

PATOLOGIA RACHIDEA E IMMAGINARIO RELAZIONALE

RUGGIERI V. (1), BARTOCCI G. (2), MARRUCCI L. (3), SCOPPA F. (4)

RIASSUNTO

Nel presente lavoro abbiamo cercato di valutare l'ipotesi di una corrispondenza tra forme di patologia rachidea e immaginario relazionale, il campione è costituito da 140 soggetti di sesso femminile, studentesse, di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, distribuito in base alla diagnosi ortopedica nei seguenti gruppi e sottogruppi : SCOLIOSI (curve da 15° a 30°) N= 31 (di cui : N = 11 scoliosi dorsale dx. lombare sn., N = 8 scoliosi dorsolombare dx., N = 9 scoliosi dorsale dx., N = 3 scoliosi lombare dx.) ; IPERCIFOSI (curve oltre i 45°) N = 21; PARAMORFIE (atteggiamento seoliotico e cifotico non strutturato) N = 22; CONTROLLO (normorachide) N = 36. I risultati della ricerca confortano la suddetta ipotesi mostrando differenze statisticamente significative tra i gruppi considerati. In particolare: le ragazze con scoliosi avvertono la propria madre come scarsamente presente nel custodirle e controllarle, propensa a protestare ed a prendere le distanze dalla ragazza stessa; pensano inoltre; di non lasciare alla propria madre la libertà di emanciparsi. Le ragazze con ipercifosi dorsale si percepiscono come sottomesse alla madre e propense ad adattarsi ai desideri di lei. Le ragazze con lievi modificazioni parafisiologiche del rachide si descrivono come poco aperte e trasparenti nel rapporto con la propria madre.

Parole chiave: Scoliosi, Ipercifosi Dorsale, Paramorfie, Relazioni Interpersonali, Immaginario relazionale

La colonna vertebrale, come è noto, svolge un ruolo fondamentale nella statica ed in alcuni movimenti del corpo; noi pensiamo che lo studio della attività della colonna possa e debba completarsi con l'analisi del significato psicofisiologico dei gesti e degli atteggiamenti posturali. Possiamo facilmente comprendere come non esista un atteggiamento posturale che non coinvolga in modo specifico la colonna, operando importanti sollecitazioni di statica e meccanica che ne modificano temporaneamente la forma. Lo studio ortopedico si sofferma essenzialmente sulle modificazioni morfologiche non considerando il contesto gestuale e di atteggiamento in cui possono comparire. Lo studio degli atteggiamenti posturali e relazionali è invece oggetto di studio della nostra disciplina, cioè la psicofisiologia clinica. Possiamo classificare gli atteggiamenti posturali nelle più ampie categorie di approach (avvicinamento) verso un ipotetico oggetto di relazione, di avoidance (evitamento) sempre nei confronti dell'oggetto di relazione, e di immobilizzazione (Gray 1972). Il primo punto del nostro ragionamento è che spesso i soggetti finiscono con l'assumere stabilmente un determinato atteggiamento importante. Per esempio, se il soggetto ha un atteggiamento di difesa-evitamento nei confronti di una persona che incontra abitualmente, tenderà ad assumere frequentemente l'atteggiamento di evitamento. E' implicito il fatto che gli atteggiamenti di approccio evitamento e

immobilizzazione sono resi possibili dalla attività della colonna vertebrale; anzi sono una funzione vera e propria della colonna. La colonna quindi non ha soltanto funzioni di statica e di equilibrio posturale, ma è centrale in alcuni movimenti aventi significato relazionale. Un argomento centrale del nostro modello psicofisiologico è che gli « atteggiamenti » possono in qualche modo « cristallizzarsi » protraendo in un tempo indefinito ciò che all'origine era un semplice movimento fasico (Ruggieri 1988). Altrove abbiamo descritto i meccanismi fisiologici muscolari attraverso i quali un soggetto mette in atto ciò che abbiamo chiamato essere la « cronicizzazione » di eventi psicologici (per approfondimento vedi Ruggieri 1988). Qui spostiamo il fuoco dell'attenzione sul complesso degli stimoli che possono provocare una risposta di atteggiamento posturale specifica. Gli stimoli più importanti sono ovviamente rappresentati dalla presenza di altri soggetti che entrano in relazione con l'individuo che risponde. Pertanto diventa centrale, ai fini dello studio delle trasformazioni della colonna, l'analisi delle relazioni interpersonali. Nel presente lavoro intendiamo fare un ulteriore passo avanti, esaminando non le relazioni obiettive che si instaurano tra due soggetti, ma il fenomeno della introiezione immaginativa di figure ad alto significato relazionale quale quella materna o paterna. Il punto ipotetico è che figure introiettate possono sollecitare risposte posturali come se fossero figure reali, e che tali atteggiamenti possono

1. DOCENTE DI PSICOFISIOLOGIA CLINICA, FACOLTÀ DI PSICOLOGIA. UNIVERSITÀ « LA SAPIENZA » DI ROMA.

2. DOCENTE DI ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA, FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA, UNIVERSITÀ « LA SAPIENZA » DI ROMA.

3. COLLABORATRICE CATTEDRA DI PSICOFISIOLOGIA CLINICA, FACOLTÀ DI PSICOLOGIA, UNIVERSITÀ « LA SAPIENZA » DI ROMA.

4. DOCENTE DI METODOLOGIA DELLA RIABILITAZIONE, D.U. FISIOTERAPISTA. FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA. UNIVERSITÀ « LA SAPIENZA » DI ROMA.

cronicizzarsi nel tempo. Infatti, secondo noi, ciò che la psicoanalisi chiama legame oggettuale può essere facilmente riscritto in termini psicofisiologici più precisi. Innanzi tutto ipotizziamo che figure significative possono effettivamente divenire veri e propri modulatori del comportamento di un individuo se si trasformano in rappresentazioni interne stabili. Altrove (Ruggieri 1993) abbiamo sostenuto che la percezione e l'immaginazione hanno in comune uno stesso substrato fisiologico: il sistema è costituito dalla rappresentazione mentale prodotta dalla corteccia cerebrale. La rappresentazione mentale genitoriale secondo noi non è astratta (almeno in certe fasi dello sviluppo psicodinamico) ma concreta, e nei confronti di questa il soggetto può assumere una serie di altrettanto concreti atteggiamenti relazionali. A questo punto diventa fondamentale, per noi esporre l'ipotesi che sostiene che alcune « patologie » della colonna vertebrale possono essere il risultato di gesti « esagerati », cronicamente assunti dal soggetto come risposta a rappresentazioni mentali di figure interiorizzate. Pertanto, nel presente lavoro cercheremo di esaminare se soggetti affetti da diverse patologie o modificazioni parafisiologiche del rachide mostrino delle peculiari rappresentazioni dell'altro. In altri termini, senza poterne prevedere la direzione, noi ipotizziamo che i soggetti con dismorfie del rachide si differenzino dai soggetti normorachide in riferimento alle rappresentazioni relazionali introiettate che esamineremo secondo le griglie derivate dal modello A.S.C.I. (Analisi Strutturale del Comportamento Interpersonale) proposto da L.S. Benjamin (Benjamin 1974). Questa autrice ha elaborato una griglia di analisi delle relazioni interpersonali che esamina l'immaginario rappresentazionale del soggetto in riferimento a: 1) come il soggetto si rappresenta la figura significativa nel suo proporsi (Superficie « Altro di Altro ») e nel suo rispondere (Superficie « Se di Altro »); ed a 2) come il soggetto rappresenta sé stesso nel proporsi (Superficie « Altro di Se ») e nel rispondere all'altro significativo (Superficie « Sé di Sé »). La relazione significativa rilevata dal questionario ANINT, che deriva dal modello A.S.C.I., si colloca, nella

rappresentazione grafica di quest'ultimo, sul piano tracciato da due assi ortogonali tra loro: l'asse « affiliazione » e l'asse « interdipendenza ». L'asse affiliazione presenta ad una estremità il polo « amore » e all'altro l'« odio », mentre l'asse interdipendenza è compresa tra i due estremi « libertà » e « controllo ». L'incrocio di questi due assi definisce quattro quadranti, ognuno dei quali comprende otto clusters. Il comportamento dei due soggetti implicati nella relazione interpersonale indagata, può essere collocato in corrispondenza di uno dei clusters così definiti.

METODO E SOGGETTI

Il campione è costituito da 140 soggetti di sesso femminile, studentesse, di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, distribuito in base alla diagnosi ortopedica nei seguenti gruppi e sottogruppi: SCOLIOSI (curve da 15° a 30°) N = 31 (di cui: N = 11 scoliosi dorsale dx. lombare sn., N = 8 scoliosi dorsolombare dx., N = 9 scoliosi dorsale dx., N = 3 scoliosi lombare dx.); IPERCIFOSI (curve oltre i 45°) N = 21; PARAMORFIE (atteggiamento scoliotico e cifotico non strutturato) N = 22; CONTROLLO (normorachide) N = 36. Le ragazze con scoliosi e ipercifosi sono in trattamento con corsetto ortopedico da almeno un anno. Il gruppo di controllo, omogeneo a quello sperimentale per estrazione socio-culturale ed età, non presenta alcuna forma di patologia rachidea.

STRUMENTO DI MISURA

Per la misurazione delle rappresentazioni relazionali interne abbiamo utilizzato la versione ridotta dei quattro questionari di autovalutazione ANINT che rilevano l'immaginario del soggetto in riferimento a quattro aspetti: 1) come il genitore si propone nei confronti del soggetto (Superficie « Altro di Altro »); 2) come il genitore risponde al soggetto (Superficie « Sé di Altro »); 3) come il soggetto si propone al genitore (Superficie « Altro di Sé »); 4) come il soggetto risponde al genitore (Superficie « Se di Sé »).

	N	cl. 1 M	SD	cl. 2 M	SD	cl. 3 M	SD	cl. 4 M	SD	cl. 5 M	SD	cl. 6 M	SD	cl. 7 M	SD	cl. 8 M	SD
scoliosi destra	20	5,9	2,8	7,0	2,7	6,9	2,2	7,6	2,4	5,8	3,0	2,8	3,1	1,9	2,7	0,6	0,8
scoliosi doppia	11	6,0	2,0	8,0	1,7	7,0	2,3	8,0	1,6	5,6	2,6	2,6	2,6	0,6	0,8	0,3	0,8
ipercifosi	21	6,7	2,4	8,0	1,4	7,9	1,6	8,3	1,9	7,6	2,5	2,2	2,5	1,2	2,2	0,5	2,0
paramorfie	22	6,2	2,8	7,3	2,4	6,4	2,5	7,0	3,2	7,2	3,0	2,6	3,6	1,2	1,9	0,3	0,9
controllo	36	6,4	3,2	8,0	2,2	7,0	2,7	7,5	2,6	7,3	2,3	2,2	2,7	2,0	3,3	0,3	1,3

cl. = cluster

Tal). 1 - Media e Deviazione Standard dei cinque gruppi agli otto clusters (cl. 1 « liberare e dimenticare »; cl. 2 « Confermare e comprendere »; cl. 3 « Prendersi cura e consolare »; cl. 4 « Aiutare e proteggere »; cl. 5 « Custodire e gestire »; cl. 6 « Svalutare biasimare »; cl. 7 « Attaccare e rifiutare »; cl. 8 « Ignorare e dimenticare ») che si riferiscono alla superficie « ALTRO DI ALTRO » (Come il genitore si propone a me, vedi « strumento di misura »).

	N	cl. 1 M	SD	cl. 2 M	SD	cl. 3 M	SD	cl. 4 M	SD	cl. 5 M	SD	cl. 6 M	SD	cl. 7 M	SD	cl. 8 M	SD
scoliosi destra	20	4,3	2,5	7,8	1,9	7,6	2,4	5,6	2,6	2,5	2,3	2,3	1,8	1,3	2,3	1,7	1,8
scoliosi doppia	11	4,3	3,2	8,3	1,6	7,9	2,3	7,0	1,3	2,3	2,9	2,4	3,0	0,6	1,5	1,5	2,6
iperalsi	21	5,6	2,7	7,8	2,1	8,7	1,6	6,8	1,4	2,8	3,1	3,2	3,2	0,4	1,1	0,6	1,1
paramorfie	22	4,9	3,1	7,3	2,0	7,9	2,6	6,0	2,7	3,1	2,9	2,7	2,6	0,7	2,3	1,1	0,5
controllo	36	5,2	3,7	8,1	2,3	7,5	2,7	5,6	2,7	1,8	2,5	2,1	2,9	0,3	1,0	0,8	1,9

Tab. 2 - Media e Deviazione Standard dei cinque gruppi agli otto clusters (ci. 1 « Farsi avanti e separarsi » ; ci. 2 « Aprirsi ed esprimersi » ; ci. 3 « Avvicinarsi e gioire » ; ci. 4 « Fiducia e abbandono » ; ci. 5 « Deferenza e sottomissione » ; ci. 6 « Difensività e risentimento » ; ci. 7 « Protesta e distanziamento » ; ci. 8 « Chiusura e fuga ») che si riferiscono alla superficie « SE DI ALTRO » (Come il genitore risponde a me, vedi « slruimento di misura »).

	N	cl. 1 M	SD	cl. 2 M	SD	cl. 3 M	SD	cl. 4 M	SD	cl. 5 M	SD	cl. 6 M	SD	cl. 7 M	SD	cl. 8 M	SD
scoliosi destra	20	6,2	2,7	7,5	2,0	6,9	2,9	7,0	2,0	5,3	3,1	1,2	1,6	1,8	2,8	1,8	2,9
scoliosi doppia	11	7,0	2,6	7,2	2,4	7,0	3,0	7,1	2,6	3,6	2,6	1,0	1,8	1,9	2,1	0,8	1,6
ipercifosi	21	7,8	1,9	8,1	1,5	8,0	1,7	7,2	2,3	5,0	2,6	1,7	2,6	1,1	1,6	0,6	1,2
paramorfie	22	8,0	2,6	7,6	2,7	7,0	2,6	6,6	3,2	5,6	3,6	1,2	2,2	2,2	2,8	1,8	3,4
controllo	36	7,7	2,8	8,0	2,0	7,3	2,8	6,5	2,8	4,7	3,0	1,1	2,3	2,4	3,6	0,9	1,6

Tab. 3 - Media e Deviazione Standard dei cinque gruppi agli otto clusters (cl. 1 « Liberare e dimenticare » ; cl. 2 « Confermare e comprendere » ; cl. 3 « Prendersi cura e consolare » ; cl. 4 « Aiutare e proteggere » ; cl. 5 « Custodire e gestire » ; cl. 6 « Svalutare e biasimare » ; cl. 7 « Attaccare e rifiutare » ; cl. 8 « Ignorare e dimenticare ») che si riferiscono alla superficie « ALTRO DI SE » (Come io mi pronongo al genitore, vedi « strumento di misura »).

	N	cl. 1 M	SD	cl. 2 M	SD	cl. 3 M	SD	cl. 4 M	SD	cl. 5 M	SD	cl. 6 M	SD	cl. 7 M	SD	cl. 8 M	SD
scoliosi d<stra	20	5,6	2,9	7,4	2,8	8,4	1,6	5,8	2,8	2,8	2,4	3,9	3,3	1,3	1,7	2,4	2,2
scoliosi doppia	11	4,3	3,2	7,0	3,3	8,4	2,1	6,4	2,0	2,0	2,3	3,3	3,6	0,4	1,2	2,9	3,8
iperifosi	21	5,2	2,5	8,0	1,8	9,0	1,6	6,5	2,4	3,8	2,8	3,3	3,3	0,4	1,2	1,8	2,4
paTtiniorm	22	6,3	3,4	6,8	3,1	8,3	2,2	6,1	2,6	3,4	3,1	3,6	3,6	1,1	2,4	2,7	3,5
controllo	36	4,9	3,4	8,4	2,2	7,7	3,0	6,4	2,8	2,3	2,8	3,3	2,8	1,2	2,1	3,6	3,2

Tab. 4 - Media e Deviazione Standard dei cinque gruppi agli otto clusters (cl.1 «Farsi avanti e separarsi»; cl. 2 «Aprirsi ed esprimersi»; cl.3 «Avvicinarsi e gioire»; cl. 4 «Fiducia e abbandono»; cl.5 «Deferenza e sottomissione»; cl. 6 «Difensività e risentimento»; cl. 7 «Protesta e distanziamento»; cl. 8 «Chiusura e fuga») che si riferiscono alla superficie «SE DI SE» (Come io rispondo al genitore, vedi «strumento di misura»).

Cluster 3 «Prendersi cura e consolare»		
Iperc.-Para.	t = 2.3	P = .02
Cluster 5 «Custodire e gestire»		
Contr - Sc. Dp.	t = 2.0	P = .04
Contr - Sc. Dx.	t = 2.0	P = .04
Contr - Sc. Dp.	t = 2.0	P = .04
Contr.- Sc. Dx.	t = 2.0	P = .04

Tab. 5 - Risultati significativi al t test riferiti alla superficie «ALTRO DI ALTRO».

Cluster 1 «Liberare e dimenticare»		
Iperc.-Sc Dx.	t = 2.2	P = .02
Para.-Sc Dx.	t = 2.1	P = .03
Conte-Sc Dx.	t = 1.9	P = .05

Tab. 7 - Risultati significativi al t test riferiti alla superficie «ALTRO DI SE».

Cluster 7 «Protesta e distanziamento»		
Sc. Dx.-Contr	t = 2.0	P = .04
Cluster 8 «Chiusura e fuga»		
Sc. Dx.-Contr	t = 2.3	P = .02

Tab. 6 - Risultati significativi al t test, riferiti alla superficie «SE DI ALTRO».

Cluster 2 «Aprirsi ed esprimersi»		
Contr.-Para.	t = 2.3	P = .02
Cluster 5 «Deferenza e sottomissione»		
Iperc.-Contr	t = 2.0	P = .04
Cluster 8 «Chiusura e fuga»		
Contr.-Iperc.	t = 2.2	P = .03

Tab. 8 - Risultati significativi al t test, riferiti alla superficie «SE DI SE».

RISULTATI

Nelle tabelle 1,2,3,4, sono indicate le medie e le deviazioni standard dei punteggi ottenuti dai diversi gruppi alle otto scale nelle quattro posizioni relazionali rilevate dal questionario ANINT.

Le tabelle da 5 a 8 riportano solamente quei confronti tra le medie dei gruppi, che sono risultati statisticamente significativi al t test per gruppi indipendenti.

Nella posizione I (come il genitore si propone al soggetto; tab. 1, tab. 5) differenze significative compaiono in riferimento al cluster 3 (« prendersi cura e consolare » da parte del genitore) dove le ipercifotiche presentano il punteggio più alto mentre le ragazze con lievi disturbi (paramorfie) presentano il punteggio più basso. La differenza è statisticamente significativa solo nel confronto Ipercifosi-Paramorfie ($t = 2.3$ $p = .02$). Differenze compaiono anche in relazione al cluster 5 (« custodire e gestire » da parte del genitore) in cui le ragazze con scoliosi destra e doppia presentano il punteggio più basso; la differenza è statisticamente significativa rispetto al controllo (Controllo-Scoliosi Dx. $t = 2.0$ $p = .04$; Controllo-Scoliosi Doppia $t = 2.0$ $p = .04$).

Nella posizione II (come il genitore risponde al soggetto; tab. 2, tab. 6) compaiono differenze rispetto al cluster 7 (« protesta e distanziamento » da parte del genitore) in cui le ragazze con scoliosi destra presentano il punteggio più alto nei confronti di tutti gli altri gruppi. La differenza è statisticamente significativa tra questo gruppo e il gruppo di controllo ($t = 2.0$ $p = .04$). Differenze si mostrano anche relativamente al cluster 8 (« chiusura e fuga » da parte del genitore) nel quale le ragazze con scoliosi destra mostrano il punteggio più alto e le ragazze con ipercifosi il punteggio più basso. La differenza è statisticamente significativa ($t = 2.3$ $p = .02$).

Nella posizione III (come il soggetto si propone al genitore; tab. 3, tab. 7) compaiono differenze riguardo al cluster 1 (« liberare e dimenticare » da parte della ragazza), in cui le ragazze con paramorfie hanno il punteggio più alto e le ragazze con scoliosi destra il punteggio più basso. Le differenze significative compaiono tra Controllo-Scoliosi Dx ($t = 1.9$ $p = .05$) Ipercifosi-Scoliosi Dx. ($t = 2.2$ $p = .02$) Paramorfie-Scoliosi Dx. ($t = 2.1$ $p = .03$).

Nella posizione IV (come il soggetto risponde al genitore; tab. 4, tab. 8) si mostrano differenze significative in riferimento al cluster 2 (« aprirsi ed esprimersi » da parte della ragazza) in cui le paramorfie presentano il punteggio più basso, mentre il più alto è rappresentato dal controllo. Rispetto al cluster 5 (« deferenza e sottomissione » da parte della ragazza) il punteggio più alto è nelle ipercifosi, che si differenziano significativamente dal gruppo di controllo ($t = 2.0$ $p = .04$). Sempre le ipercifosi presentano il punteggio statisticamente più basso

rispetto al controllo (che presenta il punteggio più alto) al cluster 8 (« chiusura e fuga » $t = 2.2$ $p = .03$).

COMMENTO E CONCLUSIONI

La scelta metodologica di distinguere le ipercifosi dalle scoliosi, e queste ultime in sottogruppi a seconda della direzione e della localizzazione della curva, è conseguente alla nostra ipotesi che implica l'aspettativa di riscontrare differenti costellazioni relazionali nelle diverse posture dismorfiche. Entrambi i sottogruppi delle scoliosi avvertono la propria madre come scarsamente presente nel custodirle e controllarle (cluster 5 posizione I): ma solamente nelle ragazze con scoliosi destra all'atteggiamento materno descritto corrisponde un modo di proporsi della ragazza caratterizzato dalla tendenza a non lasciare all'altro la libertà di emanciparsi, di esprimere la propria identità indipendente (cluster I posizione III). Ancora: solamente questo sottogruppo registra che la propria madre risponde loro con protesta e distanziamento (cluster 7 posizione II) e con chiusura e fuga (cluster 8 posizione II). Descrivendo la propria rappresentazione interna le ragazze con scoliosi doppia affermano « non mi sento custodita e controllata »; a ciò le ragazze con scoliosi destra aggiungono: « mia madre protesta e si allontana da me. si chiude ermeticamente e mi evita; io non lascio che mia madre si emancipi da me, non la lascio libera ». A questo dialogo interno si accompagna una postura caratterizzata da un'interruzione lungo il suo asse centrale e al contempo da una rotazione attorno a questo punto che determina in tal modo la formazione di due distretti corporei diversamente orientati. Questa «interruzione», considerata da Perdriolle (Perdriolle 1982) la sede della lesione iniziale che con un movimento di torsione causa la rottura dell'equilibrio del rachide, secondo l'ipotesi clinico-psicofisiologica è eziologicamente legata ad una cronica contrattura muscolare che avrebbe la funzione di impedire la realizzazione di alcuni comportamenti istintivi e di comportamenti ad alto significato relazionale (Ruggieri 1988; Ruggieri, Fabrizio 1994).

Naturalmente, in base ai soli dati a disposizione risulta difficile dire quale gesto potrebbe evolversi dal rilasciamento di quella contrattura, dallo svolgersi della rotazione. Nondimeno, ciò che osserviamo può comunque rendere plausibile l'ipotesi secondo cui a livello corporeo la torsione rappresenta l'espressione del conflitto prima evidenziato. Infatti, se si definisce il conflitto come la compresenza di esigenze interne contrastanti, è possibile interpretare la torsione scoliotica, che mantiene il cingolo pelvico ed il cingolo scapolare orientati in diverse direzioni, come il risultato, il compromesso biomeccanico possibile, in presenza dell'azione contemporanea di tensioni psicofisiologiche che muovono verso diverse direzioni.

Possiamo ipotizzare, seguendo le indicazioni che ci derivano dai risultati di questo studio che nelle ragazze con scoliosi destra, il compresente desiderio di libertà e di controllo, assume la forma del conflitto e si esprime in un gesto che media tra lo stare e l'andare via, il trattenere e l'allontanare: un gesto che rimanda ad un'autorappresentazione corporea e relazionale di evitamento. Nelle ragazze con scoliosi doppia, la rappresentazione interna del rapporto con la propria madre appare meno problematico, tanto da far pensare che la curva di « compenso » risolve o previene anche la dinamica conflittuale che sembra invece appartenere alle ragazze con scoliosi destra. In ogni caso, fuori dalla metafora che pure ci appare psicofisiologicamente plausibile, il dato che più ci interessa sottolineare è che alle diverse espressioni posturali di una stessa patologia, in questo caso la scoliosi, corrispondono differenti rappresentazioni interne.

Passando all'analisi del comportamento interpersonale delle ragazze ipercifotiche, troviamo conferma di ciò che con buona probabilità appartiene intuitivamente alla rappresentazione di ognuno. Esse si descrivono infatti come sottomesse alla madre e propense ad adattarsi ai desideri di lei.

L'ultimo dato si riferisce alle ragazze del gruppo paramorfie, che si sono descritte come meno aperte e trasparenti delle normorachide nel rapporto con la propria madre, atteggiamento che in questo gruppo potrebbe mirare a proteggere una struttura che la ragazza in qualche modo percepisce fragile e vulnerabile.

Consideriamo i nostri risultati come primi rilievi che richiedono una analisi di gruppi di pazienti molto più ampi. Comunque emergono dei risultati orientativi

che ci suggeriscono la possibilità di differenze tra forme di patologie rachidee, in rapporto all'immaginario interpersonale. In particolare le ragazze con scoliosi in generale, pensano che la figura materna abbia minore attitudine a « custodire e gestire » (cluster 3) e le ragazze con scoliosi destra pensano inoltre che abbia un atteggiamento di maggiore « protesta e distanziamento » (cluster 7) e di « chiusura e fuga » (cluster 8) quando la ragazza cerca un contatto con lei. Sono sempre le ragazze appartenenti a questo sottogruppo che pensano di sé di non concedere libertà e indipendenza all'altro nella relazione. La figura genitoriale sembra essere costantemente presente nell'immaginario di questo sottogruppo.

L'altro gruppo che si differenzia è quello delle ipercifotiche, che sembrano avere un atteggiamento opposto a quello delle ragazze con scoliosi, nel senso che si rappresentano l'altro come colui che si prende (cura e consola (cluster 3) ; è premuroso nel custodire e gestire (cluster 5) ; non si chiude nè fugge dinanzi alle richieste della figlia. Tendono inoltre ad avere un alto punteggio in riferimento al cluster 1 nella posizione III, cioè tendono a concedere all'altro molta libertà e indipendenza. Sempre questo gruppo, nella posizione IV, mostra la più alta tendenza a rispondere alle sollecitazioni dell'altro con avvicinamento e gioia (cluster 3) e il più alto punteggio anche al cluster 5, cioè maggiore deferenza e sottomissione, mostra inoltre il più basso punteggio di chiusura e fuga.

In conclusione possiamo dire, sia pur con le dovute cautele di un ipotesi, che l'immaginario delle relazioni interpersonali con figure significative (materna in questo caso) può avere un ruolo nell'organizzazione posturale che nel tempo può esitare nella patologia rachidea.

BIBLIOGRAFIA

BENJAMIN L. S.

Structural analysis of social behavior.
Psychological Review, 81, 392-425, New York, 1974.

GRAY J.

The structure of the emotions and the limbic System. In : Ciba - Foundation Symposium S: Physiology, Emotion and, Psychosomatic Illness.
Associated Scientific Publishers, Amsterdam London New York, 1972, 87-130.

PERDRIOLE R.

La Scoliosi, suo studio tridimensionale.
Ed. Ghedini, Milano, 1982.

RUGGIERI V.

Mente Corpo Malattia.
Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 1988.

RUGGIERI V.

Immaginazione e percezione s'incontrano nello sguardo. Realtà e Prospettive in psicofisiologia.
Ed. Scientifiche A.S.P.I.C., 5/6/7, 1 19-132, Roma, 1993.

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 : IL Circolo Interpersonale (a cura di Scilligo P.).
Ed. IFREP, Roma, 1988.