

INTRODUZIONE

Per lungo tempo nella medicina sono stati contrapposti due punti di vista: da un lato la medicina somatica, che si è occupata dell'uomo inteso come un complesso sistema di organi e funzioni biologiche, dall'altro la psichiatria e l'indagine psicologica, con il compito specifico di analizzare e descrivere comportamenti, emozioni e pensieri, scissi dal mondo del soma.

Il termine "medicina psicosomatica" rappresenta il tentativo di ricomporre l'unità psicobiologica dell'uomo, spezzata dalla dicotomia soma-psiche.

Tuttavia va osservato che il termine stesso rischia di perpetuare l'orientamento dicotomico.

Già nel 1934, Fenichel nel suo "Trattato di Psicoanalisi" scriveva: "Il termine moderno, 'disturbi psicosomatici', ha lo svantaggio di suggerire un dualismo inesistente. Ogni malattia è 'psicosomatica', perché nessuna malattia somatica è libera da influenze psichiche e persino la conversione più psichica può basarsi su di una obbedienza puramente somatica" ⁽¹⁾.

I modelli interpretativi della malattia psicosomatica raggiungono attualmente livelli di complessità sempre maggiori, in relazione alle molteplici acquisizioni neurofisiopatologiche, biochimiche e psicodinamiche. Riguardo al meccanismo di formazione del sintomo psicosomatico, i ricercatori si sono orientati verso l'attribuzione o meno al sintomo di un valore espressivo simbolico e verso la sua definizione in relazione all'integrazione tra psiche e soma.

La ricerca psico-analitica, almeno sino alla fine degli anni '60, si è mossa nell'ambito della distinzione tra conversione ed equivalenti di angoscia. Questa alternativa risale in effetti a Freud ed alla distinzione che questi operò negli anni 1893-1898 tra i sintomi dell'isteria e quelli della cosiddetta nevrosi attuale. A differenza dei primi, i sintomi delle nevrosi attuali, privi di un reale spessore comunicativo e simbolico, non esprimono un contenuto rappresentativo attraverso il corpo, ma sono la diretta conseguenza di un corto-circuito dell'eccitazione sessuale nel somatico.

In una lettera del 1932, diretta a V. von Weitsächer, Freud, nei confronti della psicosomatica, così si esprime: "Ho dovuto trattenere gli psicoanalisti dall'intraprendere ricerche di questo tipo per ragioni pedagogiche. Innervazione, vasodilatazione, vie nervose avrebbero costituito per loro tentazioni troppo pericolose". Tuttavia il "misterioso salto dalla mente al corpo" ⁽²⁾, secondo la definizione dello stesso Freud, sarà il punto di partenza per feconde ricerche, senza che, in realtà, avvenisse l'opera di "trattenimento", che Freud si attribuiva nella lettera citata.

(1) FENICHEL O. 1934, *Trattato di Psicoanalisi, Trad. It. Astrolabio 1951.*

(2) FREUD S. 1909, *Standard Edition, Vol. X, 157.*

Un momento importante e significativo nella ricerca psicoanalitica è rappresentato dall'introduzione da parte di Otto Fenichel (1934) del concetto di conversione pregenitale e dai tentativi di Felix Deutsch (1959)⁽³⁾ e di Leo Rangell (1959)⁽⁴⁾ di estendere il concetto di conversione all'ambito psicosomatico, scindendo così lo storico legame tra conversione ed isteria.

Franz Alexander (1950)⁽⁵⁾ segue, invece, la direttrice opposta, indirizzando la sua ricerca verso l'ampliamento della nozione di equivalente di angoscia ed elaborando, attraverso un complesso studio anamnastico-comparativo, gli "schemi dinamici specifici", ossia quelle costellazioni psicodinamiche i cui contenuti sono alla base della malattia.

Verso il finire degli anni '60, Gitelson (1959)⁽⁶⁾, esprime in modo esplicito l'insoddisfazione per lo stato della ricerca psicosomatica, proseguita soprattutto sulle ricerche di Alexander. Ciò che viene maggiormente messo in discussione è il concetto di specificità, ossia il tentativo di correlare specifiche configurazioni psicodinamiche e specifiche modificazioni d'organo: "L'esperienza clinica conferma che ogni individuo ha un suo personale stile somatico nell'esprimere l'angoscia" (Gitelson, 1959).

Contemporaneamente negli Stati Uniti molti Autori, tra i quali Max Schur (1955)⁽⁷⁾, indirizzano la loro ricerca sulla scia delle nuove acquisizioni relative allo sviluppo psicofisico del neonato e ai precoci stadi dei processi di simbolizzazione.

Secondo Schur, alla base del fenomeno psicosomatico vi è una regressione alla fase della indifferenziazione psicosomatica, con uso prevalente del processo primario e scarica di energia psichica non neutralizzata.

Tra gli anni '60 e '70, la scuola di Parigi (P. Marty, M. De M'Uzan, C. David, 1963)⁽⁸⁾ propone un modello di funzionamento mentale del paziente psicosomatico caratterizzato da un marcato deficit simbolico e dalla prevalenza del cosiddetto pensiero operativo.

Nell'ambito di una linea interpretativa completamente diversa dalla precedente, sono stati elaborati recentemente alcuni modelli definiti di tipo psicobiologico, secondo i quali la malattia psicosomatica è vista anche in relazione a stimoli ambientali (Pancheri, 1980)⁽⁹⁾.

I metodi psicodiagnostici utilizzati in psicosomatica sono costituiti da una vasta gamma di tecniche, non tutte adeguatamente validate e ben aderenti ai parametri teorici psicosomatici.

Maura Sgarro (1982)⁽¹⁰⁾ ha condotto una ampia ricerca nella quale, dopo aver esaminato 262 lavori scientifici e 497 metodi psicodiagnostici utilizzati nel decennio

1970-1980, ha messo in evidenza i limiti delle tecniche usate. In primo luogo, l'Autrice ritiene che sia necessario un perfezionamento della validità di costruito delle tecniche, ossia una maggiore aderenza a chiari parametri teorici psicosomatici. Inoltre, secondo Sgarro, occorre aumentare la pertinenza e la precisione di rilevazioni, nonché la chiarezza interpretativa dei dati.

È di recente definizione la messa a punto di metodi psicodiagnostici per l'obiettivazione dell'alexitimia, pattern sintomatologico ritenuto caratteristico dei pazienti psicosomatici.

Alexitimia (letteralmente: alfa = privativo; lexis = parola; thymos = emozione; ossia mancanza di parole per esprimere le emozioni) è il termine coniato da Sifneos (1973)⁽¹¹⁾ per indicare l'incapacità del paziente psicosomatico a verbalizzare in modo articolato le proprie emozioni, come se si trovasse nell'impossibilità di riconoscerle e di tradurle in fantasie e sogni.

Alla luce delle recenti acquisizioni, l'équipe di ricerca della Clinica Psichiatrica della II Università di Roma (Direttore: Prof. N. Ciani - Collaboratori: Dr. T. Cantelmi e Dr. Cimino, 1987) ha svolto un progetto sperimentale volto ad evidenziare l'eventuale deficit simbolico nel paziente psicosomatico, elaborando una metodica specifica di obiettivazione e di misurazione. Riteniamo che il concetto di alexitimia abbia bisogno di ulteriori validazione e di una migliore definizione. Pertanto sono stati verificati, per mezzo di apposite metodiche psicodiagnostiche, in parte elaborate nella stessa Clinica, il contenuto verbale, la capacità cognitiva e quella simbolica di 20 pazienti psicosomatici affetti da cefalea emicranica. Per mezzo della comparazione con un gruppo di controllo, costituito da 20 pazienti con disturbi somatoformi, omogenei per età, sesso e livello culturale con il gruppo campione, lo studio si è proposto di verificare la specificità psicosomatica dell'alexitimia.

Riteniamo che questa ricerca può apportare importanti acquisizioni di ordine patogenetico. Infatti i dati non disconfermano la validità del concetto di alexitimia.

La conferma del deficit simbolico indirizza verso l'individuazione di una modalità di funzionamento psicosomatico, caratterizzata da un deficit dei meccanismi di difesa e della capacità simbolica e dallo scaricarsi attraverso il soma dell'energia pulsionale tuttavia riteniamo che i modelli teorici esaminati siano insufficienti a spiegare i rapporti esistenti tra sintomo fisico e struttura psicosomatica ed ipotizziamo l'esistenza di 3 sottotipi di pazienti psicosomatici⁽¹²⁾:

- pazienti psicosomatici con struttura alexitimica;
- pazienti psicosomatici non alexitimici con all'origine dei sintomi un meccanismo di conversione;
- pazienti alexitimici, con struttura psicosomatica ma privi di sintomi psicosomatici.

(3) DEUTSCH F. 1959, *Il misterioso salto dalla mente al corpo*, Trad. It. Martinelli 1975.

(4) RANGELL L. 1959, *The nature of conversion* J. Am. Psycho-Analys. Vol. 7.

(5) ALEXANDER F. 1950, *La medicina psicosomatica*, Trad. It. Giunti e Barbera 1968.

(6) GITELSON M. 1959, *Critica degli attuali concetti della medicina psicosomatica*, Trad. It. Boringhieri 1980.

(7) SCHUR M. 1955, *Comments on the metapsychology of somatisation*, Psychoanal. St. Cbild. 10, 119.

(8) MARTY P., DE M'UZAN M., DAVID C. 1963, *L'indagine psicosomatica*, Trad. It. Boringhieri 1971.

(9) PANCHIERI P. 1980, *Stress, emozioni, malattia*, Mondadori, Milano.

(10) SGARRO M. 1982, *Modelli e metodi psicodiagnostici in psicosomatica: una rassegna delle ricerche dal 1970 al 1980*, Med. Psicosom. 27, 293.

(11) SIFNEOS P.E. 1973, *The prevalence of Alexithymic Characteristics in Psychosomatic Patients*, Psychol. Psychosom., 22, 225.

(12) CIMINO M., CAPPIELLO A., CANTELM T. 1990, *Il disturbo psicosomatico: tra espressione simbolica ed alexitimia*, Formazione psichiatrica, n° 1/1990.