

L'EVENTO PSICOSOMATICO: UN PROBLEMA APERTO

Nicola Lalli

Si propone una riflessione critica nei confronti dei disturbi psicosomatici: soprattutto il significato - se logico o ontologico - del dualismo psiche-soma e la possibile applicazione del concetto di conversione anche a tali disturbi.

Si ritiene che i due modelli più rappresentativi - quello psicobiologico e quello psicodinamico - sono parziali perchè riducono la complessità del dualismo ad un monismo anche se mascherato, e non sono correlabili per la diversa concettualizzazione e per il diverso significato attribuito al sintomo.

Tali divergenze sono dovute anche ad una diversa modalità relazionale di approccio e di osservazione.

Si auspica pertanto un modello diverso di osservazione e di relazione che possa rendere possibile un approfondimento dell'evento psicosomatico per giungere ad una formulazione unitarie del fenomeno stesso.

Esamineremo nell'ordine:

A) l'origine del termine

B) il dualismo psiche-soma

C) l'eziologia: un problema aperto

D) i modelli interpretativi: modello psicodinamico, modello psicobiologico

E) una possibile sintesi

La natura profonda delle cose, ama nascondersi
(Eraclito - Framm.123)

A) Origine del termine

E' impossibile rinunciare all'uso del termine psicosomatico, per quanto semanticamente inflazionato e quindi ambiguo, perché racchiude in una parola la complessità della malattia e riconduce ad unità il "misterioso salto dalla mente al corpo" .

Ciò detto bisogna tener presente che il termine è usato a livelli semantici molto diversi: a volte per esprimere una medicina totale (che sarebbe meglio chiamare "comprehensive medicine"); a volte per sottolineare il sospetto che il sintomo sia di origine psichica (e sarebbe allora preferibile usare il termine di psicogeno); a volte per indicare un disturbo che si ritiene determinato o sostenuto da una componente emotiva e conflittuale; a volte per indicare processi fisiopatologici senza una chiara, evidenziabile base organica.

Infine, viene usato semplicemente per esprimere una particolare modalità di rapporto ed operativa del medico.

È evidente che un ventaglio così ampio e disomogeneo di significati, rischia di connotare un oggetto vago e soprattutto introdurre - all'interno di un unico supposto concetto - livelli completamente diversi di riferimento teorico e di osservazione.

Se non è possibile eliminare il termine, certamente è possibile chiarirlo: è necessaria quindi una riflessione metodologica ed operativa corretta.

Soprattutto proponendo la necessità di inventare un *nuovo linguaggio* che abbia un senso univoco: l'estrapolazione (che avviene spesso su base puramente analogica) di un concetto, da un sistema teorico ad un altro, non paga soprattutto in termini di chiarezza e di progresso scientifico. Un esempio tipico è l'omologazione dei meccanismi difensivi, usati indifferentemente (come fossero uguali) per riferirsi ai processi psichici o ai processi del sistema immunitario.

Meglio fare un piccolo passo alla volta, che tentare grandi sintesi inutili.

In questo senso, e tanto per iniziare, partirò da un livello di osservazione molto semplice, ma basilare: cioè quello fenomenologico, introducendo il concetto di "evento psicosomatico" che è in parte accostabile a quello di "accadimento simultaneo psicosomatico" di A. Mitscherlich.

Si può parlare di *evento psicosomatico* ogni qualvolta ci troviamo di fronte ad un sintomo (ed anche questo è un livello di osservazione limitato), sia esso acuto o cronico, ove la spiegazione fisiopatologica non è sufficiente, ove la "causa organica" è necessaria, ma non sufficiente, per spiegare l'evento stesso. Ma anche un sintomo, ove noi intuiamo che ci rimanda ad un livello *altro* che non può essere solo quello organico.

Quindi dobbiamo necessariamente utilizzare sia il modello della *spiegazione* (tipico delle scienze naturali) sia il modello della *comprensione* (tipico della psicologia).

È vero che il concetto di psicosomatica è sempre esistito; in questo senso la medicina ippocratica è da duemila anni il modello psicosomatico per eccellenza.

Ma è altrettanto vero che questo termine viene coniato agli inizi del 1800, proprio quando fallito il tentativo, sotto l'influsso del movimento romantico, di creare una medicina unitaria si stabilizzava sempre più una netta dicotomizzazione tra psichico e somatico. E non è un caso che nel 1818 J.C. Heinroth, esponente della medicina ad orientamento psicologico conia il

termine di psicosomatico, e che a questi, nel 1822, risponde K. W. Jacobi, esponente della medicina organicistica, che propone il termine somato-psichico, in una sorta di inversioni delle parti, sintomo evidente che il riduzionismo della patologia esclusivamente al somatico o solo al psichico era poco produttivo.

Ma questo bisogno di riunire - psiche e soma - nasceva proprio dalla tendenza opposta: cioè la scissione; si tendeva a riunire, ciò che nei fatti si era già separato. E una volta posta la dicotomia si cercava - vanamente - di riunire, finendo solo con il privilegiare uno dei termini della scissione, creando così un monismo biologico o psicologico.

E non è un caso, che per un lungo periodo di tempo, i due termini siano sempre stati scritti separati da un trattino (psico-somatico).

Il tratto d'unione è un segno dialettico (J.P. Valabrega): si unisce ciò che si è separato. D'altronde uguale destino è toccato, per lungo tempo, ad un altro termine carico di significati emotivi: psico-analisi.

Quasi a significare la necessità di scindere, ma anche la necessità di riunire. In questi ultimi tempi la tendenza al tratto d'unione, è pressoché scomparsa. Al di là di ogni considerazione linguistico-grammaticale, è evidente che si pone, oggi, sempre più una tendenza a riunificare seriamente le due componenti. Ma il tratto d'unione indirettamente ci pone di fronte ad un problema centrale: quello del *dualismo*.

Ma prima di affrontare questo problema debbo fare una precisazione .

Il dualismo, cioè l'opposizione, è tra soma e psiche. Siccome non ci sono problemi nel connotare il soma, dobbiamo connotare la psiche che va distinta dal *mentale*.

Quando parliamo di mentale, ci riferiamo ad una concezione che postula un Organo Nervoso Centrale che è capace di produrre delle funzioni integrative superiori, che sono appunto le funzioni mentali: ovverosia l'intelligenza, le emozioni ecc., ma il tutto è riferito ad una *impersonale* produzione del S.N.C. Quando parliamo di psiche, intendiamo la presenza di un *soggetto*, di una *storia*, di una *struttura* di sviluppo, l'esistenza di *fantasie inconscie* e soprattutto il fatto che il comportamento umano ha un *senso*, oltre che una finalità.

Tra soma e mente, invece, non esiste una vera dicotomia, problematico è solo capire come un S.N.C. possa produrre simili funzioni. La vera dicotomia, il vero salto, è tra soma e psiche. Molto spesso i termini psiche e mente sono considerati equivalenti e di qui nascono molte confusioni o atteggiamenti riduttivi. Infatti una volta ridotta la psiche a mente (ovverosia eliminato il concetto di psiche) è piuttosto semplice spiegare le connessioni mente-corpo. Il problema è che esiste una psiche, che ripeto, si costituisce come *soggetto* e come *senso* e quindi il vero problema è come la materia possa trasformarsi in senso. Quindi - in questi termini - il dualismo tra psiche e soma non solo esiste, ma costituisce il reale problema che cercherò di delineare nel modo più chiaro possibile.

B) Il dualismo psiche-soma

È un problema antico che pesa soprattutto nella cultura occidentale.

Senza avere la pretesa di un excursus storico-filosofico, dobbiamo tenere presenti alcuni dati.

Il dualismo - come fatto ontologico - nasce con Platone, anche se apparentemente il filosofo cerca di proporre l'unità corpo-mente (soprattutto nel dialogo "Carmide"). Ma è solo una apparenza. In effetti i filosofi precedenti (presocratici o presofisti) erano andati alla ricerca dell'unità. La loro ricerca, era la ricerca della "fisis", ovverosia trovare un principio unico che spiegasse il divenire. Ma è proprio Platone, che ponendo il mondo iperuranio delle idee da una parte, e la materia informe (caos) dall'altra, pone la scissione: scissione che sarà malamente ricucita con la creazione della figura del demiurgo.

Figura terza, necessaria, per spiegare come possano essere comunicabili due enti così diversi. Quindi Platone non ha posto il problema della scissione mente-corpo, ma ha posto un problema fondamentale: quello della scissione come fatto *ontologico*. Ma il fatto singolare non è tanto - come vedremo - porre un errore come verità, ma il fatto che esso è stato seguito per secoli.

Descartes da una parte, Leibniz dall'altra, in modo diverso hanno perpetuato questa dicotomia che poteva essere sanata solo dalla presenza di un Dio. Il pensiero di Spinoza che proponeva

con la teoria dell'identità il superamento, ebbe molta poca fortuna. Ma se il dualismo e la scissione hanno avuto una vita così lunga, non basta l'anatema o la critica, per superarlo.

Evidentemente bisogna capire quale è la motivazione di base.

La tesi più accettabile è che l'errore è stato quello di aver ipostatizzato e quindi reso ontologico, ciò che invece è soltanto il processo metodologico della "conoscenza" .

E' possibile - e per alcuni autori è probabile o sicuro - che esista un *dualismo categoriale o strutturale del pensiero*. In altre parole, il pensiero, quali che siano gli oggetti cui questi si applica, non potrebbe, per una legge d'immanenza strutturale, sceglierli e descriverli che in riferimento ad un sistema binario, vale a dire, in termini di coppia di contrasti. (Valabrega J. P., 1964).

Ma questo è molto simile a quanto afferma V.V. Weizsacher a proposito della *porta girevole*: cioè che nell'atto biologico, *percezioni e movimenti* sono sempre legati indissolubilmente, e tuttavia i due aspetti stanno in una reciproca separatezza, secondo il principio della porta girevole. Io posso vivere solo un aspetto dell'atto biologico: posso vedere volare un uccello, ma non posso seguire contemporaneamente il movimento dei miei occhi. L'affermazione più chiara e più sintetica è quella di Th. Von Vexkull: «*siamo noi ad introdurre il contrario nella natura*». Posto in maniera corretta quindi il problema è che *ancora oggi*, i nostri livelli *logici ed epistemologici* ci inducono a scindere e separare per capire: la scissione tra soma e psiche necessaria per meglio capire il funzionamento dell'uno e dell'altro, continua ad essere presente ed operante.

Quindi è necessario trovare modelli di pensiero più complessi e articolati, o comunque diversi, che ci permettano di superare questa *scissione* che ripeto è logica e non ontologica.

Per molto tempo, ha prevalso l'ottica del somatico, che ha privilegiato la spiegazione in termini di causalità lineare: l'anatomia patologica ne è l'esemplificazione massima nella spiegazione della patologia umana. Poi, e forse anche per reazione, ha prevalso lo psichico, ma scisso dalla corporeità, è diventato *anima*.

E' evidente che mentre nella normalità si esprime l'unità psichico-somatica, la scissione invece si evidenzia nell'evento patologico appunto quell'evento psicosomatico ove noi ci accorgiamo di una lacerazione e di una rottura di questa profonda unità. E perché avviene questa rottura? Questo ci introduce al problema dell'*eziologia*.

C) L'eziologia: un problema aperto

E' evidente che la spiegazione della malattia, solo in termini somatici o psichici non è esauriente: al massimo possiamo capire le cause necessarie, ma non sufficienti, perché una malattia si sviluppi.

Ma non solo ci interessa capire perché una persona si ammala, ma anche perché si ammala quel particolare organo: è evidente che esiste una *scelta d'organo* ed è importante capirne il perché. E questo è certamente un compito della psicosomatica.

Seguendo J.P. Valabrega possiamo dire che esistono tre tipi fondamentali di causalità in patologia:

a) una causalità lineare o fisica.

È uno schema molto semplicistico, ove una causa unica è necessaria e sufficiente a produrre una patologia. È applicabile solamente in pochi casi.

b) Causalità multipla o circolare.

Questo schema considera che la malattia è una funzione a variabili multiple, per cui le cause possono essere effetti e gli effetti a loro volta, causa. È uno schema molto più articolato del precedente e in medicina psicosomatica è stato utilizzato da vari AA. (F. Alexander, E. English ecc.) che hanno spiegato vettorialmente la malattia, come conseguenza di una serie di eventi che vanno ad organizzarsi in schemi dinamici specifici, oppure in particolari tipi di personalità premorbosa (tanto che si è parlato di personalità ulcerosa, asmatica ecc.). Questa spiegazione è più ampia ed articolata, ma rischia di spezzettare l'eziologia in una serie di cause e concause, per cui si rischia di perdere di vista i fattori essenziali. Ma il difetto fondamentale è che questa

spiegazione non ci dice molto sul *sensu* del sintomo. Questa mancanza sembra essere colmata dalla causalità relazionale, che apre uno spiraglio importante.

c) Causalità relazionale.

Seguiamo J.P. Valabrega. «Qui la prospettiva eziologica opera un cambiamento decisivo; l'accento è posto quasi esclusivamente sul *sensu* del sintomo; ma questo senso anziché essere visto come una interazione di variabili multiple (ereditarie, traumatiche, infantili, educative, umorali, sociali ecc.) è visto come una *relazione*.

Questa concezione permette di evitare lo spezzettamento eziologico in una congeria di cause e di effetti alla quale porta la causalità polivalente, ed invece incentra l'eziologia intorno ad una relazione fondamentale che bisogna scoprire - e che definisce allo stesso tempo - l'oggetto della ricerca e della terapia psicosomatica. La causalità relazionale opera dunque un ritorno ad una teoria eziologica unitaria ... Di conseguenza il senso non è da ricercare in uno schema settoriale lineare, né in una funzione a variabili multiple, ma *bensi, nella relazione che sottende la produzione dei sintomi e soprattutto nello scacco di questa relazione*». In questo senso i Balint arrivano fino ad estreme conseguenze, ponendo una distinzione tra la malattia autogena (cioè del paziente) e la malattia iatrogena (cioè del medico), nel senso che il paziente, a partire dalle sue sensazioni, timori, sofferenze si forma un quadro, più o meno coerente di quello che ha e che costituisce la sua malattia (autogena). Il medico, dall'anamnesi, dall'ascolto, dalle sue reazioni controtrasferenziali si forma un quadro - spesso diverso - che viene definito la malattia iatrogena. Mentre il quadro della malattia iatrogena si costituisce sulla base di una teoria, «... al contrario il quadro della malattia autogena è vago e confuso: le parole che l'esprimono sono mutevoli, *egli non sa a volte nemmeno esprimersi con le parole*». Quindi è evidente che la malattia - comunque essa sia - è un sintomo, una comunicazione che va decifrata. In questo senso possiamo dire subito che la concezione di una certa scuola francese (P. Marty, De M'uzan, C. David) cioè che il sintomo psicosomatico non ha senso, (è "bete") non solo è contestabile, ma non è possibile, perchè comunque all'interno della relazione, un sintomo ha sempre senso, sempreché ci sia qualcuno, in grado di decifrarlo.

La proposizione che il sintomo ha sempre un senso e non solo come modalità di relazione, ma anche come espressione di un conflitto intrapsichico, può essere considerato l'apporto più significativo della psicoanalisi alla psicosomatica.

Ma in tutto questo mi sembra che un meccanismo, messo in evidenza dalla psicoanalisi, abbia tutto il diritto di essere ulteriormente esplorato per capire meglio la relazione tra corporeo e psichico: mi riferisco alla conversione.

Il termine introdotto da S. Freud serve a spiegare quel «salto dallo psichico nell'innervazione somatica ... ed ha significato prevalentemente economico: ovverosia è un surplus di energia libidica che si trasforma e si converte nel somatico. Ma questa concezione economica è strettamente legata al significato simbolici: la trasformazione non avviene a caso, ma ha un preciso significato, di un linguaggio dimenticato, anzi più precisamente è il linguaggio che entrato nell'uso comune, sfugge spesso alla nostra attenzione. ... Prendendo alla lettera l'espressione linguistica, avvertendo come un fatto reale la "fitta al cuore" e lo "schiaffo in faccia" nel caso di una frase offensiva, l'isterica non compie un abuso spiritoso, ma semplicemente riattiva impressioni alle quali l'espressione linguistica deve la propria giustificazione» (S. Freud). Ed il significato nascosto del sintomo è legato ad un organo, ad una funzione corporea, che per vari motivi sono stati investiti di significati particolari. Il problema da risolvere è perché un conflitto sceglie questa strada, anziché scegliere un sintomo nevrotico (per esempio la fobia), S. Freud parla di "compiacenza somatica" che è un concetto piuttosto vago, a meno che non si intenda come situazione di una funzione corporea che è stata investita di un particolare significato in certi momenti particolari della vita. In questo senso quella parte del corpo o quella funzione potrebbe assumere in seguito un particolare significato simbolico. S. Freud collegò la conversione con l'isteria, e quindi indirettamente pose il problema dell'utile primario e secondario. Comunque molti analisti, successivamente, hanno ritenuto possibile estendere il concetto di conversione anche ad altre patologie. E' stato così introdotto il concetto di *conversione psicosomatica* (J.P. Valebrega). Credo che questo concetto debba essere rivalutato e più attentamente studiato, perché esso esprime la possibilità che una fantasia inconscia possa convertirsi in un sintomo. «Il sintomo psicosomatico è la barriera del

corpo o della funzione corporale. Bisogna dunque rompere questa barriera, essa stessa costituita di elementi fantasmatici poco visibili al primo sguardo clinico e che mantengono prigionieri questi fantasmi ... *Il fantasma è preso all'interno del sintomo*. Dietro la barriera dei sintomi psicosomatici si nascondono i fantasmi ... questi fantasmi concernono il corpo, le sue funzioni, ed essi utilizzano dei materiali significativi molto primari ed elementari: il corpo come *contenente* e i suoi *contenuti* ... Il gioco degli investimenti concernenti questi fantasmi corporali, costituisce una porta essenziale del trattamento dei disturbi psicosomatici». In questa rivalutazione del meccanismo di conversione, anche come possibilità di comprendere i disturbi psicosomatici, Ch. Brisset è arrivato a proporre la teoria di una regressione progressiva degli affetti rimossi e dei relativi sintomi proponendo quattro stadi: "isteria manifesta" (I° stadio); "somatizzazione istero-ansiosa" (II° stadio); "organizzazione istero-psicosomatica" (III° stadio); fino alla "somatizzazione completa" (IV° stadio). Cioè la proposizione di un continuum che va dall'espressione più psichica, a quella più somatica.

D) Modelli interpretativi: modello psicodinamico, modello psicobiologico

La teoria psicoanalitica non offre un modello univoco, bensì una serie di modelli a volte anche molto diversi tra di loro, e pertanto sarà utile, dopo una breve panoramica, cercare di estrapolare i dati più significativi.

Freud pur affermando che le pulsioni «rappresentano un concetto limite tra mentale e somatico ... e sono il risultante psichico degli stimolo che derivano dall'interno del corpo e raggiungono la mente, una misura della richiesta di lavoro imposta al mentale, come conseguenza della sua connessione con il corporeo» e quindi ponendo la base di una possibile teoria psicosomatica, era pur molto scettico sulla possibilità di poter avere gli strumenti di decodificazione, tanto che divise nettamente le nevrosi da transfert, dalle nevrosi attuali, e ripetutamente sconsigliò gli analisti dall'avventurarsi nel campo delle facili, ma pericolose, estrapolazioni nel somatico.

Dall'altro canto G. Groddek, invece interpretava tutte le malattie organiche alla luce di conflitti inconsci e come linguaggio dell'Es.

Comunque è F. Alexander che tenta il primo modello psicosomatico: introduce il concetto di nevrosi vegetativa che distingue nettamente dalla conversione.

«Una nevrosi vegetativa non vuol dire che vi è stato un tentativo di esprimere una emozione, ma è piuttosto la reazione psicologica degli organi vegetativi a stati emozionali costanti o periodicamente ricorrenti» (Alexander F., 1951).

Egli oltre a uno schema generale basato sulla inibizione degli impulsi aggressivi, o sulla inibizione delle aspirazioni alla ricerca di dipendenza e di aiuto, cerca di proporre conflitti specifici e quindi profili specifici di personalità, che pur in una eziologia multifattoriale, sarebbero alla base delle diverse malattie psicosomatiche. Egli separa comunque nettamente questo meccanismo dal processo di conversione isterica. Per molti A.A. invece (L. Rangell, J.P. Valabrega, F. Deutsch) è possibile utilizzare il concetto di conversione non solo nell'isteria, ma anche nei disturbi psicosomatici.

Molti A.A. soprattutto della scuola argentina, in primo luogo L. A. Chiozza, ritengono che alla base di ogni disturbo psicosomatico ci sia una specifica fantasia inconscia.

Le idee o le fantasie inconse sono "chiavi di innervazione degli affetti".

Nell'inconscio esiste una idea o fantasia, che come chiave di innervazione affettiva costituisce una disposizione potenziale: il sintomo somatico, costituisce lo sviluppo di tale idea inconscia. Il paziente percepisce questo sintomo, ma gli dà un significato diverso: è lo psicoanalista che interpreta e quindi dà un senso al sintomo.

Ma quali sono i dati più salienti della psicodinamica? Direi che estrapolando da vari AA. e ponendo un ordine molto personale posso affermare quanto segue :

- 1) che il bambino portatore di una situazione pulsionale duale, nella dialettica delle relazioni oggettuali ha la possibilità di uno sviluppo più o meno armonioso o il rischio di un fallimento del rapporto e quindi dello sviluppo psichico;
- 2) soprattutto il fallimento di una relazione personale significativa, fissa il bambino a vari livelli che costituiscono fantasie inconse specifiche, collegate a vari organi o funzioni corporee.

Perché l'Io psichico è primariamente un Io corporeo. Ed è proprio una valida possibilità evolutiva che permette il processo di *desomatizzazione*, ovvero di utilizzare sempre meno i vissuti corporei a vantaggio dei vissuti psichici;

3) se un individuo si trova in una situazione traumatica, c'è una regressione, costituita non solo dal riattivarsi di specifiche fantasie inconsce, ma anche della possibilità di conversione nel somatico.

Il sintomo che si sviluppa non è casuale, ma è sempre collegabile a precise fantasie inconsce, quindi è sempre caricato di un *sensò*, senso che indica una specifica dinamica inconscia collegata al fallimento di un rapporto interpersonale significativo, soprattutto nei primi anni di vita.

E questo credo sia il contributo fondamentale della psicodinamica, non solo in ordine alla spiegazione, ma anche perché esso va inserito e *capito all'interno dell'intero ciclo vitale del paziente*. In questo senso ogni patologia dovrebbe essere sempre vista come patobiografia.¹ Così questo modello, non è solo un modello di comprensione, ma anche e soprattutto (o per meglio dire la comprensione e la prassi si unificano) un modello operativo, terapeutico: l'interpretazione è la restituzione del senso al paziente. E la riacquisizione del senso, è certamente terapeutica.

Passiamo ad esaminare l'altro modello che è quello psicobiologico, che si fonda sul concetto di stress.

Esistono vari modelli, ma credo che quello elaborato da P. Pancheri sia il più articolato e completo.

¹Significativo quando scrive S. Ferenczi nel suo Diario Clinico il 2 ottobre 1932: «Nel mio caso è sopraggiunta una crisi ematica. Nel momento che io ho capito che soltanto non potevo contare sulla protezione di una "potenza superiore", ma al *contrario* sarei stato calpestato da questa potenza indifferente, non appena fossi andato per la mia strada e non per la sua ... »

« ... una certa forza della mia organizzazione psicologica sembra sussistere, cosicché invece di ammalarmi psichicamente, posso distruggermi o essere distrutto, solo nelle profondità organiche».

Al di là di ogni spiegazione causale, per Ferenczi la sua anemia perniciosa era certamente *significativa* rispetto al suo "perniciosa" rapporto con S. Freud. (S. FERENCZI, *Diario Clinico*, R. Coltina Editore, Milano, 1989).

Secondo l'A. ognuno di noi è sottoposto ad una serie di *stimoli*. «La fonte principale di stimoli capaci di indurre una reazione emozionale viene dall'ambiente psicosociale e dalla rete relazionale dell'individuo... ma soprattutto da quegli eventi che inducono un cambiamento nel corso della vita dell'individuo e richiedono uno sforzo di adattamento». Esiste un filtro che seleziona, valuta ed interpreta gli stimoli, ed è costituito dalle *strutture cognitive*. «Il sistema cognitivo è parzialmente condizionato da fattori genetici, ma ampiamente plasmato dalle esperienze precedenti, dalle modalità emozionali con cui queste esperienze sono state vissute e dal "tono" emozionale attuale».

Dopo che lo stimolo è stato valutato viene innescata una reazione emozionale: questa reazione «si manifesta attraverso l'attuazione di due programmi: un programma comportamentale ed un programma biologico». «Vari fattori possono produrre una modificazione nello stile di risposta emozionale e possono predisporre il terreno biologico a particolari gruppi di malattie.

La reazione emozionale a sua volta innesca la *reazione da stress* una variazione di questa può indurre diverse, specifiche malattie. Per es. riferisce l'A. nel cancro si ha una tendenza alla negazione e rimozione emozionale di eventi luttuosi o traumatici.

Questa ridotta reazione emozionale comporta una ridotta reazione da stress che a sua volta inibisce i sistemi immunitari. Quindi si propone un modello a genesi multifattoriale, con una patogenesi ben precisa e nella quale i fattori emozionali occupano un posto di primo piano.

Due casi clinici.

1) Uomo di 65 aa: nel giro di pochi mesi subisce due avvenimenti traumatici significativi. Va in pensione e dopo qualche mese, una casa di campagna, nella quale aveva investito tutti i suoi averi (ma forse soprattutto tutti i suoi affetti e le sue speranze), crolla. Il paziente reagisce "dignitosamente" alle disgrazie: i familiari stessi ne sono colpiti e si meravigliano della sua "serenità".

Qualche mese dopo compaiono disturbi vaghi, malessere generale ed una forma di tipo depressivo. Mi viene inviato appunto come depresso: ma la presenza di un marcato

rallentamento psicomotorio non accompagnato da sentimenti di tristezza, mi induce ad un esame neurologico.

Si mette in evidenza una papilla da stasi, segno di ipertensione endocranica. Successivi esami dimostrano la presenza di un tumore polmonare con metastasi cerebrale. Ho avuto modo di avere con questo paziente un solo lungo colloquio, dove ho potuto raccogliere scarsi elementi sulla sua biografia.

Comunque se dovessi dare una "spiegazione" anche su base empatica, della probabile origine del tumore, sarei tentato di utilizzare lo schema psicobiologico. Ci sono due situazioni di perdita che il paziente, almeno apparentemente, vive senza una grande reazione emozionale; questa scarsa reazione emozionale avrebbe potuto indurre una carente o assente reazione da stress con conseguente caduta o non attivazione dei meccanismi difensivi immunitari.

Comunque il dato più interessante è che il tumore come risultò da un intervento chirurgico per la grandezza e per le metastasi doveva essere presente da molto tempo. Quindi è più probabile pensare che l'evento traumatico non ha prodotto il tumore, ma semplicemente eliminato completamente le difese, evidenziandolo in maniera così drammatica.

II) Ragazza di 22 aa, chiede una psicoterapia per una psiconevrosi ipocondriaca molto marcata e numerosi problemi (impossibilità a sostenere gli esami, assenza di rapporti affettivi ecc.). Dopo due anni circa di psicoterapia, c'è una netta regressione dei sintomi e in coincidenza di una sua situazione quasi ottimale, cominciano a manifestarsi delle crisi di invidia nei confronti dell' analista, crisi spesso agite con assenze o ritardi. Ripetutamente viene interpretata questa dinamica di attacco distruttivo contro il setting come esplicitazione di una sua invidia contro il terapeuta che l'aveva "guarita" dai suoi disturbi più evidenti. Dopo numerose interpretazioni, che vengono vanificate da assenze ripetute, le propongo di interrompere la terapia perché il suo comportamento è tale da rendere inutile ogni interpretazione: per cui l'unica interpretazione, che può avere effetto, è una interpretazione "agita". Le propongo anche la possibilità di poter

riprendere la psicoterapia dopo qualche tempo: cosa che succede circa un anno dopo. In prima seduta mi comunica che alcuni mesi dopo la sospensione, aveva avvertito disturbi di tipo ginecologico (nel passato erano stati molto frequenti ed era stata ripetutamente visitata). La comparsa di una metrorragia la induce a farsi visitare di nuovo: viene diagnosticata una fibromatosi diffusa e si consiglia l'intervento chirurgico. Subito dopo il risveglio dall'anestesia, si sente molto leggera ed allegra, e decide che vuole riprendere l'analisi. Anche in questo caso si sarebbe tentati di applicare lo schema psicobiologico, ma ci sono molti fattori, nuovi e diversi, che mal sarebbero compresi nell'ambito di questo modello.

La paziente presentava un grave problema di odio nei confronti della madre e della sorella nata quattro anni dopo di lei. Questa ostilità era stata chiaramente espressa (tentativo di cavare gli occhi alla sorella nella culla); poi era scomparsa, dando luogo ad una formazione reattiva. Alla pubertà iniziano dei disturbi ipocondriaci gravi. Già durante la prima parte dell'analisi era emersa una dinamica di odio nei confronti della madre e specialmente nei confronti dell'utero della madre, utero che aveva procreato l'abborrita sorella. Questa invidia era riemersa nel corso dell'analisi e si era riattualizzata come affetto primario di odio, proprio nel momento che doveva riconoscere le capacità "creative" del terapeuta, rispetto alla scomparsa dei sintomi e al presente benessere.

Con la sospensione della psicoterapia, sembra che la situazione affettiva di odio, non solo si converta in sintomo somatico, ma soprattutto che vada a scegliere come organo bersaglio, proprio un organo che era carico di significato per la paziente. Non mi sento di affermare che la frustrazione-separazione abbia potuto incidere sull'insorgenza del sintomo; certamente c'è un rapporto cronologico molto stretto. Comunque alcune considerazioni debbono essere fatte.

La paziente aveva espresso, per un certo periodo di tempo, la sua conflittualità in termini ipocondriaci: ovverosia un linguaggio simbolico. Con la frustrazione dovuta alla separazione, dobbiamo pensare che la capacità di utilizzare la comunicazione psichica, sia diminuita. C'è stata quindi una tendenza a risomatizzare, che ha portato

evidentemente alla esplicitazione del conflitto per via somatica. Ma possiamo anche pensare che la paziente poteva esprimersi con una psicopatologia più grave.

Credo proprio che una relativa stabilità dell'Io, le abbia permesso non di attaccare l'apparato psichico, bensì di potere scegliere un bersaglio somatico. Dico questo perché è di frequente osservazione che il disturbo psicosomatico necessita di una certa integrazione dell'Io, altrimenti l'angoscia può manifestarsi con sintomi psicotici. In questo senso esiste una bilancia tra disturbi psicosomatici e psicosi. Ma in questo caso, perché il sintomo psicosomatico si esplicitasse è stata necessaria anche una riattivazione di una pregressa situazione traumatica rimossa. Vale a dire c'è stata una situazione ove l'invidia ha ripreso la connotazione dell'affetto primario (l'odio) e si è dapprima riversata sul terapeuta, e poi sul corpo della paziente, ma soprattutto su di un organo specifico e ben preciso per la storia della paziente .

L'interpretazione di tutto questo ha dato un senso al sintomo, ma anche un senso più generale allo sviluppo della paziente.

Questi due casi clinici pongono alcune domande e alcune risposte. Si tratta di due casi clinici diversi, che quindi comportano modelli esplicativi diversi, oppure sono due modelli di osservazione diversi, che comportano due modelli esplicativi diversi, pur essendo ambedue situabili nell'ambito di un "evento psicosomatico"?

Propendo per la seconda ipotesi e per i seguenti motivi .

Nel primo caso si tratta di una osservazione clinico-nosografica non c'è stato un reale rapporto, non è stato possibile raccogliere la storia personale del paziente. Non è stato possibile esplorare gli eventuali conflitti o comunque i vissuti del paziente. In questo senso dobbiamo dire che il sintomo poteva avere solo un senso nell'ambito di una concezione clinico-nosografica. Ed in questo caso, sembra che lo schema di spiegazione psicobiologico sia valido ed applicabile. Nel secondo caso c'è stato un rapporto, una storia che ha permesso di evidenziare tutta una serie di conflitti e di dinamiche inconsce: l'esplicitazione del sintomo è avvenuta all'interno di una dinamica di rapporto che ha riattivato un vissuto precedente.

Quindi possiamo dire che in questo caso è stato possibile, proprio a causa di un diverso modello di rapporto, osservare una serie di fenomeni e dare un senso all' "evento psicosomatico".

Il senso di un conflitto convertito sul soma e dove l'intervento chirurgico ha significato per la paziente come la liberazione stessa del problema.

Certamente non è un caso che gli studi che si rifanno ad un modello psicobiologico, sono studi statistici, psicometrici, estesi; quelli che si rifanno ad un modello analitico sono "storie" individuali. Questo diverso livello di osservazione, comporta necessariamente anche un modo diverso di capire-spiegare i fenomeni. Sarebbe augurabile che l'osservazione "estensiva" del modello psicobiologico, riuscisse a coniugarsi con la "profondità" dell'osservazione psicodinamica.

Ma per fare questo ci servono nuove coordinate, un modo diverso di osservazione, non in contrapposizione, ma nemmeno con facili eclettismi.

Forse è necessario creare un nuovo linguaggio e un nuovo modo di approccio che possa rendere sempre più profonda non solo la comprensione della malattia, ma anche quella del malato. Ed in questo senso il modello psicodinamico sembra affermare una chiave di lettura più articolata.

L'Io psichico si sviluppa dall'Io corporeo, e man mano lo ingloba, ne porta con se le tracce e i ricordi (in positivo ed in negativo): ma ambedue crescono e si sviluppano sempre nella dialettica delle pulsioni e dei rapporti.

Un normale processo di sviluppo psichico porta sempre più al prevalere dell' Io psichico ed alle sue espressioni specifiche. Ma situazioni conflittuali, traumatiche, possono invertire questo processo e, riattivando fantasie inconsce portare ad una situazione di *risomatizzazione*. Ovverosia l'incapacità di esprimere gli affetti e le emozioni con le parole e quindi la necessità di riutilizzare un linguaggio corporeo. Linguaggio corporeo che può esprimersi da livelli molto simbolici (come nella psiconevrosi isterica) fino a modalità che invece si rifanno a situazioni molto profonde e primarie, ad eventi traumatici avvenuti quando l'Io corporeo e l'Io psichico

erano poco differenziati. All'interno del lavoro di psicoterapia è possibile riattivare e conoscere la storia del paziente e le cause dell'evento psicosomatico.

E) Una possibile sintesi

Evidentemente il dualismo psiche-soma esiste, ma è da considerare come il prodotto di una funzione logica, non una realtà ontologica. Inoltre il dualismo è inevitabile perché corrisponde al dualismo basilare della coppia: osservatore-osservato, medico-paziente, madre-bambino, Io-tu, istinto libidico-istinto di morte ecc. Ma come la coppia si unifica nella dinamica del rapporto, lo stesso succede all'interno del rapporto psiche-soma. Nel senso che nella misura in cui questo rapporto si è sviluppato in maniera coerente, ed integrato, quello che noi vediamo è appunto una unità, che invece si rompe nell'evento psicosomatico, dando luogo alla comparsa di due entità che sembrano non solo distinte, ma in opposizione tra di loro.

Quanto emerge dalla patologia, ovvero la rottura di una fusione, può indurre ad annullare uno dei due termini, arrivando così ad un monismo: ma qualsiasi soluzione che porti ad un monismo riduttivo (tutto psichico o tutto somatico) è sempre una falsa soluzione.

Quindi una volta accettato il dualismo, che è figlio della logica e non della realtà, dobbiamo porci il problema di quanta influenza abbia il modello di osservazione per capire-spiegare l'evento psicosomatico. Rispetto ai due modelli sopradescritti (che ci sembrano i più esplicativi), dobbiamo fare qualche osservazione.

Il modello psicobiologico è estensivo. Quello psicodinamico è in "profondità"; il primo sembra essere più adatto a spiegare il come (patogenesi), il secondo a spiegare il perché (eziologia). Ma il modello psicobiologico sembra ridurre lo psichico al mentale, e quindi arrivare ad una sorta di monismo: inoltre molti concetti (soprattutto i meccanismi difensivi) sembrano essere mutuati un po' acriticamente, da un apparato teorico completamente diverso.

Il modello psicodinamico, per ora, non sembra fornirci una spiegazione sul *come* una fantasia inconscia si tramuti in sintomo psicosomatico, ed in questo senso il salto dalla psiche al corpo, rimane ancora un segreto. Forse dobbiamo ritenere che si ammala quella funzione o organo

specifico che rappresenta più o meno simbolicamente una azione che noi vogliamo rimuovere: cioè quanto più cerchiamo di reprimere una funzione, tanto più l'organo che la svolge o che ne è simbolicamente collegato, può diventare l'organo bersaglio.

Comunque rimane il fatto fondamentale, che la teoria psicodinamica ci permette di trovare un significato ed un senso al sintomo: inoltre la possibilità di recuperare il meccanismo della conversione ci offre la possibilità di poter considerare, nell'ambito del disturbo, *l'utile primario e quello secondario*: concetto molto importante, ma quasi dimenticato. Importante perché in una malattia dobbiamo sì conoscere la causa scatenante, ma dobbiamo tenere conto anche di tutti quei meccanismi che la sostengono.

Ed infine vorrei chiudere con una ipotesi molto personale che qui posso solo accennare.

Tutti sappiamo che nel secolo scorso la modalità più frequente di espressione psicopatologica era l'isteria: ma sappiamo anche che questa sintomatologia è notevolmente diminuita a favore delle sindromi depressive e dei disturbi psicosomatici. I motivi sono vari, comunque possiamo pensare che ci sia un filo profondo che unisca queste tre modalità espressive.

Oggi la conversione isterica è rara: ma il malessere psichico non è minore che nel passato. Il meccanismo di conversione che si evidenzia nell'isteria, oggi sembra manifestarsi con il disturbo psicosomatico, che emerge allorquando è inibita la via alla depressione: e viceversa. E mentre la depressione, sembra essere l'equivalente di una conversione psichica cioè come nell'isteria, un disturbo *esibito*, il disturbo psicosomatico sembra scegliere una via di conversione più silenziosa e meno visibile .

Ma sia la depressione *nevrotica*, che il disturbo psicosomatico, pur nella differenza dei significati, hanno in genere un significato ben preciso: rappresentano meccanismi che tendono a mantenere il legame.

Ovverosia essi rappresentano una difesa, proprio contro l'angoscia di perdere il legame con l'altro. Pertanto essi rappresentano sempre delle comunicazioni importanti, a volte un messaggio di aiuto che va sempre decodificato.

Qualsiasi sia l'espressione, il sintomo ha sempre un significato. E sarà la ricerca sempre più globale del senso della malattia, che porterà dall'evento psicosomatico alla medicina

psicosomatica, disciplina che nel futuro dovrà tentare una spiegazione globale della patologia umana.

Tratto da: “*Lo Spazio della Mente. Saggi di Psicosomatica*”, di Nicola Lalli

Liguori Editore, Napoli, 1997

Ultima revisione: 30 maggio 2007