguardi di supposti bisogni somatici del bambino, al quale non è comunque sfuggito il significato profondo di rifiuto*. Questi bambini hanno una possibilità molto limitata di sviluppo psichico: essi si fermano a tappe

precedenti la situazione edipica. Questa situazione, da adulti, comporterà un equilibrio piuttosto instabile che si manifesterà sia con la tendenza al ripiegamento su se stessi, sia e soprattutto con una reale incapacità di rapporto con gli altri. L'ipocondriaco tenderà, così, ad evitare non questo o quel tipo di rapporto interpersonale, ma qualunque rapporto che possa minimamente coinvolgerlo emotivamente e personalmente. In questo senso, si può notare una falsa socialità dell'ipocondriaco che tratta gli altri come oggetti che gli appartengono, senza tener conto dei loro sentimenti, in una assenza di autenticità e di simpatia. Per questo motivo, spesso, l'ipocondriaco, che sfugge ogni reale rapporto duale, tende a rivolgere i propri interessi a situazioni collettive. Non è raro trovare questo carattere tra persone che hanno ruoli e funzioni anche importanti, nell'ambito di gruppi o comunità: ma è evidente che questa è una situazione di fuga e di difesa. Quando l'ipocondriaco tende poi a stabilire un rapporto duale, non riesce a stabilirlo se non con le stesse modalità con le quali lui è stato trattato, e con le quali tratta il proprio corpo. Cioè una tendenza ad un rigido, spesso sadico, controllo dell'altro, che diventa una parte di sé e che egli può trattare a suo piacimento: di qui una dinamica che è sempre di tipo sadomasochistico. Questa stessa dinamica tende a presentarsi anche all'interno del rapporto medico-paziente, se il medico non è in grado di saperlo gestire correttamente.

L'ipocondriaco è un individuo piuttosto fragile: è come se l'esperienza ipocondriaca avvolgesse in un guscio un nucleo psicotico, frenando una ulteriore disintegrazione. In questo senso l'ipocondria può rappresentare una difesa, ma anche un passaggio

verso forme psicotiche: è quanto succede in certe forme iniziali schizofreniche ove i primi sintomi possono essere sensazioni di trasformazione peggiorativa corporea.

BIBLIOGRAFIA

BASAGLIA F.: *Il corpo nell'ipocondria e nella depersonalizzazione. La struttura psicopatologica dell'ipocondria.* Riv. Sper. Fren., 48, 170, 1956.

BELEY: *Hypocondrie délirante schizofrenique et autre délire hypocondriaque.* Gazette des Hospiteau, 1937.

BENASSI P.: *Le cenestopatie.* Riv. Spero Freno, 207, 1956.

BENASSI P.: *L'ipocondria delirante. Studio clinico e rilievi psicopatologici.* Riv. Spero Fren., 19, 1957.

BENASSI P., DAZZI P.: *Considerazioni cliniche in tema di ipocondria.* Riv. Neurol., 861, 1953.

BERLUCCHI C.: *Sulla psicologia della schizofrenia e sulla formazione dei deliri cronici.* Riv. Neurol., 3, 1933. .

BINI L., BAZZI T.: *Le psiconevrosi.* Ed. Abruzzini Roma, 1949.

CARDONA F.: *Il problema dell'ipocondria.* Rass. Stu. Psichiat., 723, 1950.

BINI L., BAZZI T.: *Trattato di Psichiatria.* Vol. 2°, parte II, Vallardi, 1967.

CARGNELLO D.: *Fenomenologia del corpo.* Arin. Frenit.,- 77, 365, 1964.

- DELMAS A.: *Relations de l'hypocondrie avec la constitution paranoïque*. Soc. Med. Psychol., 1931 e Riv. Neurol., 873, 1931.
- DUPRÈ E., CAMUS: *Le cenestopatie*. Encephale, 616, 1907.
- EY H.: *Etudes psychiatriques*. Vol. II, pago 453.
- FERRARI C., PETROMILLI M.: *Concetti ed aspetti dell'ipocondria*. Note e riv. di Psichiat., 377, 1957.
- FENICHEL O.: *Trattato di psicoanalisi*. Astrolabio, 1951.
- FREUD A.: *The rôle of the bodily illness in the mental life of children*. Psychoanal. Study of the Child. Vol. 7, Int. Univo Press, New York, 1952.
- FREUD S.: *Introduzione al narcisismo*. Obras completas, Madrid, 1948.
- HEIMANN P.: *Introyection and prevenction en la primera infancia*. Desarrols en psicoanalysis. Hormé, Buenos Aires.
- HUTCHINSONR.: *Hypondriasis*. Brit. Med. Journ, 365, 1934.
- LADEE G. A.: *Hypochondriacal Syndromes*. Elsevier, 1966.
- MONTANARI M.: *Considerazioni sull'ipocondria*. Rass. Stilo Psychiat., 797, 1958.
- MAZZA A.: *L'ipocondria persecutoria*. Riv. Spero Fren., 440, 1932.
- ROVASIO A.: *Il sentimento di distacco negli ipocondriaci*. Rass. Stud. Psychiat., 320, 1934.
- PERRIER F.: *Psychanalise de l'hypocondriaque*. Evolut. Psychiat., 3, 1959.
- PRINI P.: *Gabriel Marcel e la metodologia dell'inverificabile*. Ed. Studium.. Roma, 1950.

ROSENFELD H.: *Some observations on the psychopathology of hypochondriacal states.* Int. J. Psychoanal., 39, 1958.

QUIDU-SOURIS: *Le vécu de la douleur chez l'hypochondriaque.* Evolut. Psychiat., 28, 1963.

SCHILDER P.: *The image and apparence of the human body.* Psychiat. Monograf. n. 4, London, 1935.

SCIPKOWENSKY W.: *Wesen der Hypochondrie.* Zeitsch. Neurol. Psychiat., 1, 1942.