Nicola Ghezzani

Ipocondria

La paura di ammalarsi, di morire, di impazzire

PSICOTERAPIE

FrancoAngeli

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella
homepage al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Nicola Ghezzani

Ipocondria

La paura di ammalarsi, di morire, di impazzire

FrancoAngeli | Psicoterapie

Apparato grafico di Marco Bettoni

In copertina: P*ittura dinamica astratta in rosso e nero*
© Stockeeco by Dreamstime.com

Isbn: 9788835181743

Copyright © 2025 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.
Sono riservati i diritti per Text and Data Mining (TDM), AI training e tutte le tecnologie simili.
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito *www.francoangeli.it*.

Resta fermo che il problema dell'angoscia è […]
l'enigma la cui soluzione è destinata a gettare un fascio di luce
su tutta la nostra vita psichica.

Sigmund Freud, *Introduzione alla psicoanalisi*

A ogni passo verso l'individuazione si produce nuova colpa
che richiede una nuova espiazione.
Per questo l'individuazione è possibile
solo se si producono valori sostitutivi.

Carl Gustav Jung, *Adattamento, individuazione e collettività*

Indice

Ringraziamenti pag. 9

1. La paura primordiale » 11
L'ansia comune » 11
Horror vacui. La paura primordiale » 14

2. L'universo delle fobie » 18
Il significato implicito » 18
Velia » 21
Cos'è una fobia » 24
Renata » 26
Salvare la relazione fondamentale » 28

3. Ipocondria. Una storia clinica » 31
Storia di Mauro » 31
La prima crisi » 32
Dietro il panico, la rabbia » 33
Il panico come regolatore della trasgressione » 38
L'oppositore smascherato. La terapia si conclude » 39

4. Messaggi dall'inconscio » 41
L'Io antitetico e il sentimento dell'odio » 41
La mia teoria del sogno. Il sogno è un messaggio? » 44
La mia teoria del sintomo. Il sintomo è un messaggio? » 50

5. Una psicoterapia dei valori » 56
Le fasi di una psicopatologia » 56
La significazione dialettica » 61
Il demonio. Un simbolo di opposizione » 63
Mente dialettica e sentimenti oppositivi » 65
Una psicoterapia dei valori » 68

6. Slan. Il selettore antropologico » 73
Il filtro della sensibilità » 73
Opposizione e scelta morale » 75
Il selettore antropologico » 77

7. Di cosa parliamo quando parliamo d'ansia » 81
Ansia animale, ansia umana » 81
Emozioni istintive e emozioni cognitive » 84
Qualche esempio » 88
Andrea, un episodio di paura e rabbia » 90
Neurobiologia del panico » 93
Super-io e Io antitetico. Storia di Cinzia » 95

8. La paura di ammalarsi » 99
Una storia antica » 99
Tre tipi di ipocondria » 100
Storia di Stefano » 103
La paura ipocondriaca e l'autorità morale interiore » 107

9. La paura di morire » 111
Una fenomenologia del terrore » 111
Psicodinamica dell'angoscia di morte » 114
Anna » 114
Attacchi di panico e sistemi di valori » 119

10. La paura di impazzire » 122
Come si presenta la paura di impazzire » 122
Il fantasma della follia » 123
Breve storia della follia » 124
Il disagio mentale oggi » 126
Adriana » 127

11. Psicoterapia » 132
Scoprire il conflitto nascosto » 132
Che ruolo gioca la genetica » 135
Microstoria e analisi della struttura » 136
Accettazione e comprensione critica » 139
Elenco degli strumenti » 144
La condizione umana » 147

Bibliografia » 151

Ringraziamenti

Un pensiero pieno di gratitudine va innanzitutto alla memoria dei miei due maestri: Silvano Arieti e Luigi Anepeta. Il primo ha curato le mie ali ferite quand'ero un giovane di appena vent'anni, spalancandomi lo scenario della grande psichiatria psicodinamica internazionale. Il secondo, onorandomi del suo magistero e della sua amicizia, mi ha fatto da guida per oltre quarant'anni nell'attività clinica e nella vita professionale. Molte delle idee presenti in questo libro sono nate da un processo comune e ne rappresentano la naturale prosecuzione.

Un ringraziamento speciale va inoltre alle dottoresse Ilaria Angeli e Federica Franco, alla loro appassionata dedizione alla Casa Editrice e ai suoi autori. Nei nostri ormai venticinque anni di conoscenza, mi hanno fatto sentire parte della loro grande famiglia – una vasta comunità di professionisti – rendendomi così possibile non solo di esistere come autore, ma anche di sviluppare le mie idee, anche le più ipotetiche e personali, in una preziosa atmosfera di stima reciproca e di piena libertà creativa.

1. La paura primordiale

L'ansia comune

Per noi esseri umani, il confronto con la nostra precarietà è assiduo e costante. Se non ci confrontassimo mai con la consapevolezza di essere fragili e caduchi, non saremmo pienamente umani. Le nostre migliori creazioni culturali – l'arte, la filosofia, la religione, la scienza – sono colme di riflessioni sulla accidentalità della nostra condizione e allo stesso tempo sulla necessità – spesso delusa – di rintracciare, fra segni confusi, la certezza che la vita abbia un senso. La scienza – ultima straordinaria creazione umana – cerca da sempre di fornire rimedi alle malattie, sia fisiche che psichiche, e di lenirne il dolore. Oggi, in una sua declinazione patetica, s'impegna nell'avventura piuttosto rischiosa di donarci strumenti per l'anestesia dei sentimenti e un elisir di lunga vita.

È stato un merito della psicologia esistenziale l'aver sottolineato quanto l'uomo sia un animale ansioso, un animale in qualche modo "tragico" – come già suggerivano gli antichi greci – che ha coscienza della vulnerabilità e caducità della condizione umana e che si confronta con esse grazie alla coscienza religiosa, alla riflessione filosofica e alla creatività artistica. Secondo la psicologia esistenziale l'ansia è nient'altro che la risposta spontanea dell'uomo a quella *malattia mortale* che è la vita. Secondo questa concezione, l'ansia è un fenomeno universale e perciò stesso normale; essa diventa anormale (patologica), e da gestire caso per caso, ogni qual volta perda la misura e superi certi limiti di guardia. A questo modo l'ansia viene *naturalizzata*, normalizzata. Quindi deve essere oggetto di una tradizionale, sebbene specifica, riflessione filosofica.

Sottolineo subito che questo non sarà l'approccio di questo libro: per quanto apprezzi la lezione di umiltà e saggezza che promana come un fluido benefico dalle pagine dei grandi autori della tradizione esistenziale, da Viktor Frankl a Rollo May fino a Irvin Yalom, la psicologia esistenziale ritaglia un ambito più tipico dell'etica filosofica che della psicoterapia in senso stretto, la quale si occupa appunto di fenomeni psicopatologici, ossia di blocchi evolutivi e di una sintomatologia strutturata che può sfociare in dinamiche autodistruttive. La psicologia esistenziale confonde il dato comune dell'ansia esistenziale, propria di ogni essere umano, con l'angoscia psicopatologica strutturata che è tutt'altra cosa. Mentre l'ansia esistenziale normale è un fenomeno di cui possiamo cogliere immediatamente il significato evoluzionistico, l'ansia patologica sfugge alla nostra comprensione e richiede strumenti di analisi che vadano al di là della consapevolezza ordinaria.

Chiunque di noi sa con immediatezza cosa sia l'ansia normale. Mi torna alla mente un antico ricordo. Un giorno, ero un bambino di 8 o 9 anni, chiacchieravo con Fabrizio, un coetaneo intelligente e un brillante conversatore, figlio di operai emiliani che si erano trasferiti per un breve periodo a Brindisi, la mia città natale, e vivevano in una palazzina accanto alla nostra. Eravamo seduti, uno di fronte all'altro, all'interno di una delle grandi fioriere vuote poste sulla facciata anteriore del muro perimetrale che cingeva il nostro condominio. (Detto fra parentesi, quelle fioriere, costruite in mattoni come parte integrante della struttura superiore del muro, non avevano mai svolto la funzione per la quale l'architetto, evidentemente un idealista, le aveva progettate. Non avevano mai ospitato fiori. Sicché quelle fioriere erano contenitori di cemento rimasti vuoti, che noi bambini usavamo per sederci al loro interno adoperandole come immaginari aerei, canoe, automobili o semplici poltrone nelle quali potevamo comodamente chiacchierare.) Quel giorno, mentre discorrevamo, Fabrizio si sentì chiamare dalla voce melodiosa della madre. Levandosi in piedi per andarle incontro mi disse: «Mia madre si preoccupa per me». Poi con piglio soddisfatto soggiunse: «*Io ho un soffio al cuore*!». Quel bimbo mingherlino fece quell'affermazione come se presentasse una medaglia al valore, spiegandomi il perché il mondo adulto lo ritenesse così prezioso: «*Io ho un soffio al cuore*!». Ebbene, in quel momento – in quel preciso momento – io avvertii un guizzo nel mio petto, nel mio cuore, che

interpretati subito come dispiacere per il mio amico e ansia di poterlo perdere. L'idea che il mio amico Fabrizio fosse malato e che un giorno potesse morire scomparendo dalla mia vita mi turbò in profondità. Ecco, questo è un normale episodio di ansia esistenziale, razionalmente comprensibile: la possibilità di perdere un amico cui teniamo molto induce *un sentimento di minaccia che coincide con un dato reale*; un sentimento che scatta in modo immediato e automatico, in modo istintivo.

Vale per ciascuno di noi quando pensiamo che morendo mancheremo alle persone che ci amano e che loro mancherebbero a noi, nell'eventualità opposta. Vale per gli anni che passano quando ci sorprende l'idea che un progetto avviato oggi – per esempio il libro che sto scrivendo – potrebbe non completarsi per mancanza di tempo; perché verremo sorpresi da una grave malattia o dalla morte. E così via: questa è comune ansia esistenziale. L'ansia comune tuttavia non può e non deve essere confusa con l'ansia psicopatologica, che ha gli inconfondibili caratteri ossessivi della prigione mentale, un nodo di dilemmi morali e emozioni che la coscienza non riesce a capire né tanto meno a risolvere.

Si tratta di una confusione in cui incorrono, non solo la psicoterapia esistenziale, ma anche altre psicoterapie, nelle quali prevale il pregiudizio medicalista che l'ansia patologica sia una sorta di disfunzione cerebrale del meccanismo istintivo della paura che, in soggetti vulnerabili, funzionerebbe "troppo", producendo in loro un'ansia "esagerata". Affermazione non solo falsa, ma anche un po' ridicola. Ci sono fobie così specifiche che è impossibile che esista un organo nato per elicitarle. Ricordo un paziente che aveva una fobia delle carnagioni rosa (simbolo evidente di "vulnerabilità") e un altro che aveva orrore delle foglie ruvide (segno di "estraneità") come altri che avevano paura dell'infinito, sia fisico che numerico. Strutture cerebrali così specializzate non esistono. Esistono *funzioni neuropsicologiche* che collegano un'immagine mentale (per esempio la pelle rosa) alla struttura cerebrale (l'amigdala) che elicita la paura. La fobia – cioè un costrutto neuropsicologico – le mette insieme. Il perché lo faccia non appartiene alla storia delle malattie cerebrali umane, ma alla storia di quello specifico soggetto.

Nel cervello umano le cose funzionano così. Le fobie specifiche (di ammalarsi, di impazzire e di morire, di essere chiusi in un ascensore o

in una autostrada, di esporsi in una piazza o di vedere per terra una siringa usata, ecc.) non appartengono al cervello come tale, al cervello in quanto organo, ma alla personalità individuale, che è una funzione di quell'organo. Se fosse vero (come afferma la psichiatria organicista) che le nostre ansie patologiche e le nostre fobie derivino da una malformazione o una disfunzione cerebrale di origine genetica, almeno un quarto della popolazione mondiale, affetto da ansia patologica, sarebbe depositario di una malattia genetica. Una malformazione del genere sarebbe stata presente in *Homo sapiens* sin dall'origine (200.000 anni fa) e nella stessa proporzione attuale: il 25% del totale. Di fronte a questo dato come si fa a non restare perplessi? Se a questo 25% aggiungessimo il 20% di depressi, l'1% di tossicodipendenti e farmacodipendenti e l'1% di psicotici avremmo un totale del 47% di malati cerebrali genetici. Il paradosso è evidente: una specie così difettosa come avrebbe potuto sopravvivere alla dura selezione delle specie?

Se il 47% dei gabbiani, sin dall'origine della specie, fosse nato incapace di volare, come avrebbe potuto questa specie arrivare fino a noi?

Horror vacui. La paura primordiale

Noi esseri umani abbiamo una paura istintiva, intrinseca al nostro organo cerebrale, che sta alla base delle nostre fobie? Sì, certo che ce l'abbiamo! È la *paura primordiale della separazione.* Si tratta di quella paura che l'*infant research* ha osservato in tutti i bambini che avvertono il rischio dell'abbandono, anche solo emotivo, da parte della madre. È stata oggetto di mille ricerche: un bambino si intrattiene in gioco con la madre, poi la madre si allontana e scompare del tutto; oppure gli mostra d'improvviso un volto inerte, inespressivo sul piano emotivo. A pochi secondi dalla separazione o dalla vista del volto materno pietrificato, il bambino erompe in un pianto disperato. Si tratta una risposta istintiva ben tangibile nei piccoli, ma presente a qualunque età della vita.

Secondo me, la comune ansia esistenziale – la paura di essere indifesi di fronte alla vita – è l'espressione psicologica di questo istinto. La paura primordiale dell'abbandono induce in ciascuno di noi un sentimento di profonda minaccia, *la minaccia di annientamento*. La paura

dell'abbandono ha dunque un fondamentale valore di sopravvivenza: essa difende l'uomo dal *vuoto sociale*, cioè dall'isolamento, dalla perdita del proprio simile e quindi dal rischio di morire. Nel momento in cui, grazie ad una percezione protopatica, intuitiva, mi avverto "solo", separato dagli altri, isolato dai miei partner e dal mio gruppo, so di essere "perso", quindi in balia della casualità e della caducità; so di essere in pericolo. Sono a rischio di essere annientato. In ogni specie animale, particolarmente nei mammiferi, il cucciolo emette particolari segnali di richiamo, indirizzati dell'adulto, nel momento in cui si sente in pericolo. Ma nell'uomo questa attitudine è diventata una specialità.

Dobbiamo immaginare lo sfondo su cui è nata questa paura. Il neonato di una minuscola società tribale di due milioni di anni fa, un essere debole e impotente, se non sapeva farsi sentire in situazioni di rischio era condannato a morte certa. Nel corso delle generazioni, morirono un'infinità di bambini smarriti dagli adulti e predati dalle belve; finché grazie alla scoperta dei segnali prossemici e vocali di richiamo – pianti, strilla ed espressioni di dolore – il primo bambino moderno riuscì a segnalare il suo terrore; l'adulto apprese allora a sintonizzarsi con lui, a vederlo e a salvarlo dalla morte. Il tratto divenne patrimonio ereditario. Appena separato dalla madre, il bambino cominciava ad agitarsi e a piangere, segnalando alla madre, col suo timbro vocale, la sua presenza. Come dice l'antropologa Meredith Small, «per definizione, il pianto serve a sollecitare una risposta, a innescare delle emozioni, a manipolare l'empatia dell'altro [...]. Chi si prende cura di un bambino ha sviluppato anche il meccanismo sensoriale che gli permette di capire che i pianti dei neonati sono segnali di infelicità, così da essere spinto a intervenire» (Small, 1998).

Secondo la neuroantropologa Dean Falk (2011), il primo protolinguaggio umano, cioè le prime vocalizzazioni articolate intese alla comunicazione, nacquero proprio fra neonato e madre, circa due milioni di anni fa, per scongiurare il rischio del piccolo di essere smarrito e condannato a morte. Ma la paura rivestiva la stessa funzione anche per l'adulto che, se fosse rimasto solo in una foresta buia o in una savana desolata, sarebbe morto in pochi giorni. Questa paura primordiale del vuoto, questo *horror vacui*, è il precursore dell'ansia esistenziale che appartiene a ciascuno di noi. Tutti noi umani abbiamo paura di scoprirci nel vuoto relazionale, cioè isolati dai rapporti umani, quindi irraggiungibili dall'aiuto altrui.

Dunque, la paura istintiva di morire costringeva l'uomo preistorico a far parte del suo gruppo e a mantenere il legame con esso, perché solo lui, solo il suo gruppo, poteva soddisfare i suoi bisogni. Questa paura primordiale è rimasta la paura fondamentale anche oggi, ma coperta dalle rappresentazioni sociali che le si sono sovrapposte. Come il neonato ha paura di scoprirsi solo, abbandonato dagli adulti, col rischio di morire di fame o di essere ucciso da un predatore, allo stesso modo l'adulto può essere angosciato di scoprirsi solo in un bosco sul fare della notte, o può essere impaurito di ritrovarsi in una strada buia di un quartiere sconosciuto, o ancora di essere escluso dalla solidarietà sociale per via di una condanna morale espressa nei suoi confronti.

La ricerca dell'altro, la madre per il bambino, il simile soccorrevole per l'adulto, è una reazione istintiva attivata da un sentimento di angoscia. Ogni volta che intuisco di essere solo e precario, l'ansia mi spinge a ricercare l'aiuto di qualcuno. Rinuncio alla mia singolarità, anche alla mia libertà, in funzione della paura della precarietà e della morte e mi ricongiungo all'altro per sentirmene protetto: mia madre, mio padre, la mia famiglia, la mia amata, i miei figli, la mia comunità, Dio. L'ansia esistenziale chiede sempre un abbraccio, una consolazione e un riconoscimento. Questa è ansia istintiva, *ansia specie-specifica* e ha la funzione evoluzionistica di favorire la sopravvivenza. Ma da questa ansia comune non si può dedurre in modo autoevidente il perché dell'organizzarsi di una struttura mentale patologica.

La psicologia esistenziale ha prodotto una rinascita della riflessione etica sulla condizione umana; ma non ha aggiunto granché alla decifrazione dell'enigma che sta al cuore delle organizzazioni psicopatologiche. Ci ha detto molto sulle profondità della coscienza umana integra, nelle sue vette e nei suoi abissi; ma poco ha dettagliato circa le ragioni dell'esistenza di un sintomo e di una psicopatologia. Lo stesso discorso vale per la psichiatria e le psicoterapie che attribuiscono l'ansia patologica a una vulnerabilità intrinseca del cervello, di ordine genetico. Tali psicologie naif presuppongono un difetto organico nella modulazione della paura, affermano in sostanza che è "eccessiva". Non valutano che ben al contrario dell'essere *eccessiva*, essa *è totale*; è un fenomeno aut/aut: quando c'è, è sempre al massimo. Ed è solo l'istinto, mai una disfunzione, a lanciare il suo segnale al massimo livello. Il panico normale è una reazione istintiva, una risposta immediata e totale di tutto l'organismo. Ma, anche l'attacco di panico psi-

copatologico è una reazione massimale: agisce come un istinto, dunque non può non essere anch'essa una reazione funzionale a un segnale specifico.

Nel seguito del libro dimostrerò che le fobie sono una risposta istintiva a un significato, una rappresentazione, che riguarda essenzialmente la storia soggettiva della persona che n'è affetta.

2. L'universo delle fobie

Il significato implicito

Dal mio punto di vista, l'ansia psicopatologica è una risposta funzionale non meno di quella istintiva, ma non risponde a un dato oggettivo, bensì a un significato soggettivo. Questo è il motivo per cui all'osservatore ingenuo una fobia appare irrazionale. L'osservatore ingenuo (ma ingenui sono anche lo psichiatra organicista e lo psicologo alle prime armi) constata la fobia, osserva che le cause oggettive dichiarate dal paziente sono inconsistenti (per esempio una malattia non rilevata o un ascensore funzionante) e deduce che la fobia è una paura irrazionale. Nell'agire così l'osservatore ingenuo rivela di ignorare la complessità della vita psichica. Nelle fobie, la razionalità va cercata nel fatto che la persona reagisce a un significato soggettivo. Ogni fobia attiva una paura istintiva, ma risponde non una minaccia oggettiva quanto piuttosto a un significato, cioè a una *rappresentazione psicologica soggettiva*.

Per capire perché mai la vulnerabilità e la morte diventino dei problemi assillanti fino a sfociare in ansie e ossessioni tormentose occorre fare un passo avanti e sottrarre questi eventi al realismo ingenuo della psicologia del senso comune per farli diventare a tutti gli effetti realtà psicologiche. In sostanza dobbiamo tener conto dell'attività rappresentativa dell'uomo, ossia del fatto che noi esseri umani viviamo in una realtà psicologica, una realtà rappresentata.

Come i filosofi stoici hanno sempre affermato, noi esseri umani non siamo mai in rapporto diretto con la cosa, bensì con la rappresentazione di essa. Non siamo in rapporto diretto con la malattia e la morte, bensì con la rappresentazione, il significato, che malattia e morte

evocano nella nostra psiche. Fra noi e la cosa concreta, reale, c'è una valutazione, dunque un *sistema di valori*.

Prendiamo a esempio il desiderio sessuale. Gli schemi di esecuzione dell'istinto sessuale nell'animale sono univoci, non variano da gruppo a gruppo e da individuo a individuo. Nell'uomo di due milioni di anni fa gli schemi sessuali dovevano essere probabilmente molto simili a quelli animali (come dimostra la vita sessuale dei primati); ma da quando l'uomo dispone di un linguaggio e di una capacità simbolica, da quando cioè dispone di un mondo di rappresentazioni, la sessualità è mutata e le rappresentazioni sociali e personali sono diventate determinanti nell'attivazione del desiderio. Un esempio: un mio paziente proveniente da un ambiente maschilista è alla guida di un'auto. Al posto del passeggero c'è un'amica di cui lui è invaghito. Costei però è una femminista e mantiene con lui un certo altezzoso distacco. Nel corso del lungo viaggio la ragazza, stanca, si abbandona al sonno. Dopo alcuni minuti, risvegliandosi di colpo, nota che l'auto ha raggiunto una velocità molto elevata. Vede la strada che corre, osserva le mani dell'uomo ferme sul volante ed ecco che d'un tratto prova paura. In quell'istante, il mio paziente, che si è accorto della paura della ragazza appena risvegliata, è sorpreso da un'intensa tenerezza e un altrettanto intenso desiderio sessuale. Le fa una carezza sul capo per tranquillizzarla e si accorge che in quel momento il suo desiderio sessuale è all'apice.

Faccio un altro esempio. Una mia paziente è una professionista colta e raffinata e ha una profonda cultura femminista; il suo compagno è un sensibile e democratico uomo di sinistra. Si vogliono bene e si stimano; lui è molto accuditivo, talvolta lei lo ha tradito. La mia paziente appare una donna dal carattere forte e risoluto: nessuno, neanche le sue migliori amiche, sa però che la fantasia segreta che accende il suo più intimo desiderio sessuale è di essere cieca e inerme e completamente nelle mani di un partner appena conosciuto, di cui non conosce né il volto né le intenzioni. Dunque, nella vita reale lei ha un carattere volitivo dominante; nella vita immaginaria anela a essere impotente (cieca) e a smarrirsi fra le mani di uno sconosciuto. Questa è la fantasia che più la eccita.

È evidente che l'emozione istintiva, fisiologica, del desiderio sessuale è attivata in entrambi i casi da rappresentazioni soggettive, che sono un misto di valori sociali inconsci e elaborazioni soggettive. In

queste scene di desiderio non v'è traccia di istinto. In entrambi i casi è una rappresentazione soggettiva a giocare un ruolo di primo piano nell'attivazione del desiderio: si tratta per entrambi del valore del *dominio maschile*. Nel caso del ragazzo, la paura dell'amica lo fa sentire potente, virile, e questo lo eccita; nel caso della donna, l'essere cieca e nelle mani di un uomo sconosciuto la fa sentire inerme ed esposta al potere, e questo la eccita. Due esempi che parlano chiaro. Non la vista dei genitali primari o secondari (come negli animali), ma un *significato implicito*, una rappresentazione personale, attiva il desiderio sessuale. Ovviamente, il carattere arbitrario del desiderio sessuale non riguarda solo i pazienti, ma ogni essere umano. Otto miliardi di umani, otto miliardi di diverse configurazioni sessuali.

È la rappresentazione implicita, dunque, non la cosa, che attiva l'emozione umana. Lo possiamo dimostrare facilmente anche nel caso delle fobie. Secondo l'osservatore ingenuo malattia e morte hanno un significato semplice ed evidente, cioè rimandano a se stesse: «è ovvio – dice l'ingenuo – che si abbia paura di ammalarsi e di morire!». No, rispondo io, non è così ovvio: sia l'analisi storica che quella psicologica ci mostrano il contrario. Non meno del desiderio sessuale, morte e malattia sono significanti sotto i quali scivolano i più differenti significati.

Vediamo alcuni di questi significati. Per qualcuno la morte esiste come angoscia di perdita degli altri, degli affetti più cari; per qualcun altro esiste come angoscia di perdita di se stesso. Per qualcuno la morte è il meritato riposo di una vita faticosa o persino il compimento della vita come impresa eroica, quindi motivo di orgoglio; per qualcun altro è un abisso che rivela la propria insignificanza e nullità. Pensiamo ora alla malattia. Possiamo percepirla come un dato ontologico, che ci rende simili agli altri, quindi potenzialmente più compassionevoli e solidali; ma possiamo percepirla altresì come un dato offensivo della nostra dignità di individui liberi, quindi come qualcosa da rifiutare in tutti i modi possibili e impossibili, in una negazione esorcistica e onnipotente dei nostri limiti. Già su un piano di singolarità psicologiche è evidente che si tratta di una scelta fra diversi significati.

Ma ciò è altrettanto vero a livello culturale. Faccio un esempio. Noi moderni occidentali ci proponiamo di rispettare la vecchiaia, la malattia e la morte; ma nel mondo greco antico non era così: la vecchiaia e la morte erano oggetto di un orrore e di una derisione cantati anche dai poeti. Perché? Ebbene, per i greci antichi il valore supremo era la forza

virile del guerriero e vecchiaia e morte ne erano l'esatto opposto. Poiché il valore supremo era il guerriero maschio giovane e vincente, infermità, vecchiaia e morte equivalevano alla sconfitta sul campo di battaglia, disonorevole sia per il guerriero che per il suo *ghenos*, la sua stirpe. Dunque, dietro il significante della vecchiaia e della morte si nascondeva il significato dell'*impotenza sociale* (Vernant, 1987). Un altro esempio. Durante il medioevo e ancora fino ai giorni nostri, la malattia mortale era vissuta come una punizione divina, come ha evidenziato fino a pochi anni fa il caso dell'HIV, dietro il quale si celavano la demonizzazione della sessualità e i terribili complessi di colpa dei presunti trasgressori. Dunque, dietro il significante della malattia c'era l'evocazione del *peccato mortale* e della conseguente perdita dell'amore di Dio. Gli esempi dell'impotenza sociale per i greci e del peccato mortale per i cristiani ci mostrano che il significato nascosto dietro la fobia di essere vecchi o affetti da una malattia mortale è di *essere un abominio*, cioè di essere rifiutabili da noi stessi e dagli altri – persino da Dio – perché inutili o peccatori.

Per i greci, dunque, malattia e morte significavano "impotenza", per i medioevali "peccato di fronte a Dio". E per noi oggi cosa significano?

I significati oggi più comuni sono per la malattia la *condanna a dipendere* in una condizione di inettitudine da altri esseri umani; per la morte, l'*impotenza assoluta*, cioè l'*annientamento*, la fine della propria individualità. Oggi, nella nostra civiltà, il male peggiore si declina in termini di angosciosa e vergognosa impotenza. Dipendere (malattia) e cessare di esistere (morire) rappresentano il peggiore dei mali; non un dato di natura, ma la peggior punizione che si possa ricevere dalla vita.

Velia

Un breve esempio clinico può illustrare il mio punto di vista.

Velia è una giovane donna di 34 anni, sposata con un uomo ambizioso e arrogante. Si è sposata per dare ai genitori la soddisfazione di vederla sistemata, prima della morte della madre, che non può tardare perché ha una malattia terminale.

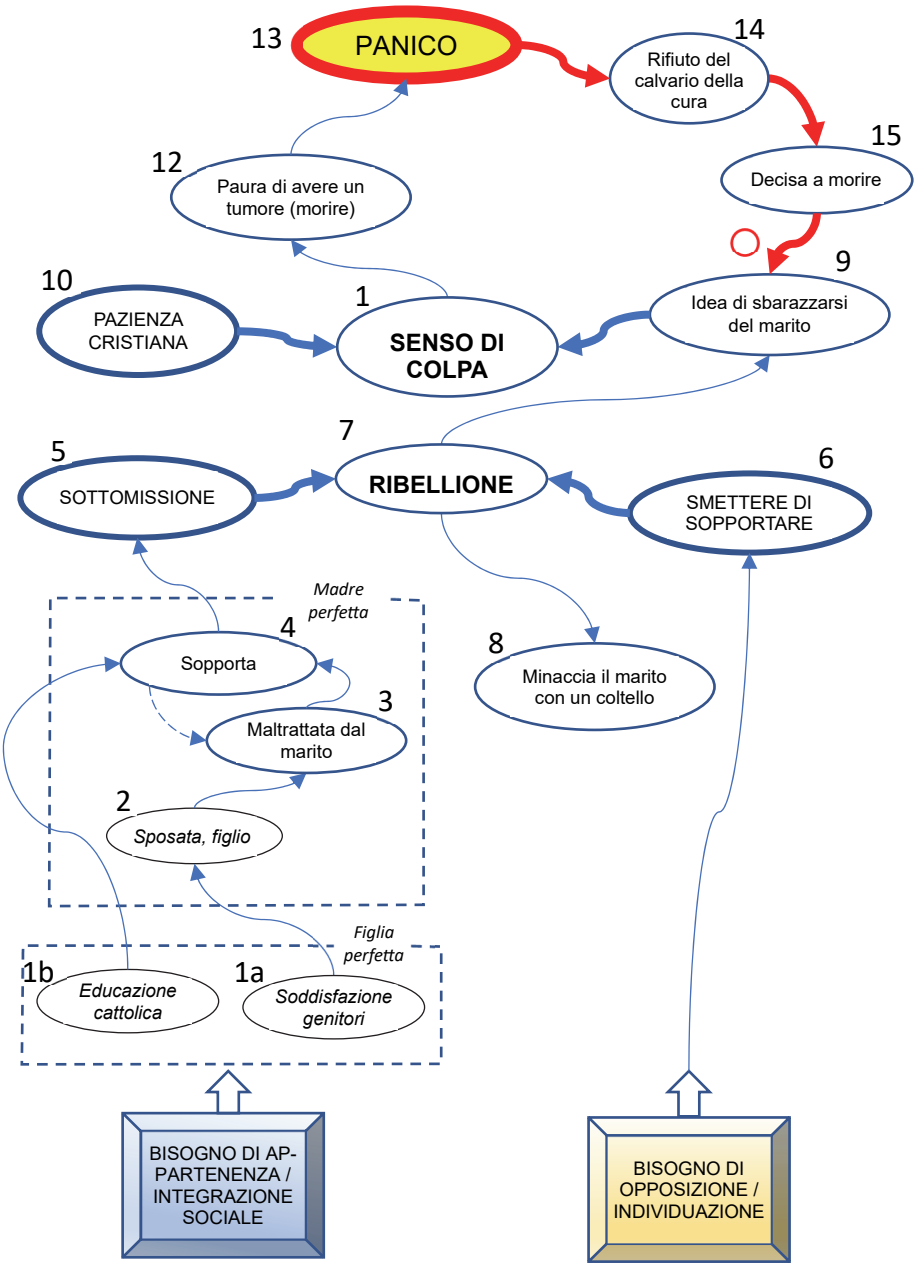
Velia ha un bambino di 5 anni e dipende in buona parte dal marito per il mantenimento della famiglia. Purtroppo l'uomo è pretenzioso e la maltratta spesso perché Velia non ha portato in dote né ricchezza

economica né prospettive sociali che lui possa sfruttare. Dopo anni di maltrattamento e sottomissione (Velia è stata educata in un'atmosfera culturale rigorosamente cattolica), un giorno la ragazza reagisce e, intenta a cucinare, agita sotto il naso del marito il coltello che sta adoperando per tagliare. L'uomo, dapprima è sorpreso; poi, sprezzante, le dice che è solo una pazza. Due giorni dopo, Velia nel fare la doccia avverte nel seno un nodulo sospetto e precipita nel panico. Per preservare il padre e il figlio, tiene il segreto per qualche giorno. La madre è morta da poco, e lei non vuole coinvolgere nel dramma le due persone che più ama al mondo. Ma la sua angoscia cresce e una settimana dopo Velia cede. Va dal medico e si fa prescrivere degli esami strumentali, ormai certa di avere un tumore e decisa a morire, a suicidarsi, piuttosto che vivere il calvario che ha vissuto la madre imponendolo ai familiari. Per fortuna, il responso è felice. Velia non ha nulla di grave. Ma è consapevole di aver sfiorato l'abisso.

Era dunque la sua fobia una "normale" paura della morte appena un po' "esagerata"? Non direi. Era un episodio clinico di panico ipocondriaco che ha dato il via a un crollo depressivo. Cosa rappresentavano davvero per lei la malattia e il calvario della cura? E perché era decisa a uccidersi piuttosto che sopportarne il tormento ed infliggerlo al padre e al figlio? (*Vedi figura n. 1*).

Velia aveva vissuto la sua esperienza di panico ipocondriaco due giorni dopo aver minacciato il marito con un coltello. L'idea di sbarazzarsi del marito, non necessariamente facendolo a pezzi, ma anche solo separandosi da lui, implicava per lei il gravarsi di una colpa morale inaccettabile di fronte al padre e al figlio, che la consideravano una figlia e una madre perfetta, e di una vergogna insopportabile di fronte ai correligionari della parrocchia e ai colleghi di lavoro, che la consideravano una donna integerrima. E soprattutto, se avesse smesso di sopportare avrebbe infranto il valore centrale della sua educazione: la pazienza cristiana. Di fronte al possibile collasso dell'Io, dunque, la paura di ammalarsi e di crollare le fa dimenticare di colpo la sua forza interiore, inibendola e impedendole di violare i valori cui ha improntato la sua vita. Dietro lo spauracchio del tumore era celato dunque il significato del *disordine morale*, della *ribellione* e del *peccato*, tanto più grave perché dal suo ordine morale, quindi dalla sua capacità di sopportazione, dipendevano non solo la sua autostima, ma anche il benessere di un padre vedovo e malato e di un figlio amatissimo.

Fig. 1 – Velia


13
PANICO
14
Rifiuto del calvario della cura
15
Decisa a morire
9
Idea di sbarazzarsi del marito
12
Paura di avere un tumore (morire)
10
PAZIENZA CRISTIANA
1
SENSO DI COLPA
7
RIBELLIONE
5
SOTTOMISSIONE
6
SMETTERE DI SOPPORTARE
Madre perfetta
4
Sopporta
3
Maltrattata dal marito
2
Sposata, figlio
8
Minaccia il marito con un coltello
Figlia perfetta
1b
Educazione cattolica
1a
Soddisfazione genitori
BISOGNO DI AP-PARTENENZA / INTEGRAZIONE SOCIALE
BISOGNO DI OPPOSIZIONE / INDIVIDUAZIONE

Cos'è una fobia

L'ipocondriaco è costretto al pensiero intrusivo, ossessivo, autodistruttivo della vulnerabilità e della mortalità. Quindi dà a questi fenomeni un significato particolare, un significato implicito che sfugge al senso comune.

Per capire l'attacco fobico e l'organizzazione di personalità ipocondriaca occorre individuare qual è il significato implicito che il paziente attribuisce a malattia e morte. In questo libro intendo avanzare l'ipotesi che il significato implicito sia sempre *la perdita del legame fondamentale*. La responsabilità morale di attaccare il legame fondamentale e di esserne privati fa funzionare a suo servizio l'emozione istintiva dell'angoscia di abbandono.

Per comprendere una fobia occorre innanzitutto capire che la mente umana lavora sempre su più registri ed ogni oggetto ed ogni evento esperito sono allo stesso tempo sia la *cosa in sé* (percezione) che il *significato* (rappresentazione) che gli esseri umani annettono a quella cosa. Ora, mentre la cosa in sé non varia, è sempre se stessa, le rappresentazioni e le interpretazioni che gli esseri umani ne danno variano sensibilmente e dipendono sia dalla cultura cui appartengono, sia dalla storia soggettiva.

Faccio un esempio. Un'autostrada è un nastro di asfalto sovrapposto al suolo, che ha la funzione di accogliere il movimento direzionato di autoveicoli in corsa; nondimeno è uno degli oggetti del mondo che evocano più ansie e fobie. Perché? Il dato oggettivo, la cosa in sé, dell'autostrada è il nastro d'asfalto che funziona come infrastruttura di movimento per autoveicoli. A questa cosa in sé il codice culturale annette una serie di *significati sociali*: all'autostrada possono accedere solo un determinato tipo di veicoli, non quelli minori, come i piccoli motocicli o le biciclette, e un determinato tipo di guidatori, dotati di una patente adeguata, quindi adulti che hanno sostenuto esami specifici. Questi sono i significati sociali. Ma poiché per tutti noi ogni oggetto del mondo ha significati sociali e personali, lo stesso principio vale anche per l'autostrada. Ebbene, per alcuni di noi l'autostrada è un simbolo che evoca *il senso di responsabilità*, perché mette alla prova la nostra perizia alla guida, la nostra maturità caratteriale e il nostro senso civico. Quindi per esserne degni dobbiamo sentirci abili guidatori, individui maturi, nonché dotati di un elevato senso civico. Per

altri invece l'autostrada è un simbolo che riguarda il *diritto alla libertà personale*, perché vi annettono idee di allontanamento da casa, quindi di viaggio, di avventura, di nuove esperienze. Costoro, nel pensare all'autostrada, sono eccitati da significati personali come la prospettiva di compiere un viaggio che li allontani da casa e consenta loro nuovi orizzonti di vita o di possibile trasgressione. È chiaro, da questo esempio, che il *significato personale* evoca sempre un *significato morale* più o meno cosciente. Per i primi, che hanno in mente il senso civico, guidare in autostrada implica il mettere alla prova il proprio senso di responsabilità; per i secondi, che hanno in mente l'evasione e l'avventura, implica l'incitamento anch'esso morale all'autonomia e alla libertà personale.

Ebbene, la fobia della guida in autostrada che colpisce molti soggetti giovani e adulti, spesso in comorbilità con disturbi claustrofobici e agorafobici, non riguarda la semplice percezione oggettiva dell'autostrada come infrastruttura di movimento, ma riguarda la dimensione soggettiva più personale, che attribuisce all'oggetto uno specifico significato morale. Per esempio, se la percepiamo come prova della nostra responsabilità, l'autostrada mette alla prova la nostra dignità di persona ad esercitare questa responsabilità guidando con perizia e maturità adeguate; se invece percepiamo il viaggio in autostrada come strumento di emancipazione e libertà, il significato morale è ancora più drammatico: nel momento in cui entriamo in autostrada accettiamo il rischio esistenziale connesso al desiderio di emanciparci ed essere liberi. A questo punto, il significato morale dell'azione, cioè il sentirsi inadeguati alla responsabilità o alla libertà, esplode come fobia.

Quando una giovane donna, per raggiugere un luogo di lavoro distante da casa, è costretta dalla paura a percorrere mille stradine periferiche pur di non imboccare un'autostrada, non è in gioco un disturbo neurologico che altera la percezione dello spazio e la gestione del movimento; è in gioco l'immagine che questa donna ha di se stessa in quanto soggetto dotato della dignità morale di guidare un potente veicolo che, qualora venisse guidato male, sarebbe in grado di uccidere se stessa ed altri, oppure, se guidato bene, potrebbe offrirle l'opportunità di liberarsi di un marito prepotente o di una famiglia oppressiva.

Renata

Ricordo una mia paziente, Renata, che pur avendo la patente era terrorizzata all'idea di guidare la sua auto, che brillava pulita e lucidata con cura nel buio del suo box. Ogni volta che ci aveva provato aveva avuto l'impressione di essere una bambina irresponsabile cui fosse stata affidata un'arma micidiale. La macchina rombava poderosamente sotto di sé e una lieve pressione sull'acceleratore o una minima sbandata del volante avrebbero potuto scagliare duemila chili di metallo contro una folla inerme.

Quando ne parlavamo in seduta, era proprio questa l'immagine che le veniva alla mente: una bambina folle a cavallo di un poderoso missile, scagliato a tutta velocità contro persone innocenti! Un misto d'ingenua follia e di lucida irresponsabilità. Da dove mai le proveniva un'immagine di sé così negativa?

Renata era cresciuta con un padre insopportabile: un alto funzionario pubblico di carattere autoritario e presuntuoso, che la moglie aveva subito per tutta la vita. Non privo di meriti, quest'uomo aveva mantenuto la famiglia nell'agio occupandosi di tutto, dalle spese alla cucina, fino all'educazione religiosa dell'intera famiglia, espropriando di fatto la moglie e le due figlie di ogni competenza sia pratica che intellettuale. Di conseguenza, aveva suscitato nelle ragazze un sentimento di impotenza misto a odio e senso di colpa. Sicché la prima figlia si era fatta suora ed era entrata in un convento di clausura, la seconda, Renata, si era inibita ogni autonomia pratica, facendo un lavoro di poca responsabilità procuratole a trent'anni dal padre e restando a vivere coi genitori.

Renata era dunque una ragazza che si autoinibiva ogni espressione di autonomia, perché la sua autonomia era collegata nel suo immaginario inconscio (ma in parte anche conscio) alla sfida mortale nei confronti del padre e alla trasgressione morale. Nel momento in cui la conobbi, la fobia della guida esprimeva con chiarezza sia il desiderio di fuga, che la paura di fare del male agli anziani genitori, che sognava di abbandonare al loro destino di solitudine. Talvolta era abbagliata dall'orrore di desiderare la morte del padre. Espropriata di ogni senso di responsabilità e nondimeno piena di odio, Renata si sentiva indegna di guidare un veicolo adeguato unicamente ad adulti responsabili.

Dunque, la fobia – in questo caso la paura di perdere il controllo –,

non è attivata da una malfunzione neurologica; essa riguarda il significato simbolico che l'oggetto assume nella mente del fobico e quindi le emozioni che quel simbolo porta con sé. Nella mente di Renata l'automobile non evocava una minaccia di morte personale: la ragazza temeva di uccidere gli altri, stando ben protetta nell'abitacolo metallico! Il suo era un sintomo altamente morale.

Per il fobico, ogni oggetto e situazione possono assumere diverse valenze simboliche. Una siringa abbandonata in un parco pubblico può essere pericolosa, tuttavia evitata o maneggiata con cura è impossibile che veicoli un'infezione. Ma per il fobico in preda alla sua angoscia parossistica quella siringa non è la siringa reale: lui reagisce alla siringa simbolica, che significa HIV, ambienti degradati, trasgressioni sessuali, disordine morale. Il fobico vede la siringa oggettiva, ma reagisce alla siringa soggettiva. Quindi la sua reazione non è "esagerata", perché è perfettamente adeguata a ciò che l'osservatore comune non vede, cioè il mondo soggettivo di valori emotivi che scorre e vive – come una microscopica popolazione di batteri – al di sotto dell'apparenza oggettiva. Il fatto che il fobico esperisca quel mondo di emozioni solo nell'inconscio lo rende ancora più pericoloso: a tutto ciò che è esperito in modo inconscio, ovvero intuitivo, si risponde con un moto istintivo, un'ansia e una paura incontrollabili, come quella di un uomo che d'un tratto, in una strada immersa nel buio della notte, ode dei passi in corsa che sembrano inseguirlo. La reazione è istantanea e tutto o nulla, cioè o c'è o non c'è, e se c'è è massiva e crescente, segue la curva di un normale *arousal*, fino alla sua conferma empirica (il persecutore esiste!) o al suo spegnimento naturale (era solo un falso allarme).

A questa regola non sfuggono nemmeno gli eventi più "oggettivi" che la mente umana riesca a immaginare: la malattia e la morte. Di solito si pensa, con una certa ingenuità, che malattia e morte facciano paura a tutti. In realtà non è così: un minimo di conoscenza storica, antropologica e psicologica mostrerebbe che anche malattia e morte hanno diversi significati a seconda delle culture. In molti popoli preindustriali ed extra-occidentali la malattia non è un evento devastante come in occidente, perché è piuttosto un'esperienza collettiva, nella quale il malato non è mai solo ed è anzi oggetto di rispetto e di attenzioni particolari. La stessa morte, per uno stoico del quarto secolo dopo Cristo, per esempio, o per un samurai del settimo secolo, era un

evento non solo normale, ma auspicato, al punto che la pratica del suicidio faceva parte del *cursus honorum* di ogni buon filosofo e di ogni buon samurai. Mentre il mondo occidentale moderno tende a rimuovere la coscienza della finitudine e della morte, coprendola e offuscandola con palliativi quali l'attivismo o il salutismo, un qualunque adepto attivo di una religione di salvezza, come il cristianesimo, l'islamismo o il buddismo pensa alla morte ogni giorno, senza paura, con costanza, assumendola come metro di misura e punto di arrivo di un'esistenza condotta con meditato rigore morale.

Per capire la fobia delle malattie e della morte occorre capire qual è il significato che questi eventi assumono nella mente di ciascun singolo soggetto, ammettendo che ciò che egli pensa è condizionato dal senso comune della sua civiltà, ossia dai sistemi di valori che egli adotta.

Salvare la relazione fondamentale

Tutte le fobie rimandano alla paura di perdere la relazione fondamentale per colpa propria, ossia per l'attacco portato in modo conscio o inconscio a quel legame. La coscienza dell'attacco aggressivo nei confronti di persone e valori amati non è quasi mai immediata, ma si esprime piuttosto in modo riflesso nel timore di essere mal giudicati, condannati e puniti dal Super-io, che rappresenta le persone e i valori morali per noi più importanti. In relazione a quest'angoscia *il sintomo si rivela funzionale a mantenere l'ordine pregresso*.

Un ragazzo vive con l'anziana madre in un regime di stretta simbiosi. Vorrebbe essere più libero e non condizionato dai rituali tipici delle persone anziane. Forse, il legame fra loro riflette di un'antica e ormai insopportabile simbiosi. Tuttavia, allo stesso tempo, egli vuol bene alla madre e vuole restare legato a lei. Nel momento in cui alla sua mente affiora l'idea che quando la madre morirà lui sarà libero, ecco che egli sviluppa l'angoscia di avere un tumore o un infarto in atto o di aver contratto l'HIV nell'ultimo contatto sessuale avuto con una ragazza. La paura di perdere la madre e di perderla per suo stesso desiderio, lo porta a sentirsi minacciato della perdita del legame più importante e minacciato di abominio per il pensiero che ha osato formulare. La paura di ammalarsi, di soffrire e di morire ha ritorto contro di lui il pensiero distruttivo. A questo modo:

1. la madre è salva dal suo desiderio di morte;
2. egli, intimorito, è di nuovo sotto il controllo del suo vecchio sistema morale, e torna ad essere il figlio devoto che è sempre stato.

Un altro esempio: un caso di agorafobia.

Una donna vive in un regime di asservimento nei confronti della famiglia acquisita: passa gran parte del suo tempo a gestire la vita fisica ed emotiva del marito e dei figli, nonché le faccende domestiche; ma, in modo più o meno inconscio, se ne sente soffocata e offesa. Nonostante il suo sacrificio, né il marito né i figli, né tanto meno i suoceri, le riconoscono dei meriti e la trattano con rispetto; e la nostalgia di ciò a cui ha rinunciato (un vecchio amore, un percorso di studi o di carriera, l'indipendenza…) la incalza sempre di più. Guidando la macchina, un giorno, ha la visione di perdere il controllo del veicolo e di investire e uccidere persone innocenti. Ne deduce la sua inaffidabilità. Da quel momento sviluppa la paura delle auto, della velocità e degli spazi aperti, che consentono movimento, corsa, velocità, libertà. Anche in questo caso il sintomo ha una funzione precisa. L'agorafobia di questa donna ha ottenuto, come l'ipocondria del ragazzo del caso precedente, due risultati:

1. i familiari sono salvi dall'aggressività della donna, perché
2. la donna si sente inaffidabile e pericolosa, quindi si pone sotto la tutela di persone ritenute da lei stessa affidabili.

Dunque, la fobia segnala al soggetto che la base della sua sicurezza è minacciata e lo è da lui stesso. Il ragazzo identifica la sua sicurezza nell'amore per la madre, la donna nella devozione alla famiglia. L'ansia segnala loro che questa sicurezza è minacciata e che sono loro stessi, coi loro pensieri, a mettere a rischio l'equilibrio del sistema.

Il fobico ha dunque paura nel momento in cui vede minacciata la base sicura (il "sistema" dentro il quale vive); e maggiormente ha paura se intuisce che è lui stesso, coi suoi desideri conflittuali, più o meno coscienti, a minacciare questa base. Egli prova paura e la paura inibisce e blocca la sua volontà, responsabile dell'attentato alla sicurezza, propria e altrui.

In senso lato, l'ansia deriva dalla capacità di mettere in relazione quattro elementi intrinseci: 1) le *intenzioni malevole* più o meno esplicite nei confronti di una relazione fondamentale; 2) la *colpa* per quelle intenzioni; 3) la *privazione*, per colpa, di quella relazione fondamentale; e 4) la *riparazione* dell'equilibrio pregresso.

Per capire appieno il fattore simbolico intrinseco ad ogni fobia bisogna però padroneggiare il campo della metafora: il giovane che desidera la morte della madre può provare ansia al pensiero della sua morte, ma anche al pensiero dei propri momenti di solitudine, perché questi gli segnalano in modo simbolico l'assenza, la scomparsa della madre. Allo stesso modo, potrebbe sviluppare un'agorafobia e aver paura ogni volta che esce di casa da solo perché lo spazio aperto (il vuoto) e il suo procedere per le strade in perfetta solitudine gli suggeriscono, sebbene in modo indiretto, lo stesso concetto. Egualmente, se un giorno dovesse pensare al fatto che le persone anziane sono spesso soggette a morire di malattia, egli potrebbe sviluppare un'ipocondria attraverso il pensiero – ritorsivo – che lui stesso potrebbe morire molto prima della madre, e sviluppare allo stesso tempo una fobia per gli ospedali, i luoghi di degenza e magari gli aghi e altri strumenti medici.

Risulta ovvio che più l'individuo è dotato di un'intensa emotività e allo stesso tempo di un ricco sistema di relazioni simboliche, più è facile che, da una parte, intuisca e individui le infinite conseguenze dei suoi pensieri e, dall'altra, che rischi di sviluppare un reticolo di ansie, fobie e ossessioni che contrassegnano la presenza, nel suo inconscio, di pensieri pericolosi.