

# Atteggiamenti posturali del rachide e interiorizzazione delle relazioni interpersonali

Laura Marrucci, Gerardo Bartocci, Vezio Ruggieri

## Introduzione

Questo studio intende valutare l'ipotesi di una relazione tra l'introietto, inteso come il precipitato intrapsichico dello scambio interpersonale, e la patologia rachidea.

La variabile "introietto" è stata rilevata per mezzo del questionario di autovalutazione ANINT A-8 di Lorna Smith Benjamin e Pio Scilligo, somministrato ad un campione di 162 soggetti (58 maschi, 104 femmine).

Medici specializzati hanno effettuato la valutazione ortopedico-clinica del gruppo di controllo, clinico-radiografica per il gruppo sperimentale.

I risultati dell'analisi statistica sembrano confermare l'ipotizzata relazione tra le due variabili.

In sintesi: i soggetti con postura scoliotica (scoliosi e atteggiamento scoliotico) rispetto al gruppo di controllo mostrano punteggi inferiori di spontaneità, amore verso sé e autocontrollo.

I ragazzi con postura ipercifotica hanno punteggi di amore verso il sé, autosostegno e autocontrollo superiori alla norma.

Il concetto di introiezione al quale si è fatto riferimento nel presente lavoro risulta chiaramente formulato nella descrizione del questionario che abbiamo utilizzato per rilevare la variabile "introietto".

Secondo gli Autori del questionario "... la superficie introietto rappresenta quello che la persona interiorizza come risultato del rapporto tra Altro e Sé e riflette i principi di azione relazionale verso se stesso. Si può pensare che vengano introiettati non soltanto i principi di azione, ma anche modificazioni delle superfici Altro e Sé, in modo che si può parlare della presenza intrapsichica di veri e propri processi relazionali; essi si possono cogliere nel dialogo interno di cui ognuno ha esperienza" (Scilligo e Benjamin, 1988).

In termini operativi il questionario rileva il comportamento intra-personale, cioè il comportamento diretto verso il sé; comportamento che, secondo le premesse teoriche degli Autori, risulta dall'introiezione del modo in cui si è stati trattati nelle proprie relazioni significative (Benjamin, 1974).

Il questionario "introietto" deriva e fa parte di un modello più ampio, il Modello ASCI (Analisi Strutturale del Comportamento Interpersonale), che nel suo complesso si focalizza su tre aspetti, tre "punti di vista" dai quali è possibile osservare e studiare lo scambio interpersonale: il comportamento di colui che inizia l'"azione" - comunicativa -, il comportamento di colui che "risponde" a questa, il risultato intrapsichico - o "introietto"- di tale scambio comunicativo.

Questi tre aspetti sono legati tra loro da rapporti di "complementarità" e "corrispondenza". I primi due aspetti sono tra loro complementari. Si ipotizza che in una relazione asimmetrica, come quella genitore figlio, se il genitore si propone abitualmente con certe modalità, ad esempio di controllo, la risposta del bambino al genitore sarà con buona probabilità complementare a queste, e quindi, nel caso dell'e-

---

Laura Marrucci  
*Psicologo - Roma*  
Gerardo Bartocci  
*Docente di Ortopedia e Traumatologia, Università "La Sapienza" - Roma*  
Vezio Ruggieri  
*Docente di Psicofisiologia Clinica, Università "La Sapienza" - Roma*

Tabella 1

**Media e deviazione standard degli otto cluster (variabile dipendente) negli otto gruppi (variabile indipendente)**

Gruppi	N°	Media Cluster								Deviazione standard							
		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8
SCF	24	4.5	6.1	6	6.6	5	2.5	2	2.6	1.4	1.8	1.4	1.3	1.6	1.7	1.3	1.5
ASF	25	4.6	5.8	5.2	6	4.2	2.5	1.8	2.2	1.3	1.7	1.7	1.8	1.3	2	1.7	1.3
ASM	13	4.2	5.9	6.5	6.3	5.2	1.7	1.6	2.6	1.1	2.3	2.5	1.5	1.3	2.2	2	1.8
DCCM	14	4.8	6.4	6.7	6.5	5.4	1.8	1.3	3.3	1.5	1.7	1.7	1.5	1.5	1.3	1.4	2.5
IPM	14	4.6	6.2	6	7.2	5.8	2.4	1.7	3.3	1.3	1.7	1.2	1.1	1.2	1.7	1.5	1.8
IPF	10	5.9	6.5	6.4	6.7	5.1	2.8	2.2	3.3	0.8	1.8	1.9	1.6	1.7	1.6	1.3	1.5
NOF	45	5.3	6.5	6.3	6.3	5	2.1	1.7	2.4	1.5	1.5	1.7	1.6	1.4	1.7	1.8	1.5
NOM	14	4.7	5.5	4.9	5.8	5	2.5	2.4	3.3	1.4	1.8	1.7	0.9	1.6	2.7	2.6	1.5

Legenda delle sigle utilizzate per indicare i gruppi:

SCF = scoliosi femmine

ASF = atteggiamento scoliotico femmine

ASM = atteggiamento scoliotico maschi

DCCM = dorso curvo cifotico maschi

IPM = ipercifosi maschi

IPF = ipercifosi femmine

NOF = normorachide femmine

NOM = normorachide maschi

semplio, adoterà un comportamento sottomesso. Il terzo aspetto (quello che noi abbiamo rilevato) è invece "corrispondente" rispetto al primo. Si ipotizza cioè che il bambino si comporterà con se stesso così come il genitore si è comportato con lui. Continuando con l'esempio precedente, in questo caso si ipotizza che quel bambino terrà nei suoi propri confronti un comportamento di controllo.

Il modello quindi prevede che, se particolari modalità comunicative che si realizzano nel contesto di relazioni significative si ripetono abitualmente, nel tempo si struttureranno come veri e propri "abiti mentali" (introietti). Tali modalità, che sono veicolate e prendono forma nella gestualità corporea che le esprime, a nostro avviso nel tempo si struttureranno come una sorta di "abito" anche a livello corporeo.

Dal nostro punto di vista, la postura dismorfica rappresenta il modo in cui quel particolare individuo ha organizzato spazialmente la sua "presenza", ciò è il risultato di un processo, di un movimento in cui l'asse spinale svolge una funzione biomeccanica fondamentale, ma che ha come necessaria premessa e conseguenza del suo divenire la rappresentazione che l'individuo ha di Sé, dell'altro, di Sé e dell'altro nella relazione (Ruggieri e Fabrizio, 1994).

## Soggetti e metodo

Il campione è costituito da 162 soggetti, di cui 58 maschi e 104 femmine, tutti studenti di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, distribuiti in base alla valutazione ortopedica nei sottogruppi riportati in tabella 1.

Il questionario di autovalutazione ANINT A-8 "Introietto" di Benjamin e Scilligo è stato somministrato a tutti i soggetti, previo ascolto di un nastro informativo che aveva la funzione primaria di fornire a tutti gli stessi dati rispetto alle modalità di compilazione e all'oggetto di studio della ricerca.

## Risultati

### ANOVA

L'analisi della varianza a due fattori – Fattore A = sesso, con due modalità: maschio, femmina; Fattore B = dismorfismo, con tre modalità: atteggiamento scoliotico (AS); ipercifosi (IP), normorachide (NO) – ha evidenziato alcune differenze statisticamente significative tra i gruppi.

Non sono stati inseriti: dorso curvo cifotico (DCCM) e scoliosi (SCF) perché manca il gruppo corrispondente nell'altro sesso.

Sono risultati significativi:

#### CLUSTER 1: "sono spontaneo"

Fattore A (F = 7.276)	G. L. = 1.115	P = .008)
Fattore B (F = 3.161)	G. L. = 2.115	P = .04);

#### CLUSTER 3: "mi amo, mi avvicino"

Interazione A B (F = 4.859)	G. L. = 2.115	P = .009)
-----------------------------	---------------	-----------

#### CLUSTER 5: "mi controllo, mi limito"

Fattore A (F = 4.335)	G. L. = 1.115	P = .03)
-----------------------	---------------	----------

Per l'analisi che segue, si è reso necessario l'uso del t-test perché i gruppi differenziati rispetto alla variabile "sesso" e "dismorfismo" risultavano numericamente piccoli, tanto da non giustificare l'uso del test ANOVA.

Sono risultati significativi:

#### CLUSTER 1: "sono spontaneo"

SCF-NOF (t = - 2.108)	G. L. = 67	P = .03)
ASF-NOF (t = - 1.931)	G. L. = 68	P = .05)
IPF-IPM (t = 2.736)	G. L. = 22	P = .01)

#### CLUSTER 3: "mi amo, mi avvicino"

ASF-NOF (t = - 2.547)	G. L. = 68	P = .01)
DCCM-NOM (t = 2.617)	G. L. = 27	P = .01)
NOF-NOM (t = 2.548)	G. L. = 57	P = .01)

#### CLUSTER 4: "mi sostengo, cerco il meglio"

IPM-NOM (t = 3.278)	G. L. = 26	P = .003)
---------------------	------------	-----------

#### CLUSTER 5: "mi controllo, mi limito"

ASF-NOF (t = - 2.526)	G. L. = 68	P = .01)
ASF-ASM (t = - 2.396)	G. L. = 36	P = .02)

Abbiamo infine ripetuto i confronti tra ipercifosi maschi e femmine (IPM e IPF) e normorachide maschi e femmine (NOM e NOF), e tra dorso curvo cifotico maschi (DCCM) e normorachide maschi (NOM), escludendo dal gruppo di controllo i soggetti che portano o hanno portato in passato apparecchi ortodontici (la sigla NOMN indica il gruppo normorachide maschi in cui nessuno ha mai portato apparecchi ortodontici). Questo al fine di rendere più omogeneo il gruppo di controllo, in quanto la letteratura riporta correlazioni tra ipercifosi e malocclusioni dentali (Capurso e Pradella, 1987; Esposito e Meersseman, 1988; Gatti Colangelo et al., 1990).

Sono risultati significativi:

#### CLUSTER 4: "mi sostengo, cerco il meglio"

IPM-NOMN (t = 3.436)	G. L. = 22	P = .002)
----------------------	------------	-----------

#### CLUSTER 5: "mi controllo, mi limito"

IPM-NOMN (t = 2.015)	G. L. = 22	P = .05)
----------------------	------------	----------

## Conclusioni e commento

L'ipotesi di una relazione tra dismorfismi del rachide ed introietto sembra confermata dai risultati ottenuti. Essi confortano inoltre la plausibilità della lettura su cui la suddetta ipotesi si basa, che vede gli atteggiamenti abituali del corpo coinvolti in un circuito di feedback continuo con l'immagine che l'individuo ha di sé (Ruggieri e Fabrizio, 1994).

I risultati che commenteremo si riferiscono ai confronti statistici effettuati tra i gruppi dei soggetti "dismorfici" presi uno ad uno, ed il gruppo di controllo, costituito da soggetti normorachidei.

Il primo dato riguarda le femmine scoliotiche, che si descrivono come meno spontanee (Cluster 1 "sono spontaneo") delle ragazze normorachidee. Similmente alle scoliotiche, risultano meno spontanee delle coetanee normorachidee e anche le ragazze con atteggiamento scoliotico che inoltre evitano il contatto con se stesse e si amano e si controllano meno della norma; infatti la media ai cluster 3 "mi amo mi avvicino" e 5 "mi controllo mi limito" è più bassa di quella del gruppo di controllo.

A questo punto, prima di introdurre la nostra interpretazione psicofisiologica, vogliamo ricordare che il presente lavoro intende innanzitutto proporre un'idea, un'ipotesi che mira a colmare il "salto" tra il livello meccanico e quello psicologico gestuale. Pertanto la torsione scoliotica, così come l'accentuazione della curvatura cifotica, saranno interpretate come il risultato di un processo, il residuo, strutturato nel corpo, di differenti gesti relazionali ad importante significato emozionale (abbracciare, allontanare, stringere, ecc.), che sono stati impediti nel loro spontaneo svolgimento spazio-temporale.

In questa prospettiva l'"avvitamento" impresso nella postura scoliotica, che appare sia nelle ragazze con scoliosi vera che in modo meno evidente anche nelle ragazze con atteggiamento scoliotico, potrebbe suggerire l'idea della espressione plastica assunta da un sentimento di evitamento.

Se consideriamo la risposta di questi due gruppi al questionario in rapporto agli atteggiamenti posturali presentati, possiamo dire che la patologia rachidea espressa è una sorta di metafora di questa problematica.

Applicando i presupposti teorici descritti nell'introduzione allo specifico caso delle ragazze scoliotiche, possiamo supporre una relazione con le figure significative caratterizzata da mancanza di assertività e separatezza, forse con elementi di trascuratezza e dimenticanza; una relazione dalla quale la ragazza ha difficoltà a rendersi autonoma. Il sentimento di evitamento che abbiamo intravisto nella postura scoliotica potrebbe allora trarre origine da questa particolare configurazione relazionale.

Nelle ragazze con atteggiamento scoliotico quella stessa relazione, oltre agli aspetti suddetti, è ulteriormente connotata da mancanza di cura, vicinanza e controllo, dove all'incapacità di separarsi può associarsi l'incapacità di accettare aiuto e controllo.

Per quanto riguarda la patologia vertebrale, questi due gruppi si differenziano per la diversa rigidità e gravità della curva e per la variabile esterna "corsetto".

Questo evidente ed ingombrante indicatore della malattia dell'adolescente in trattamento ortopedico, in realtà coinvolge per anni non soltanto il soggetto che lo indossa, ma anche i rispettivi genitori, in una terapia che richiede un impegno costante, facendo così il suo ingresso all'interno del sistema familiare.

A nostro avviso ciò modifica sostanzialmente anche l'assetto relazionale precedente, ed il corsetto, oltre a rappresentare di per sé un importante strumento di controllo e di contenimento, può divenire vettore di uno scambio improntato ad una maggiore cura e controllo.

Cura e controllo che nella condizione di atteggiamento scoliotico non vengono "prescritti" dall'ortopedico, e di cui le ragazze con atteggiamento scoliotico da noi esaminate sembrano denunciare la mancanza.

Per quanto riguarda i soggetti ipercifotici, questa ricerca ha rilevato variazioni rispetto alla norma solamente nei maschi.

Il punteggio al cluster 3 "mi amo mi avvicino", risulta più alto nei ragazzi con dorso curvo cifotico. Questi soggetti tendono cioè a cercare fortemente un contatto con sé stessi, esprimono una forte tensione a "cercarsi".

All'aggravarsi della curva cifotica (nel passaggio dal dorso curvo alla ipercifosi grave) corrisponde un introietto caratterizzato dalla differenza, rispetto alla norma, di due clusters: il 4 "mi sostengo, cerco il meglio" e il 5 "mi controllo, mi limito", che mostrano in questi soggetti punteggi superiori.

Sulla superficie tracciata dalla rappresentazione grafica del Modello ASCI il passaggio dal cluster 3

al cluster 5 disegna uno spostamento verso la dimensione del controllo.

I dati riportati evidenziano autoprotezione, autosostegno, autoregolazione e inibizione superiore a quella indicata dal gruppo dei ragazzi normorachidei.

Questo introyetto, secondo il modello interpretativo al quale facciamo riferimento, origina da una relazione in cui il comportamento dell'"altra persona significativa" è caratterizzato da protezione e controllo, ed il comportamento di risposta atteso è di dipendenza, deferenza e sottomissione.

Queste caratteristiche, secondo una lettura simbolico-gestuale, sono in accordo con la postura ipercifotica ma, al tempo stesso, questa posizione ricurva su di sé potrebbe anche essere ricondotta alla forte tensione di autoprotezione ed autocontrollo che i soggetti ipercifotici dichiarano di rivolgere verso se stessi.

#### Bibliografia

- Bartocci G., Pesce Delfino F., Scoppa F., Pomante D., *Valutazione e trattamento dell'ipercifosi dorsale in età evolutiva*. La Ginnastica Medica Medicina Fisica e Riabilitazione, 1/2/3, 65-69, 1993.
- Bartocci G., Osti O.L., *Il trattamento ortopedico incruento della scoliosi idiopatica fra i 40 e i 50 gradi*. In: Atti IX Congresso nazionale G.I.S., Milano, 1986.
- Benjamin L.S., *Structural analysis of social behavior*. Psychological Review, 81, 5, 392-425, 1974.
- Capurso U., Pradella L., *Disfunzione stomatognatica e scoliosi vertebrale: indagine epidemiologica mirata*. Min. Ortognat., 5, 191-198, 1987.
- Esposito G.M., Meersseman J.P., *Valutazione della relazione esistente tra l'occlusione e la postura*. Il dentista moderno, 5, 87-105, 1988.
- Ferenczi S., *Introiezione e transfert* (1909). In: *Opere*. Ed. Cortina, Milano, Vol. I, 1989.
- Freud S., *Psicologia delle masse e analisi dell'Io* (1921). In: *Opere*, Vol. 9, Boringhieri, Torino, 1970.
- Freud S., *Pulsioni e loro destini* (1915). In: *Opere*, Vol. 8. Boringhieri, Torino, 1970.
- Gatti Colangelo G., Bartocci G., Festa F., Pomante D., Colasanto S., *Valutazione clinico-radiografica dei rapporti tra dorso curvo e malocclusione*. Mondo ortodontico, XV, 413-417, 1990.
- Greemberg J.R., Mitchell S.A., *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*. Ed. Il Mulino, Bologna, 1986.
- Klein M., *Il lutto e la sua connessione con gli stati maniacodepressivi* (1940). In: *Scritti* (1921-1958). Boringhieri, Torino, 1978.
- Olivetti Belardinelli M., *Identificazione e proiezione: natura e caratteristiche*. Ed. Cappelli, Bologna, 1971.
- Ruggieri V., *Mente, corpo e malattia*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1988.
- Ruggieri V., Fabrizio M.E., *La problematica corporea nell'analisi e nel trattamento dell'anoressia mentale*. Edizioni Universitarie Romane, Roma, 1994.
- Scilligo P., Benjamin L.S., *L'analisi strutturale del comportamento interpersonale (A.S.C.I.)*. In: Scilligo P. (a cura di) *Il circolo interpersonale*. Ed. Ifrep., Roma, 1988.
- Sullivan H.S., *Teoria interpersonale della psichiatria*. Feltrinelli, Milano, 1972.