

ROBERTO TAMARRI

RIFLESSIONI INTORNO ALLA PSICOSOMATICA

Estratto

Una panoramica riassuntiva, non completa ma che non trascura l'essenziale, dei principali autori e correnti medico-psicologiche che si sono occupati di psicosomatica. Sono evidenziate le possibilità di un approccio psicoterapeutico ai disagi e sofferenze che si collocano in questa critica intersezione tra psiche e soma.

Ci sono due significati, due accezioni del termine "psicosomatica"; usato per la prima volta nel 1818 da **J.C. Heinroth** (*Medicina Romantica*), nel 1822 **K.W.M. Jacobi** vi si oppose con il concetto di "somatopsichico". Come si vede, sin dall'inizio, vi fu disaccordo sul polo (psiche o soma) cui dare la preminenza. Circa i due significati, nell'accezione ristretta, con questo termine si intende quella branca della medicina che si occupa di disturbi organici che, non rivelando alla loro base una lesione anatomica o un difetto funzionale, sono ricondotti ad un'origine psicologica; nell'accezione più ampia, s'intende per psicosomatica quella concezione la quale, oltrepassando il dualismo psicofisico che, secondo il modello cartesiano, separa il corpo dalla mente, guarda all'uomo come un tutto unitario dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio. Adottando questo punto di vista, la medicina psicosomatica ribalta lo schema etiologico classico che prevede la lesione dell'organo come causa della disfunzione, a sua volta causa della malattia; nello schema secondo cui il mantenersi di uno stress funzionale, che ha la sua origine nella vita quotidiana dell'individuo, genera quella disfunzione dell'organo, causa della lesione, a sua volta causa della malattia.

Nel significato più ristretto, psicosomatico è quindi sinonimo di psicogeno, ed è usato per indicare la "teoria dell'origine mentale delle manifestazioni corporee". Il significato più esteso di medicina psicosomatica è invece quello di medicina totale, di una medicina cioè che tenga conto della totalità psicofisica dell'uomo; sinonimo di *comprehensive medicine*, in uso nella letteratura americana.

Naturalmente, se pure questi termini nascano, come sopra riferito, all'inizio del XIX secolo,

tutta la storia del pensiero (filosofia), nonché della medicina antica è permeata della questione della separazione tra anima e corpo (psiche-soma) = dualismo, o di una loro unità e sostanziale identità = monismo. Troviamo queste due concezioni addirittura agli albori del pensiero filosofico greco: Parmenide caposcuola dell'Uno, e Platone (sec. VI-V a.C.), capostipite di tutte le concezioni dualistiche.

Nello stesso Cristianesimo, il dualismo anima-corpo è di derivazione platonica, mentre per le sue radici ebraiche non a caso si parla di "resurrezione del corpo" nella sua totalità. Anche la storia della medicina antica conosce queste distinzioni: se i pitagorici e gli ippocratici scrutavano, insieme ai segni fisici (semiotica) anche i sogni del malato, i medici alessandrini e prima ancora quelli della scuola medica dell'isola di Knidos sezionavano e talvolta vivisezionavano e consideravano il corpo malato come un oggetto. Non stupiscano queste digressioni nel passato: l'attualità affonda le sue radici nella nostra storia e se oggi siamo come siamo e pensiamo in un certo modo, è stato anche perché quel popolo di mangiatori di olive e fichi che erano gli antichi greci ha elaborato certe teorie e non altre. Il dibattito tra concezioni monistiche e dualistiche ha attraversato tutta la storia del pensiero umano, ed ognuna delle concezioni ha un proprio valore e un ambito di applicabilità: è bene chiarire subito che non si deve (né si può) stabilire se l'una sia vera e l'altra falsa.

In tempi moderni, una posizione interessante e originale è stata assunta dall'esistenzialismo, che al dualismo anima-corpo ha contrapposto il dualismo corpo vivente-mondo; l'opposizione fondamentale non sta tra mente e corpo, ma tra l'essere umano nella sua totalità (psicosomatica) che si contrappone, per conoscerlo e trasformarlo, al mondo esterno.

Dopo queste digressioni, a mio avviso non peregrine poiché consentono di collocare meglio le questioni evidenziandole con uno sfondo più ampio, torniamo al nostro oggetto: la psicosomatica. Secondo le concezioni più recenti sono inquadrabili nella psicosomatica:

- 1) le malattie e i pazienti funzionali in cui non esiste substrato lesionale anatomicamente evidenziabile;
- 2) alcune malattie con lesioni organiche (ulcera per es.) che si accompagnano a tratti ansiosi e distimici della personalità.

Inoltre, non esiste tanto un malato o una malattia psicosomatica quanto un approccio psicosomatico al paziente (e questo, come abbiamo chiarito all'inizio, rientra nella accezione più ampia del termine "psicosomatico"). Per motivi di sintesi e per il fine brevemente informativo che questo scritto si propone, non possiamo allargarci ad illustrare la concezione olistica di una medicina centrata nell'individuo nella sua totalità, concezione che è alla base di tutte le medicine cosiddette alternative e della stessa omeopatia. Accenneremo al contributo dato allo studio della

psicosomatica da alcuni degli studiosi più significativi di ispirazione psicomodinamica, soprattutto per ciò che riguarda la definizione dei problemi.

Innanzitutto teniamo presente che la psicoanalisi stessa nasce, con i primi casi trattati da S. Freud, proprio dal confronto con un problema psicosomatico: quello della sintomatologia organica dell'isteria e della nevrosi d'angoscia. Inoltre nel *Compendio di Psicoanalisi*, del 1938, sintetizzando riflessioni presenti “in nuce” nelle prime opere ma lasciate senza sviluppo, Freud afferma che il cosiddetto “concomitante somatico” (in opposizione allo psicologico, cosciente) rappresenta lo psichico vero e proprio, ossia l'inconscio (Es).

Uno dei primi seguaci di Freud che si occupò di psicosomatica (anche se non fu psicoanalista, ma anzi si mantenne sempre autonomo e indipendente) fu **Georg Groddeck** (1866-1943). Rimase senza eredi perché la sua metodologia di approccio al malato era troppo legata alla sua personalità: era dotato di grande empatia e di intuizioni terapeutiche, qualità che non si insegnano. Rimase sempre in rapporto epistolare con Freud, che pure talvolta disapprovandolo, ebbe per lui grande stima e considerazione, anche se la concezione dell'Es di Groddeck era troppo mistica, e talvolta stravagante, per essere accettata dal Maestro.

Per Groddeck la malattia, psichica o somatica che sia, è un messaggio dell'Es espresso in forma di simbolo; il corpo è una mappa di rappresentazioni simboliche. Sogno e sintomo sono per lui dialetti diversi di una stessa lingua madre, il linguaggio dell'Es. D'altronde, la sua concezione dell'inconscio (*Es*) è troppo monolitica e mistica (ripresa da F. Nietzsche) per essere condivisa da Freud, incline al positivismo, che non può accettare certe fantasie febbrili e caotiche, se pure suggestive.

Attraverso la propria concezione dell'Es, Groddeck tenta il superamento del dualismo cartesiano. Il suo monismo è però basato su una visione totalmente indifferenziata, non dialettica della relazione psiche-soma, improntata al misticismo e diversa dalla psicoanalisi classica.

Felix Deutsch (1884-1964), medico internista e psicoanalista, per tutta la vita non abbandonò mai la speranza di riuscire a individuare e definire la relazione tra fenomeni psicologici e fisiologici.

“Il misterioso salto dalla mente al corpo”: questa frase di Freud, riferita al processo di conversione somatica, illumina e accompagna tutta l'opera di Deutsch, è il tentativo di comprendere nell'ambito teorico della conversione tutte le malattie organiche. La malattia si delinea come un mezzo per evacuare conflittualità, per adottare le pulsioni istintuali individuali alle richieste del tipo di cultura (in senso antropologico) in cui vive il soggetto, con un dispendio di energie minore rispetto alla nevrosi e senza ledere le norme comportamentali del contesto sociale. Detto con altre, e più semplici, parole, ci si ammala per mantenere una sorta di equilibrio, e così in ogni individuo

normale ha luogo un processo di conversione continuo di fronte a disagi esistenziali: improvvisi rossori, traspirazione eccessiva, attacchi di emicrania o diarrea come somatizzazioni di disagi relativamente lievi; malattie più gravi sono conversioni di disagi più seri e profondi, ancorché spesso inconsci. Si configura così una sorta di dimensioni strategica della malattia, fino a ipotizzare una conversione improntata all'istinto di morte, una conversione autodistruttiva, in seguito a una sorta di retroiezione di impulsi aggressivi diretti verso oggetti odiati ma simbolizzati nel proprio corpo. Il problema della scelta d'organo occupa un grande posto nella sua riflessione.

A questo punto, toccato il tema della scelta d'organo, è obbligo accennare a **Franz Alexander** (1891-1964) (dico accennare per l'impossibilità, in questa sede che vuole essere una panoramica, di trattarne diffusamente, come meriterebbe). La sua opera è una pietra miliare nel campo della psicosomatica, tanto che certe sue acquisizioni e intuizioni circa la correlazione tra sintomi e tratti del carattere sono state addirittura banalizzate dalla divulgazione (per es. stipsi correlata a pessimismo e diffidenza, ulcera peptica a condotte esageratamente aggressive e ambiziose). In realtà Alexander afferma che ogni etiologia è pluricausale: non esistono malattie con etiologia puramente psicogena; egli nega il concetto di malattia psicosomatica come categoria specifica e afferma che teoricamente ogni malattia è psicosomatica. A differenza degli altri autori, distingue nettamente tra conversione e nevrosi d'organo (gli altri studiosi, come abbiamo visto, in modi diversi cercano di applicare il concetto di conversione anche alle malattie fisiche). Così la conversione, carica di emotività, che ha luogo nel sistema neuromuscolare volontario e sensoriale, è altra cosa dalla nevrosi viscerale, che riguarda organi controllati dal sistema nervoso autonomo, che non hanno rappresentazione psicologica diretta nella mente. Gli organi interni possono essere influenzati da tensioni emotive; teniamo presente che il concetto di emozione è qualcosa che affonda nel somatico, è innervato per così dire; le nostre emozioni (*e-moveo*=muovo-da) sono tutte somaticamente connotate: sentimento ed emozione, *feeling and emotion* connettono il versante psichico al versante somatico del "sentire"; mentre il concetto di sentimento è più psichico, l'emozione lo radica nel soma. Così i disordini organici evolverebbero in due tempi:

- 1) stato emotivo cronicamente alterato → disturbo funzionale;
- 2) disturbo funzionale → alterazione nei tessuti → malattia organica.

Per Alexander è possibile delineare una connessione tra costellazione emotiva e funzione vegetativa.

Concludendo, ricordiamo che questo autore può essere considerato il capostipite dei sostenitori della possibilità di un'integrazione teorica tra la fisiologia e la psicodinamica.

Nel 1966 **Donald W. Winnicott** (1896-1971) scrisse un fondamentale articolo dedicato alla psicosomatica, anche se pertinenti osservazioni su questo tema si trovano sparse in tutta la sua

opera. In questo articolo a lungo si discute sul “trattino” che separa le due porzioni del termine psico-somatico. Esso viene considerato la parte più importante della parola perché definisce l’area che deve essere studiata, in quanto il trattino nello stesso tempo “congiunge e separa i due aspetti della pratica medica”. Su questo trait d’union lavora lo specialista di malattie psicosomatiche, e sempre su questo punto si inserisce il disturbo fondamentale del paziente, cioè la sua dissociazione, che tende a separare i due termini e a fare quindi posto al trattino.

Secondo Winnicott, pediatra e grande psicoanalista, se il processo maturativi del bambino procede regolarmente, il godere del funzionamento del corpo rinforza lo sviluppo dell’io, e anche lo sviluppo dell’io rinforza il corpo. Un normale processo maturativi dallo stato primario non integrato dipende dall’atteggiamento materno; se questo è “sufficientemente buono” si realizzerà l’integrazione psicosomatica, cioè la psiche riuscirà ad abitare dentro il soma; un fallimento evolutivo provocherà invece un’insicurezza dell’abitare dentro, e condurrà alla depersonalizzazione e a disturbi psicosomatici. La malattia comporta una scissione nella personalità dell’individuo in cui esiste una fragilità del legame tra psiche e soma; ma qui sta anche l’aspetto positivo della malattia psicosomatica: ammalandosi il corpo per eventi familiari, lavorativi, ecc. (stress a impatto emotivo), viene mantenuta, anche se in negativo, l’unità fondamentale psicosomatica dell’individuo (individuo = che non può essere diviso). Molte parole ancora varrebbe la pena di spendere riguardo al pensiero di Winnicott che, sebbene non si sia occupato eminentemente di psicosomatica, a differenza per esempio di Alexander, ha tuttavia fatto osservazioni geniali. La stessa discussione sul “trattino”, sopra riferita, tesa a individuare l’area della psicosomatica, mostra come la posizione delle questioni teoriche non sia astrattezza inutile, ma elemento di fondazione per il conoscere e l’agire.

Altri autori varrebbe la pena di esaminare da **Von Uexküll** a **Mitscherlich** a **Ammon** a **E. Gaddini** a **L.A. Chiozza**, che hanno contribuito allo studio delle questioni psicosomatiche, ma lo spazio tiranno e il taglio sintetico che volontariamente ci siamo dati lo impediscono.

Concludiamo con un cenno alla scuola psicosomatica di Parigi, rappresentata soprattutto da **C. David**, **M. Fain** e **P. Marty**.

Questi autori affermano che la somatizzazione è ubiquitaria; non si tratta quindi di individuare nevrosi viscerali o personalità premorbose (la critica ad Alexander è esplicita), ma di individuare connotazioni più generali, le cui caratteristiche fondamentali sono sostanzialmente tre:

- 1) difetto di mentalizzazione;
- 2) dominanza del pensiero operatorio
- 3) organizzazione delle difese secondo le modalità delle nevrosi di carattere.

Il difetto di mentalizzazione consiste nella relativa incapacità, da parte di questi pazienti, di

fare uso dei meccanismi difensivi mentali. Le difficoltà esistenziali non sono mentalizzate, passando attraverso le relative emozioni; precipitano direttamente, quindi, in uno stato di malattia fisica. Questo, detto in estrema sintesi. La dominanza del pensiero operatorio è la caratteristica dei pazienti psicosomatici più significativamente e originalmente evidenziata dalla teoria degli autori francesi. Nel raccontare la propria storia, questi pazienti parlano della loro malattia, anche se con molti particolari, sempre in termini concreti; si nota un'affettività poco articolata, scarsità o assenza di emozioni. In breve, si può dire che in questi pazienti l'attività fantasmatica è scarsa o assente; altrimenti detto, come scrive **Luigi Scoppola**, "il paziente psicosomatico non è in condizioni di pensare se stesso come persona malata e sofferente, cioè pensare la situazione affettiva del proprio star male. Egli è soltanto malato e come tale si pone agli altri perché venga individuata la organizzazione della malattia somatica" (p. 170).

Questa concezione, sinteticamente riassunta nella brevità di questo articolo, è una delle più seguite dagli psicosomatisti; ma d'altronde **Cremerius**, noto psicoanalista tedesco, l'ha fatta oggetto di critica, sostenendo che il pensiero operatorio non è tanto caratteristico dei pazienti psicosomatici, quanto di determinate classi sociali, che difettano della capacità culturale di esprimere le proprie emozioni.

Inoltre, aggiungerei che spesso l'atteggiamento medico prevalente, ignorando i sintomi soggettivi e mantenendosi il più oggettivo possibile, favorisce tale stato di cose. Il malato psicosomatico, girovagando spesso inutilmente da un medico all'altro, impara forse che ciò che si vuole è l'oggettività e la fredda descrizione dei sintomi, e probabilmente si adegua alle modalità che generalmente gli vengono richieste. Nelle culture dove operano gli sciamani o i curanderos è tutto un pullulare di emotività, sia nei malati che negli "operatori sanitari". Ciò è detto senza alcuna velleità naif o new age, ma solo per mettere in risalto come le valenze culturali (in senso antropologico) influiscono molto e relativizzano certe categorie, anche diagnostiche, che si pretendono oggettive e universalmente scientifiche.

Bibliografia

Bevilacqua P., Bicchielli U., Cesari G., Gallucci F., Grignani M., Maremmani A., Modena E., Stefanelli M., *Psicosomatica*, in “Quaderni di Psicoterapia Infantile”, n. 7, 17-70, Roma, Borla, 1982.

Alexander F., *Medicina Psicosomatica*, Firenze, Giunti Barbera, 1968.

Cremerius J., *Psicosomatica Clinica*, Roma, Borla, 1981.

Mengheri M., *Il Precipitare dei Pensieri del Corpo*, Roma, Melusina, 1992.

Scoppola L., *Psicoanalisi e fenomeni Psicosomatici*, in “Psichiatria e Psicoterapia analitica, 1992, 11,2.

ROBERTO TAMARRI

Laureato in filosofia, psicologo, specialista in psicoterapia, è membro dell’A.I.P.A. (Associazione Italiana per lo Studio della Psicologia Analitica). Già collaboratore dell’Università di Pisa, lavora in Livorno come psicologo analista e psicoterapeuta privatamente e presso il Servizio di Assistenza e Informazione Sanitaria.