



Seminario di Formazione Permanente per medici e psicologi, 50 crediti ECM
Col patrocinio dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna
"Psicosomatica ieri ed oggi"
Anno 2021

Si è svolto, per tutta l'annualità 2021, il Seminario di Formazione Permanente in Psicosomatica per medici di medicina generale, medici specialisti, psicologi e psicoterapeuti promosso dall'Associazione di Promozione Sociale Centro Studi e Ricerche in Terapia Psicosomatica APS.

Il corso di formazione permanente in Psicosomatica è uno spazio di confronto tra medici e psicologi dove professionalità diverse sono entrambe impegnate nella promozione della salute e nella cura delle persone.

Nel corso di formazione permanente dal titolo "Psicosomatica ieri ed oggi" si sono alternate sessioni di incontro teorico e sessioni di incontro clinico dove, a turno, ciascun partecipante ha avuto l'opportunità di presentare una relazione sulla parte teorica prevista o su un proprio caso clinico di interesse psicosomatico. Riferiremo qui le parti salienti degli incontri teorici, essendo il materiale clinico sottoposto a privacy e per questo non divulgabile previo assenso.

Negli incontri teorici, iniziati a gennaio con cadenza quindicinale, il seminario ha previsto un percorso sull'evoluzione degli studi e degli approcci in Psicosomatica, dal pensiero pionieristico del medico Franz Alexander negli anni '50 ai concetti contemporanei di *modello biopsicosociale* (Engel), di *allessitimia* (G.J. Taylor), dei *pesi relativi* (P. Porcelli) e del *codice multiplo* (W. Bucci), per arrivare infine gli sviluppi più recenti come la *Teoria polivagale* di Porges e la *Psiconeuroendocrinoimmunologia* di F. Bottaccioli.

Il primo seminario ha affrontato una panoramica generale sulla Psicosomatica dai suoi esordi ai giorni nostri.

Si è messo in luce come la Psicosomatica sia un campo non solo aperto ma anche affascinante poiché evidenzia i limiti di paradigmi consolidati in medicina e psicologia e poiché costringe a *pensare e operare clinicamente restando sul limite di un discorso incerto*, scivoloso e senza dubbio ancora molto lontano dall'essere definito. La stessa definizione dell'oggetto è contesa da molte altre etichette: psicologia della salute, medicina comportamentale, psicologia sanitaria, psicologia medica, psico-neuro-endocrino-immunologia, psichiatria di consultazione, ecc...

Lo stesso Freud rimase affascinato dalla connessione tra funzioni psichiche e funzioni somatiche. Lo schema eziologico freudiano delle nevrosi attuali contiene alcuni aspetti che sono stati sviluppati in seguito da altri autori:

- A) la presenza di sintomi fisici (astenia, cefalea, dispepsia, stipsi) che non coinvolgono i sistemi sensoriali e motori tipici dei sintomi di conversione;
- B) l'idea che i sintomi siano equivalenti somatici di ansia senza significato simbolico;
- C) i sintomi, essendo attuali, non riguardano rappresentazioni rimosse e quindi non sono modificabili dalla psicoanalisi classicamente intesa.

A grandi linee la Psicosomatica moderna nasce attorno agli anni '50 grazie all'incontro tra le nuove acquisizioni della neurobiologia delle emozioni e il paradigma della psicoanalisi di Franz Alexander che definì specifiche tipologie di conflitto psichico e costellazioni difensive associate ad alcune specifiche patologie ad eziologia sconosciuta dalla medicina dell'epoca, ovvero *le holy seven*: ulcera peptica, rettocolite ulcerosa, asma bronchiale, ipertensione essenziale, artrite reumatoide, ipertiroidismo, neurodermatite.

Negli ultimi 30-40 anni si è reso necessario un ripensamento tanto della medicina quanto della psicologia, in un'ottica di integrazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali clinicamente significative nel determinare l'espressione della patologia somatica. Si è quindi affermato il **modello biopsicosociale** di George Engel (1977), basato su presupposti sistemici, il quale considera i diversi ambiti biologico, psicologico e sociale che, considerati nel loro insieme, costituiscono un modello coerente di spiegazione delle malattie. Engel ha messo in discussione il concetto di base di malattia psicosomatica, evidenziando l'errore concettuale di considerare le malattie come entità omogenee, essendo invece le malattie eterogenee e multifattoriali.

Poiché le malattie sono multifattoriali, il problema non è capire qual è *la* causa di una patologia (*modello monocausale classico*) nè se tale patologia è da considerarsi psicosomatica o meno (*malattie come entità omogenee*); il problema altresì è il *peso relativo* dei fattori implicati, da cui deriva anche la possibilità di intervenire in modo differenziato e individualizzato.

I successivi due seminari hanno affrontato un excursus sulla **teoria del conflitto**, alla base delle malattie psicosomatiche secondo il paradigma di Alexander, rintracciabili nel suo testo "Medicina Psicosomatica": i fattori emotivi nei disturbi gastrointestinali, nei disturbi dell'apparato respiratorio, nei disturbi cardiovascolari, nelle malattie della pelle, nei disturbi metabolici ed endocrini e nei disturbi delle articolazioni e dei muscoli.

Per Alexander il sintomo psicosomatico è il risultato di un conflitto intrapsichico tra istanze inconscie. I conflitti emotivi prolungati inducono malattia negli organi predisposti. Alexander distingue fra i sintomi di conversione e nevrosi vegetativa; i primi sono espressione simbolica di un contenuto psicologico carico di emotività e rappresentano un tentativo di scaricare tale tensione emotiva. Tali sintomi hanno luogo nel sistema muscolare volontario e in quello della percezione sensoriale la cui funzione originaria è di esprimere e risolvere le tensioni emotive. La nevrosi vegetativa è invece la risposta fisiologica degli organi vegetativi al costante o periodico "ritorno" di stati emotivi. Ad esempio, l'aumento della pressione arteriosa sotto l'influenza della collera, come adattamento allo stato organico di preparazione alla lotta. O ancora, l'aumento della secrezione gastrica sotto l'influenza del desiderio emotivo di cibo/affetto è la preparazione dello stomaco alla introduzione di cibo. Nell'un caso e nell'altro ci troviamo di fronte a risposte a stimoli psicologici, ma sono diversi nella loro psicodinamica e fisiologia. I casi clinici portati hanno permesso la discussione e l'approfondimento pratico di questa teoria del conflitto.

Successivamente, sono stati affrontati autori che hanno concettualizzato una **teoria del deficit** legata alle malattie psicosomatiche. Tali teorie concepiscono la malattia organica come multifattoriale - approccio biopsicosociale - e mettono al centro della propria ricerca l'importanza della **regolazione degli affetti** e, quindi, lo studio delle relazioni precoci madre-bambino, la teoria dell'attaccamento umano, la neurobiologia delle emozioni, le Neuroscienze affettive e il funzionamento del cervello (cervello destro, amigdala, ipotalamo,

corteccia prefrontale, ecc...) in alcune sue funzioni connesse alla regolazione emotiva (memoria, apprendimento, intelligenza emotiva, ecc...).

Il concetto basilare è che durante la prima infanzia il bambino apprenda un certo stile di regolazione dei propri affetti attraverso la relazione con i propri caregiver, strutturando i cosiddetti modelli operativi interni (MOI) che sono sì modificabili con la psicoterapia, ma che tendono a mantenersi stabili nel corso della vita in assenza di un percorso specifico di cambiamento.

Il seminario ha affrontato, dunque, lo studio di alcune ricerche dell'**Infant Research**, ovvero un gruppo di ricercatori nord americani specializzati nella ricerca empirica sulla prima infanzia: tali ricerche hanno indagato l'autoregolazione e la regolazione interattiva madre-bambino, cioè i modelli precoci di regolazione interattiva e l'origine presimbolica delle rappresentazioni di sé e dell'oggetto (l'altro da sé).

Questi autori hanno sottolineato l'importanza della qualità delle prime relazioni di attaccamento (J. Bowlby) e come la rappresentazione delle emozioni avvenga all'interno del campo intersoggettivo e quindi nella costruzione della rappresentazione di sé e degli altri del bambino (Ende, 1988; Stern 1985). Tale processo viene favorito inizialmente dal rispecchiamento delle espressioni emotive del bambino da parte della figura parentale che lo accudisce nei periodi di vita precoci e, successivamente, dal fatto che tale figura viene coinvolta in interazioni piacevoli di gioco con il bambino e gli insegna le parole per denominare le emozioni e riuscire a parlarne.

Lo stato emotivo e la funzione riflessiva della figura primaria di relazione sono, quindi, fattori importanti dello sviluppo emotivo del bambino. Una madre emotivamente sintonizzata ed espressiva comunicherà segnali al proprio figlio molto diversi rispetto ad una madre depressa, ansiosa, alessitimica. Anche senza alcun disturbo psichiatrico, i genitori differiscono nel livello di sintonia con gli stati emotivi dei loro figli e nella loro capacità di rispondere alle loro comunicazioni non verbali. Rappresentazioni emotive, funzione riflessiva e altre abilità di regolazione affettiva adattativa emergono pienamente in un contesto di relazioni infantili di attaccamento sicuro (Fonagy e Targhet, 1997).

In seguito, il seminario ha approfondito il concetto di **alessitimia**, un costrutto ormai cardine nella Psicosomatica contemporanea. Tale concetto viene definito come la capacità di leggere le emozioni proprie e degli altri e di tenerne conto nell'interazione con le altre persone. Le persone alessitimiche hanno difficoltà ad identificare i propri sentimenti, a differenziarli dai sintomi somatici, a dare loro un nome e, quindi, a comunicarli agli altri. Un'emozione (*emotion*), infatti, è un evento somatico che viene codificato dai centri corticali prefrontali i quali ne danno una lettura psicologica, trasformandoli in sentimenti (*feelings*). Il riconoscimento di un'emozione, quindi, è necessario affinché la mente attivi i processi regolatori intrapsichici o interattivi utili ad un ritorno ad uno stato di equilibrio: se una persona non riconosce di essere triste o arrabbiata, non può regolare il proprio stato con i pensieri conseguenti né chiedere aiuto, dunque l'attivazione fisiologica dell'emozione permane senza essere regolata dalla mente, lasciando il corpo in balia dell'attivazione fisiologica (Taylor *et al.*, 1993, 2000, 2014). In studi recenti l'alessitimia è risultata associata a stili di attaccamento insicuro (Taylor 2006).

L'alessitimia, in conclusione, è una caratteristica che favorisce lo sviluppo di disturbi fisici e psichici in quanto il mancato riconoscimento delle emozioni e la conseguente incapacità di regolarle è causa di somatizzazioni (malattie cardiovascolari, malattie della pelle, disturbi dell'apparato gastrointestinale, ecc...) e di diversi disturbi psichiatrici (abuso di alcol e droghe,

disturbi del comportamento alimentari, attacchi di panico, attacchi di panico, stati depressivi, catatonici, anedonici, ecc...)

Connesso al costrutto dell'alesitimia troviamo la **teoria del codice multiplo** di Wilma Bucci, docente e direttrice di ricerca presso il Derner Institute della Adelphi University di New York e psicoanalista, teoria che il seminario in Psicosomatica ha approfondito in un incontro primaverile. L'autrice sottolinea come il legame fra sentimenti e parole sia fondamentale per la salute psichica e fisica. La Bucci chiama tale legame *ciclo referenziale* e nota come una dissociazione tra sentimenti e parole sia spesso tra le cause dello sviluppo di somatizzazioni.

Negli ultimi incontri, che si sono svolti nei mesi autunnali, sono state affrontate le teorie più recenti e innovative in Psicosomatica: la **teoria polivagale** di Stephen Porges, un neurofisiologo ricercatore universitario della Indiana University, considerato tra gli scienziati contemporanei uno dei massimi esperti in tema di trauma. e un importante contributo alla comprensione delle malattie psicosomatiche, quello della teoria di un nuovo filone scientifico, la **Psiconeuroendocrinoimmunologia**.

La tesi principale della teoria polivagale di Porges è che il sistema nervoso Autonomo (SNA) è composto da tre branche: l'una in grado di promuovere la reazione di attacco-fuga-immobilizzazione (sistema nervoso simpatico), l'altra in grado di innescare la reazione di morte apparente (sistema nervoso parasimpatico dorso-vagale), e la terza in grado di promuovere l'aiuto reciproco e l'affiliazione (parasimpatico ventro-vagale). La branca dorso-vagale del sistema parasimpatico, che stimola la immobilizzazione (morte apparente), ha fibre afferenti agli organi sottodiaframmatici, mantiene l'omeostasi, è informata e dà informazioni dalle/alle funzioni viscerali di base (stomaco, intestino tenue, colon, vescica) ed è filogeneticamente primitiva, ovvero condivisa da rettili e mammiferi. Successivamente nei mammiferi si è sviluppata una terza branca, il sistema parasimpatico ventro-vagale, che è più recente, è mielinizzata, differenzia filogeneticamente i mammiferi dai rettili ed è legata a comportamenti di attaccamento, affiliazione e aiuto reciproco. Essa può attivarsi solo in condizioni di sufficiente sicurezza, ha fibre afferenti agli organi sopradiaframmatici, riceve e dà informazioni ai muscoli del volto, della faringe, dei polmoni, del cuore, e quindi consente l'espressione delle emozioni attraverso il volto, la voce, la prosodia e il respiro.

Porges, dunque, utilizza una lettura evoluzionistica e filogeneticamente determinata delle nostre reazioni al pericolo, utilizzando un principio di relazione gerarchica delle reazioni dell'uomo al pericolo: quando le reazioni più recenti e filogeneticamente più evolute (ventro-vagali) non funzionano, scattano le reazioni più antiche (simpatico, attacco/fuga/freezing) e infine rettiliane (dorso-vagali dunque l'immobilizzazione).

Tale modello è utile alla Psicosomatica in quanto rende noto come le persone traumatizzate vivano un perenne stato di allerta non regolato che a propria volta porta a somatizzazioni di diverso genere. Quando il vago sottodiaframmatico viene utilizzato per gli stati di difesa può emergere una diversa gamma di disturbi clinici proprio a causa della continua sollecitazione del sistema parasimpatico dorso-vagale. A livello funzionale, il nostro sistema nervoso sta continuamente effettuando valutazioni del rischio al di fuori del campo della consapevolezza e cambia istintivamente lo stato fisiologico per ottimizzare le categorie di comportamento - coinvolgimento sociale, attacco fuga o spegnimento. I pazienti potrebbero quindi mostrare fibromialgia, problemi digestivi e intestinali, difficoltà a fare e a godere del sesso, sebbene desiderino farlo. Diversi sintomi clinici, che tendono ad essere visti all'interno del mondo

medico come facenti parte unicamente della dell'organo bersaglio, potrebbero essere legati a una perturbazione della regolazione neurale di questi organi.

Negli anni 2000 viene fondata la PNEI (Società di Psico Neuro Endocrino Immunologia). La PNEI è lo studio delle correlazioni esistenti tra la psiche e i grandi sistemi di regolazione generale dell'organismo: il sistema nervoso, il sistema endocrino e il sistema immunitario. **Gli studi provenienti dalla PNEI offrono un modello di comprensione scientificamente valido dell'unità psicosomatica dell'essere vivente.**

Essa ha permesso di fare luce, almeno in parte, sulle vie di comunicazione tra il cervello e il resto del corpo; ci spiega come le informazioni biochimiche connettono l'intero sistema, passando per delle vie preferenziali, che sono le vie nervose, endocrine, immunitarie, tra loro comunicanti. Gli stessi mediatori biochimici sono prodotti in tutti gli organi associati funzionalmente.

I ricercatori americani Maunder e Hunter, basandosi su dati emersi dalle ricerche, hanno predisposto un modello secondo il quale l'attaccamento insicuro (Bowlby) può favorire uno stato di malattia in tre modi: 1) influenzando la regolazione dello stress; 2) Alterando l'utilizzo dei regolatori esterni; 3) Alterando l'utilizzo dei fattori protettivi.

Inoltre lo stile di attaccamento può interagire con la malattia favorendo la manifestazione di alterazioni psicopatologiche, come uno stato depressivo o di ansia, che pregiudicano a loro volta la condizione clinica.

Infine, nell'ultimo incontro, il seminario ha approfondito le diverse **indicazioni terapeutiche secondo Alexander e le indicazioni per il trattamento di Taylor**. Sono risultate particolarmente attuali le parole di Alexander, il cui testo risale agli anni '50 del Novecento e che riportiamo fedelmente:

“Uno degli errori più frequenti in questo campo è rappresentato dalla convinzione che, una volta rilevata l'eziologia emotiva di un tratto morboso, divenga superfluo ogni trattamento medico somatico. Questo errore si contrappone ad un errore ancora più antico basato sulla convinzione per la quale il paziente che soffre di sintomi fisici deve essere esclusivamente curato dal medico. Il progresso della medicina moderna si fonda proprio sulla stretta collaborazione del medico con lo psichiatra tanto nella diagnosi quanto nella cura”.

Ed ancora “Una più efficace coordinazione di misura curative somatiche e psichiche rappresenta una delle più grandi mete della scienza medica moderna. Per raggiungerla sarà necessario avere una conoscenza più precisa delle relazioni che intercorrono tra i fattori costituzionali, emotivi e fisiologici che sono la base dello stato di malattia”.