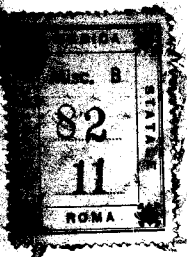


CLINICA REUMATOLOGICA DELL'UNIVERSITA' DI ROMA

DIRETTORE: PROF. T. LUCHERINI
SEZIONE PSICOSOMATICA

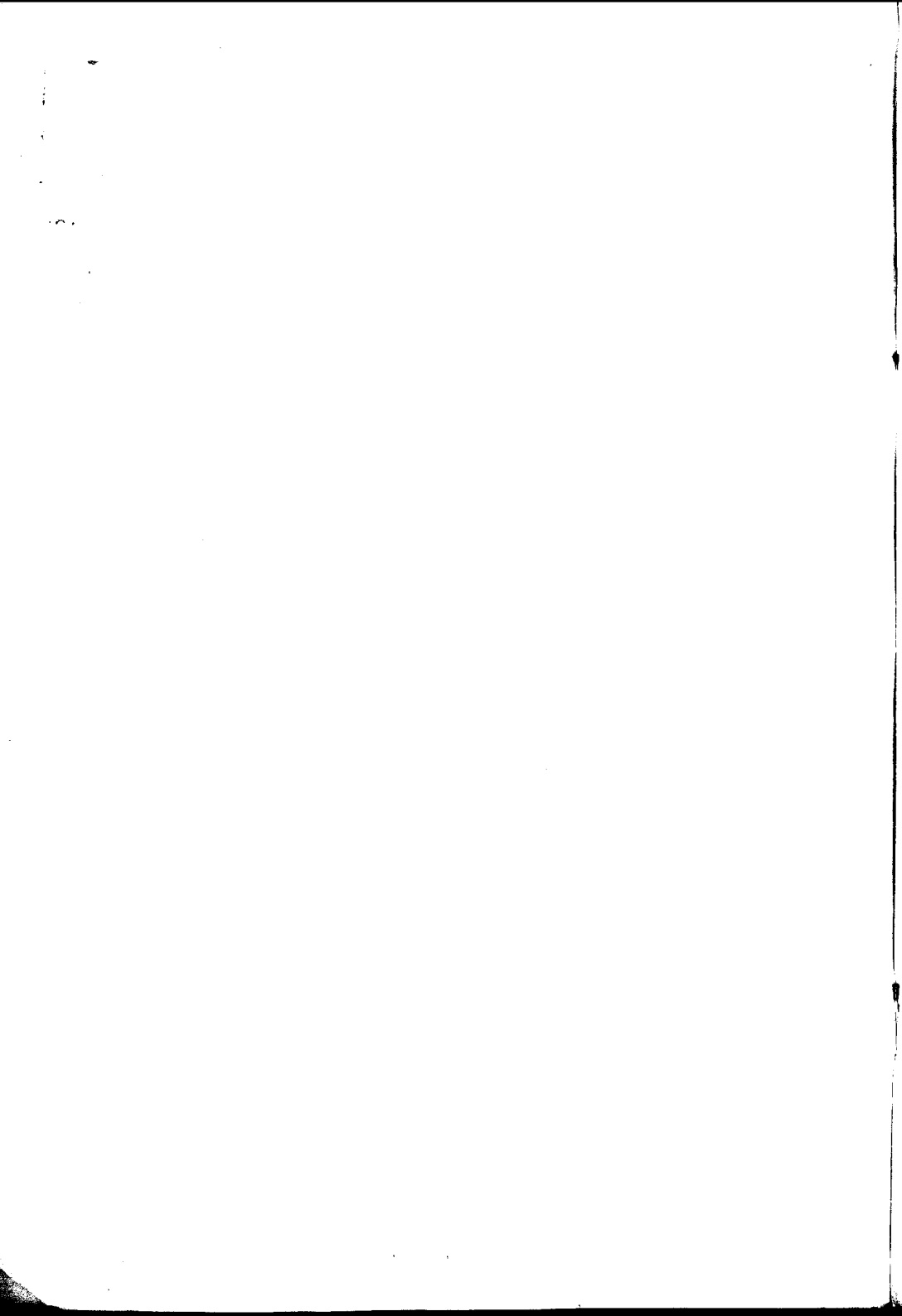


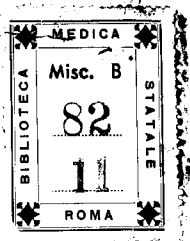
Studio psicoclinico degli spondilitici

FERRUCCIO ANTONELLI

LAURA SETZU

BRUNA BOUCHE'





Studio psicoclinico degli spondilitici

FERRUCCIO ANTONELLI

LAURA SETZU

BRUNA BOUCHE

Lo studio è stato compiuto su quattro pazienti, tutti di sesso maschile, di età tra i 23 e i 43 anni, di condizioni sociali simili (2 contadini, 1 barbiere, 1 ferroviere), 2 celibi e 2 coniugati con prole, malati da un periodo oscillante da 10 a 22 anni, ricoverati in Ospedale per parecchi mesi.

Nella letteratura psicosomatica internazionale, pur così ricca di lavori sul reumatismo e sull'artrite, non abbiamo trovato nessun lavoro sulla spondilite anchilosante. Tale sindrome viene talvolta ricordata, ma sempre accomunata all'artrite reumatoide, e comunque inquadrata tra le varietà della sindrome artritica.

Il nostro studio è stato basato su ripetuti colloqui con i pazienti, sull'osservazione del loro comportamento, sull'esame della loro anamnesi clinico-sociale raccolta secondo il sistema delle « life-cards » (*Antonelli*), sull'uso di alcuni tests psicodiagnostici (*Rorschach*, *T. A. T.*, *Koch*, *Banati-Fischer*, *Traube*, *Machower*) e infine sull'esame psicografologico, gentilmente eseguito per noi dalla grafologa Marianne Leibl, che pubblicamente ringraziamo.

APPROCCIO - ELEMENTI DEI COLLOQUI

Si è cercato di conquistare la simpatia e la fiducia dei pazienti, quasi tutti ben poco entusiasti di essere sottoposti agli esperimenti dei vari ricercatori, e quindi in una posizione iniziale di diffidenza o almeno di non collaborazione. Non era certamente questa la condizione migliore per sottoporli ad un obiettivo studio psicologico. Inoltre i ripetuti colloqui servirono ad « aprire » i diversi soggetti, a dar loro la fiducia nei sanitari che si interessavano ai loro casi, oltre che, naturalmente, a rivelare interessanti aspetti della loro personalità.

Gli argomenti toccati con maggiore attenzione sono stati l'amore e il lavoro.

Nessuna reale rassegnazione per il fatto che la rigidità dorso-cervicale e i dolori inibiscano naturalmente la conquista sessuale. All'attività sessuale vera e propria questi pazienti non rinunciano, ma, celibi o coniugati che siano, da essa non traggono che un'effimera soddisfazione. L'argomento è per loro difficile e sgradito, come se si trattasse di una attività che, più delle altre, evidenzia la loro malattia a tutto scapito della loro felicità. D'altro canto, il vedersi frenati nella

realizzazione di un istinto, provoca negli spondilitici un senso di ribellione per cui essi cercano di compensare la riduzione della loro psicosessualità con un comportamento aggressivo, violento, dispotico, falsamente autoritario; essi diventano pretenziosi e tiranni nei limiti del loro ambiente, solo perchè non hanno una serenità affettiva e produttiva che li soddisfi e li sostenga. Psicosessualmente, essi hanno le caratteristiche dell'impotente.

Per ciò che riguarda il lavoro, invece, pur essendo anche questo in gran parte compromesso e persino precluso, la loro reazione al riposo forzato non è affatto aggressiva. Infatti, in campo sessuale la ricerca di una soddisfazione che è prettamente emotiva e personale, dipende esclusivamente dal soggetto; nel campo del lavoro invece, dove la soddisfazione consiste nel produrre per guadagnare e vivere, quando questi due fini ultimi sono in realtà ugualmente raggiungibili grazie al contributo di altri, la soddisfazione viene trasferita nell'esaudire le proprie aspirazioni incaricando qualcuno a produrre per chi non può. Tale richiesta di aiuto ha però il carattere della pretesa, per cui lo spondilitico si pone in una posizione psicologica caratteristica: pretende un aiuto, mentre si trastulla in un fatalismo infantile. Si potrebbe dire che lo spondilitico « nevrotizza » la sua malattia, e cioè se ne approfitta, più o meno inconsciamente, con lo stesso masochismo che è la caratteristica dominante della « nevrosi reumatica ». Ecco perchè dai tests risulta una scarsa volontà lavorativa: in effetti, questa volontà si è atrofizzata non appena il soggetto ne ha considerata l' inutilità. Il lavoro è un lusso che lo spondilitico non si può permettere perchè troppo lesivo per la sua nuova economia psicologica.

COMPORTAMENTO

Per ciò che riguarda la condotta, è interessante soffermarci sulla « socievolezza » degli spondilitici. Si è già accennato alla loro aggressività e ciò basterebbe a confermare un cattivo rapporto con la società. Ma si è anche visto che lo spondilitico non si allontana dal mondo (come potrebbe fare un tísico il quale nel mondo stesso non vede altro che nemici desiderosi di sfuggirgli), ma, pur senza vivere la vita della società, la osserva e la segue, pronto a sfruttare la propria con-

dizione di incapacità lavorativa allo scopo di garantirsi un sostegno economico e una soddisfazione morale di autovalorizzazione: cioè lo spondilítico non abbandona il mondo perchè riconosce di dipendere dal suo buon cuore, ma resta violentemente aggressivo verso quelle persone che non gli possono essere utili o che non lo considerano su quel piedistallo d'importanza su cui il malato crede di trovarsi per il semplice fatto di sentirsi autorizzato a vivere con il lavoro degli altri.

Ecco perchè lo spondilítico non ha amici, nè maschi nè femmine, non accetta confidenze perchè queste rischierebbero di scoprire il suo gioco, non ama la protezione di una o di poche persone perchè è abbastanza orgoglioso e affettivamente atrofizzato da rifiutare una posizione di dipendenza economica o affettiva; mentre è lieto di far gruppo attorno a sè, di sentirsi al centro d'un ambiente, soddisfacendo così la sua vanità e, insieme, giustificando, con l'interesse che si vede capace di destare attorno a sè, la sua fittizia posizione di superiorità.

Lo spondilítico è tenace fino alla testardaggine, è chiuso e diffidente. E' ipocondriaco, con delle preoccupazioni di salute che sono tanto forti da elidere quelle sociali. La sua carica aggressiva verso la società, carica sostenuta da un senso di invidia per l'ingiustizia di una sorte che ha colpito lui solo, risparmiando tanti altri, lo porta ad approvare apertamente persino gli atti delittuosi della cronaca nera, pur restando, in pratica, su un piano morale del tutto corretto: i nostri pazienti erano tutti di basso livello sociale, eppure da nessuno abbiamo udito espressioni volgari o bestemmie o racconti di azioni socialmente disapprovabili.

Parlando con uno spondilítico sul suo modo di vedere il mondo, si ha l'impressione che tra lui e la società esista come un muro, per cui nessun rapporto è possibile se non in via indiretta. Lo spondilítico non è un eremita, ma sta tra la gente solo perchè, se non ci stesse, si sentirebbe peggio. Il mondo dello spondilítico è ristretto ai limitati confini di un piccolo ambiente: il paziente guarda e considera solo chi sente di poter in qualche modo dominare, ma non alza gli occhi al di sopra di tale esiguo gruppetto di persone, nè tanto meno si eleva ai problemi della politica, della religione, dello sport, della vita.

Il muro tra lui e la società, la diffidenza tenace che gli fa temere tutti e tutto, la tipica reazione d'allarme per cui pare star sempre col fucile spianato, la riluttanza a sfogarsi, la fuga da ogni confidenza, la sensazione di essere strano, malato, compreso, diverso, sono caratteristiche psicologiche che abbrutiscono la personalità, facendola regredire ad una situazione primitiva, atrofizzano l'affettività, deprimono l'umore.

Superato come abbiamo visto, il problema del lavoro, resta l'uomo e il malato, e cioè i suoi rapporti con la donna e con il medico. Un paziente ci diceva di aver avuto tre amanti e di essere stato lasciato da tutte e tre perchè lo avevano trovato egoista, sadico, « orso », interessato, freddo, violento, incontentabile, di continuo malumore, « impossibile ». Un altro ha dichiara-

rato la sua aggressività contro un medico dicendo di odiarlo perchè invece di curarlo lo torturava, e deridendolo perchè sarebbe stato tanto ingenuo da non capire l' inutilità delle cure nel suo caso.

Dopo tanti anni di malattia, che poi sarebbero tanti anni di dolore e di delusioni terapeutiche, lo spondilítico trasforma gradatamente il proprio psichismo. Qui è necessario ricordare che la psicologia di un soggetto, e specialmente di un malato, non è un quadro caratteristico e costante: pur seguendo un abituale cliché reattivo, lo psichismo è quanto mai dinamico e mutevole, sempre naturalmente nei limiti di una tipologia caratterologica. L'abbiamo già visto nei tubercolotici, in cui la depressione secondaria che li caratterizza passa, col passar degli anni di sanatorio, da uno stadio violento e antisociale, ad uno asociale e compensato con interessi sostitutivi, fino ad uno speculativo (in senso filosofico od economico) in cui l'individuo, quasi trasformato, idealizza se stesso per riavvicinarsi alla società sotto diverse spoglie e con diversi interessi. Lo spondilítico, che negli anni giovanili della sua vita può assumere talvolta l'aspetto di un esasperato ribelle contro un destino-malattia da cui, innocente, è stato condannato, e contro cui, invano lotta e protesta, quando diventa più anziano, più maturo, più padrone di sè, più consapevole dei reali valori della vita, in una parola quando ha capito che si può essere vivi e vitali pur essendo malati ed inabili, allora fa scaturire dal suo dramma una filosofia spicciola ma convincente, per cui si atteggiava a uomo vissuto, sempre pronto a guidare, consigliare, educare il prossimo, vestendo ogni parola del manto dell'esperienza, convinto che niente come il dolore fa conoscere a fondo la vita. Da questa nuova attività — che obbiettivamente presenta gli aspetti puerili di una fantasia non sempre coerente, quali solo possono nascere da una scarsa cultura — deriva allo spondilítico quasi un nuovo motivo di vita: egli fa del suo corpo e delle sue condizioni il mezzo per elevarsi sull'ambiente, esce quasi dalla sua personalità, lesa nel fisico e scossa nella psiche, per mettersi nei panni degli altri, catechizzando e consigliando, spesso con effettivo buon senso, talvolta con la presunzione di poter venire a capo di qualunque problema pur senza averne la competenza. Questo spondilítico è fermamente convinto della verità d'ogni asserto che dà in buona fede, e arriva al punto di lottare per la realizzazione dei suoi desideri. C'è stato un periodo, in corsia, in cui diversi malati si rifiutarono anche vivacemente a certi trattamenti; si è poi scoperto che venivano messi su dal più anziano degli spondilítici, che pure era considerato il più remissivo e il più trattabile di tutti: questi infatti aveva loro dimostrato a modo suo, convincendoli, l' inutilità di certe cure.

PSICOTERAPIA

Tralasciamo di riportare per esteso i protocolli dei vari tests psicodiagnostici (*Rorschach*, *T. A. T.*, *Koch*, *Banati-Fischer*, *Traube*, *Machower*) e degli esami psi-

cografologi (M. Leibl), le cui conclusioni sono state già riferite.

Accenniamo brevemente a due interessanti argomenti riguardanti questo studio: la psicoterapia e i rapporti tra la psicologia dello spondilite e quella dell'artrite reumatoide.

Una diffidenza della portata di quella riscontrata negli spondilitici è un ostacolo, almeno iniziale, all'approccio e ai risultati della psicoterapia. Tale trattamento è però — benché di assai difficile applicazione — quanto mai consigliabile. Infatti, una volta creato il necessario « transfert », o, per non usare un termine considerato troppo strettamente psicoanalitico, un certo « relais », il medico si troverà di fronte ad una psiche in evoluzione, e quindi tutt'altro che rigida, davanti ad una personalità che, pur avviandosi per una china psicopatologica, psicopatologica non è ancora. Anche in questi malati, come in molti nevroumatici e in alcuni artritici, abbiamo provato un trattamento rilassante pre-psicoterapeutico, a base di neuropsicologici, su cui riferiamo in altra sede.

RAPPORTI CON L'ARTRITE

Nei confronti dei pazienti affetti da artrite reumatoide, quelli colpiti da spondilite anchilosante, la quale con la prima ha tanti punti in comune da non essere ritenuta da certi Autori un'entità nosologica indipendente, si nota che dal punto di vista psicologico e caratterologico una differenza tra i due gruppi di malati esiste in senso quantitativo e anche qualitativo. In linea generale possiamo dire che lo spondilitico è più depresso e più aggressivo dell'artritico; ma osservando più a fondo gli elementi di questo rapporto, troviamo che lo spondilitico presenta, a differenza dell'artritico, una più intensa partecipazione psichica al processo morboso organico, partecipazione che si manifesta con una più forte carica aggressiva talvolta persino violenta verso la società, una forte vanità di tipo puerile che compensa la depressione secondaria alla malattia e alle difficoltà di vita e di lavoro da questa derivate, una maggiore ipocondria, una atrofia dell'affettività, della volontà e della socievolezza; una situazione permanente di insoddisfazione generale appena appena compensata da un tentativo di sfruttamento speculativo e nevrotico della malattia e da un certo senso di fatalismo per l'avvenire basato sulla speranza e sulla pretesa dell'aiuto altrui.

RIASSUNTO

A cura del Dr. Antonelli, con la collaborazione delle Dottorese Setzu e Bouché, la Sezione Psicosomatica della Clinica Reumatologica dell'Università di Roma ha studiato l'aspetto psicologico e psicosomatico degli spondilitici.

Gli elementi più interessanti e più comuni nella caratterologia di questi malati, quali sono risultati da un accurato esame psicologico e dall'uso di vari tests psicodiagnostici, sono:

1) Affettività inibita dal dominante cattivo umore, fino a risultare o atrofizzata nel senso di insensibilità più o meno accentuata verso uomini e cose, o regressa verso atteggiamenti infantili di tipo angosciato o depresso; tale ritiro della libido porta anche ad una costante insoddisfazione sessuale.

2) Depressione secondaria, tanto più evidente in quanto la personalità pre-morbosa, ricostruibile attraverso l'anamnesi, era ambiziosa, dinamica, sicura, iperattiva. Tale depressione è costante, è sempre orientata verso una violenta aggressività da cui derivano: irascibilità, « carattere difficile », scarsa o nulla socievolezza, opposizione, testardaggine, tendenza al negativismo, insicurezza, ribellione.

3) Notevole ipocondria, con preoccupazioni di salute tanto forti da elidere quelle di carattere sociale: scarsa voglia di lavorare e scarso rendimento, mancanza di desideri e di programmi, quasi incoscienza per ciò che riguarda il futuro, rassegnazione e fatalismo sul tipo del capriccio (e cioè: « lo sto male, pazienza, ma ho diritto a farmi mantenere ed obbedire da chi sta bene e può lavorare anche per me »). Siccome spesso la società non soddisfa tali esigenze, gli spondilitici diventano sfiduciati ed ulteriormente depressi e asociali, mentre, conservando un buon senso pratico e una discreta capacità di adattamento, accentuano consciamente il quadro della propria incapacità, imponendosi con un comportamento sempre più aggressivo.

Dal punto di vista caratterologico, lo spondilitico è simile all'artritico, differenziandosi da questo solo in senso quantitativo: è più depresso e più aggressivo. Conseguenza terapeutica e prognostica, sempre dal punto di vista psicopatologico, è quindi una maggiore difficoltà di ogni trattamento psicoterapeutico, che però è quanto mai indicato.

BIBLIOGRAFIA

LUCHERINI T. e CERVINI C. - La spondilite anchilosante - Ed. EMES, Roma, 1955.
LUCHERINI T. e CECCHI E. - Le malattie reumatiche - Ed. Valardi, Milano, 1955.
LUCHERINI T. - Reumatismo, malattia sociale - Ed. INAM, Roma, 1955.
ANTONELLI F. - Fondamenti e prospettive della medicina psicosomatica - Ed. Universo, Roma, 1952.
ANTONELLI F. e SECCIA M. - Psiche e tbc. - Ed. Ist. Med. Soc., Roma, 1955.

ANTONELLI F. - Il reumatismo psicosomatico - Ed. Universo, Roma, in corso di stampa.
ANTONELLI F. - La nevrosi reumatica - Policlinico, 59: 1669, 1952.
ANTONELLI F. - Fattori emotivi nel decorso delle malattie reumatiche - Min. Med., 44: 475, 1953.
ANTONELLI F. - Psicogenesi delle nevrosi - Gazz. Int. Med. Ch., 25: 53, 1954.
ANTONELLI F. - Linguaggio reumatico di alcune nevrosi - Athena, 21: 101, 1955.
ANTONELLI F. e CASANTINI U. - La clorpromazina nella pratica reumatologica - Med. Psicos., n. 1, 1955.

46301

