



FONDAZIONE ISTUD

**Dialogo mente-corpo/corpo-mente:  
esiti di salute e prospettive di  
sostenibilità**

**Programma Scienziati in Azienda - XII Edizione  
Stresa, 26 settembre 2011 – 27 luglio 2012**

A cura di: Gianfelice Alicino, Angela Convertino, Gaetana Damore,  
Maria Carolina de Ceglie, Marina Mangiulli, Angela Stabile, Valeria Volpe

## INDICE

<b>1. CAPITOLO 1 – BENESSERE E MALESSERE: UNA VISIONE DI INSIEME</b>	<b>pag. 3</b>
<b>1.1 Introduzione</b>	<b>pag. 3</b>
<b>1.2 L'arte magica della guarigione</b>	<b>pag. 3</b>
<b>1.3 Il disincanto: la medicina diventa scienza</b>	<b>pag. 4</b>
<b>1.4 L'attualità del ben-essere e del mal-essere</b>	<b>pag. 5</b>
<b>1.5 Concezione olistica di promozione della salute in un'ottica centrata sulla persona</b>	<b>pag. 6</b>
<i>1.5.1 L'individuo</i>	<i>pag. 7</i>
<i>1.5.2 La promozione della salute nel sistema familiare</i>	<i>pag. 7</i>
<i>1.5.3 I luoghi per eccellenza: la scuola e il lavoro</i>	<i>pag. 8</i>
<i>1.5.4 Promozione della salute a livello allargato</i>	<i>pag. 9</i>
<i>1.5.5 Promozione della salute a livello legislativo</i>	<i>pag. 9</i>
<b>2. CAPITOLO 2 – IL RAPPORTO MENTE-CORPO</b>	<b>pag. 10</b>
<b>2.1 Uno sguardo alla medicina psicosomatica</b>	<b>pag. 10</b>
<i>2.1.1 La visione olistica in Italia</i>	<i>pag. 14</i>
<i>2.1.2 La visione olistica in Europa</i>	<i>pag. 14</i>
<b>2.2 Evoluzione storico-filosofica</b>	<b>pag. 14</b>
<i>2.2.1 Dalle società primitive ad Aristotele</i>	<i>pag. 15</i>
<i>2.2.2 Dal Medioevo a Cartesio</i>	<i>pag. 16</i>
<i>2.2.3 Dalla Rivoluzione Industriale all'epoca contemporanea</i>	<i>pag. 17</i>
<b>2.3 Origine della medicina psicosomatica</b>	<b>pag. 18</b>
<b>2.4 Affermazione dell'unità somatopsichica</b>	<b>pag. 18</b>
<b>3. CAPITOLO 3 – LE MALATTIE PSICOSOMATICHE</b>	<b>pag. 21</b>
<b>3.1 L'unità mente-corpo nella malattie psicosomatiche</b>	<b>pag. 21</b>
<b>3.2 Reazioni e disturbi psicosomatici</b>	<b>pag. 23</b>
<i>3.2.1 Caratteristiche comuni delle psicosomatosi</i>	<i>pag. 24</i>
<b>3.3 Disturbo Ipocondriaco</b>	<b>pag. 25</b>
<i>3.3.1 Caso clinico di ipocondria in comorbilità con Binge Eating Disorder</i>	<i>pag. 28</i>
<b>3.4 Disturbi dell'alimentazione</b>	<b>pag. 29</b>
<i>3.4.1 Caratteristiche psicologiche nei disturbi alimentari</i>	<i>pag. 30</i>
<i>3.4.2 Fattori implicati nell'insorgenza e nello sviluppo di un disturbo alimentare</i>	<i>pag. 32</i>
<i>3.4.3 Possibili terapie per la cura di un disturbo alimentare</i>	<i>pag. 32</i>

<b>4. CAPITOLO 4 – APPROCCI TERAPEUTICI IN PSICOSOMATICA</b>	<b>pag. 34</b>
<b>4.1 Quadro generale delle terapie in psicosomatica</b>	<b>pag. 34</b>
<b>4.2 Ruolo del corpo in psicoterapia</b>	<b>pag. 35</b>
4.2.1 <i>Vegetoterapia di Reich</i>	pag. 36
4.2.2 <i>Bioenergetica di A. Lowen</i>	pag. 38
4.2.3 <i>Altri approcci olistici</i>	pag. 40
<b>5. CAPITOLO 5 – LA MEDICINA PSICOSOMATICA: UN’INDAGINE SOCIO-ECONOMICA</b>	<b>pag. 46</b>
<b>5.1 Aspetti generali</b>	<b>pag. 46</b>
<b>5.2 Esempi di valutazioni socio-economiche</b>	<b>pag. 46</b>
5.2.1 <i>Vantaggi socio-economici dell’approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento dell’artrite reumatoide</i>	pag. 47
5.2.2 <i>Vantaggi socio-economici dell’approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento della sindrome del dolore cronico</i>	pag. 49
5.2.3 <i>Vantaggi socio-economici dell’approccio terapeutico psicosomatico nel decorso post-operatorio</i>	pag. 49
5.2.4 <i>Vantaggi socio-economici dell’approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento dei disturbi somatoformi e dell’anoressia nervosa</i>	pag. 50
5.2.5 <i>Vantaggi socio-economici dell’approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento dell’ipocondria</i>	pag. 51
<b>5.3 L’impatto socioeconomico delle medicine alternative: la tecnica Reiki</b>	<b>pag. 53</b>
<b>6. CAPITOLO 6 – LA MEDICINA PSICOSOMATICA: QUALI LE CONOSCENZE REALI?</b>	<b>pag. 55</b>
<b>6.1 Analisi di un’indagine on-line</b>	<b>pag. 55</b>
<b>6.2 Conclusioni</b>	<b>pag. 56</b>

# **CAPITOLO 1**

## **BENESSERE E MALESSERE: UNA VISIONE DI INSIEME**

### **1.1 Introduzione**

L'evoluzione umana è passata da un concetto olistico, quasi magico, dell'uomo ad una modalità frettolosa di diagnosi in cui il sintomo catalizza quasi totalmente l'attenzione del professionista, divenendo lo scomodo elemento disturbante in un ideale stato di salute.

Sono oramai conosciuti i limiti di un approccio focalizzato sul sintomo, approccio che non tiene conto dell'individuo quale microsistema inserito in sistemi sempre più ampi e complessi, fortemente condizionati dalla globalizzazione, con rapidi cambiamenti culturali e scambi interpersonali.

Analizzeremo come il corpo e la mente (dapprima uniti) abbiano trovato la scissione e quali siano i recenti sforzi per “riunire” queste due entità le quali non hanno vita propria e necessitano di compenetrarsi per consentire un benessere globale della persona. Vedremo come medicina e psicologia siano due facce della stessa medaglia: facce che la necessità di dar dignità scientifica ha nettamente separato, inizialmente a favore della pratica medica e successivamente di quella psicologica, queste ulteriormente suddivise in sezioni sempre più “esatte”, perdendo di vista il tutto che non è mai la somma delle parti.

L'obiettivo è, dunque, la ricerca di un modello che integri medicina e psicologia nel tentativo di rendere all'uomo la sua identità di essere nel mondo come individuo, indiviso e indivisibile.

### **1.2 L'arte magica della guarigione**

Le origini della medicina, intesa come qualsiasi intervento finalizzato all'allontanamento di un sintomo, si intersecano tra i piani religioso-filosofico, antropologico e archeologico.

Nelle società arcaiche la buona salute è l'equivalente della sopravvivenza e del proseguimento della specie: il ruolo del “guaritore” è sostanziale per l'equilibrio della comunità, nonché detentore di conoscenze; in tali culture è il “morbo” ad essere peculiare, mutevole e soggettivizzato al caso specifico.

Attualmente l'orientamento che meglio esemplifica l'evoluzione della pratica magico – medica è lo sciamanesimo, in cui lo sciamano è l'uomo – medicina, in possesso di

particolari nozioni ed abilità, detentore di credi e valori: ha la capacità di “entrare” nel corpo e nello spirito del malato, estraendone sostanze malefiche.

Per lo sciamano non c'è distinzione tra malattia fisica, psichica e spirituale: il suo sguardo trapassa l'illusione dell'oggettività; il concetto di malattia diviene semplice, per cui se l'anima è integra non può esserci malattia; si va oltre il moderno concetto di psicosomatica, in quanto il corpo, la mente ma anche lo spirito non hanno mai conosciuto scissione.

La forza dello sciamano deriva dal suo essere analfabeta, per cui è un'anima primitiva priva dei condizionamenti logici della prassi scritta, ma la sua forza risiede nell'esperienza profondamente sedimentata.

La scientificità dubbia delle pratiche magiche non può prescindere dal dato oggettivo: molto spesso il guaritore guarisce, e la cura non è standardizzata ma riportata alla specificità del caso singolo (per cui non si è focalizzati sul sintomo). La malattia viene intesa come un “luogo” in cui il guaritore è “viaggiatore”. Dunque, i punti di contatto con la medicina tradizionalmente intesa sono: la presenza di un agente esterno patogeno, l'effetto placebo conseguente e, infine, la peculiarità individuale del singolo, simile all'odierna concezione psicosomatica.

### **1.3 Il disincanto: la medicina diventa scienza**

Gran parte della medicina occidentale trova le sue origini in linea diretta dall'antico Egitto e in maniera indiretta dalle tradizioni indiane e cinesi: è qui che la pratica magica diventa prassi medica, in un quadro di unione del patrimonio conoscitivo religioso, astronomico, fisico e matematico. Queste tre culture hanno definito la scissione netta tra la ritualistica magica connessa alla cura delle affezioni e l'inizio di una nomenclatura eziopatogenetica e della scientificità della medicina odierna. Tale percorso ha visto un graduale cambiamento di ottica, operando una scissione sempre più netta tra psiche e soma e tuttavia consentendo uno sviluppo rapido della scienza medica.

È idea comune che la nascita della medicina contemporanea sia avvenuta nella Grecia di Ippocrate (V secolo a.C.); secondo i medici greci la salute è il delicato equilibrio di diversi elementi (sangue, bile gialla, bile nera e flemma): interessante notare come ad un malessere fisico sia associato uno stato d'animo (emotività-caldo, collera-secchezza, malinconia-umido, apatia-freddo) e come uno squilibrio in un organo provochi un effetto a livello sia di soma che di psiche.

L'antica Roma scopre tardivamente l'arte medica (III secolo a.C.), precedentemente affidata ai rimedi domestici; il vero sostanziale apporto è stato in ambito epistemologico: da arte a scienza, la medicina diviene sperimentale con una cura moderna nella diagnosi e nell'analisi dei sintomi; inoltre, la cultura araba funge da anello di connessione tra mondo antico e mondo moderno.

Il periodo medievale, caratterizzato da carestie e pestilenza, segna un ritorno a stregoni e amuleti, col sapere che diviene appannaggio della Chiesa e delle comunità monastiche.

Un primo cambiamento venne da Salerno nel IX secolo ad opera dei Benedettini di Montecassino, dove fu fondata la prima scuola medica di Occidente: da allora in poi l'evoluzione della medicina è stata rapidissima.

#### **1.4 L'attualità del ben-essere e del mal-essere**

La psicologia della salute è l'insieme dei contributi specifici della disciplina psicologica alla promozione e al mantenimento della salute, alla prevenzione e trattamento della malattia e all'identificazione dei correlati eziologici, diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate e all'analisi e miglioramento del sistema di cura della salute.

La rinnovata attenzione alla prevenzione può essere attribuita al riconosciuto risparmio economico sulle spese del SSN, ma anche ad un interesse specifico per l'essere umano e al palese vantaggio sociale: è evidente la stretta interazione tra salute e "vitalità", intesa come benessere individuale e impatto sociale.

I costi sono elevati: si stima, per esempio, che le malattie cardiovascolari siano dovute allo stress legato all'attività lavorativa in larga misura; conseguenza di ciò è l'assenteismo, senza dimenticare la perdita di produttività.

È pertanto fondamentale il concetto di *Salutogenesi* che, sebbene evidenziato dall'OMS fin dal '48, fatica ad entrare nella cultura quotidiana delle organizzazioni: c'è la necessità di considerare la salute non più come mera assenza di malattia, ma come uno stato più globale di benessere legato strettamente ad un concetto olistico e sistemico dell'individuo, sostenendo la rilevanza di tutto ciò che rientra nell'ambito umano dal punto di vista biologico, psicologico e sociale.

L'apertura alla qualità, piuttosto che alla quantità della salute, ha permesso l'accesso ad un mondo squisitamente psicologico, quello della relazione: è nella soddisfazione relazionale la base della possibilità di approcciare in maniera efficace l'ambiente ed i cambiamenti. Tale benessere dimora nell'infanzia dell'individuo: la creazione di relazioni soddisfacenti in età adulta è strettamente correlata col modello relazionale strutturato in età precoce; questo resta il substrato di decodifica delle successive relazioni e può essere modificato in momenti di particolare cambiamento naturale della vita (es. maternità) o attraverso un lungo e doloroso viaggio nella consapevolezza di sé. Da questo si evince l'importanza del ruolo materno nella costruzione di strategie cognitive e relazionali, e il valore dei primi anni di vita nella strutturazione della salute psicologica e relazionale dell'adulto.

La posizione attuale della psicologia della salute è centrata sulla promozione della stessa e si sta ri-scoprendo la necessità economica di prevenire in primis e di educare al mantenimento di uno stato di salute ad ampio spettro.

In ambito applicativo, per quanto riguarda gli interventi preventivi bisogna considerare:

- l'individuo adulto;
- il sistema famiglia;
- il minore (ruolo di scuole ed educatori).

L'obiettivo è il potenziamento (*empowerment*) dell'individuo, della famiglia e della comunità focalizzando l'intervento sull'attivazione delle risorse, in modo da restituire al soggetto un ruolo attivo nel mondo.

L'*empowerment*, tramite il suo ruolo di supporto ed educativo, si fonda sul concetto di rete, basato sull'orientamento ecologico – relazionale, in cui il benessere dell'individuo è legato alla salubrità dell'ambiente dove vive e lavora, e sulla comunicazione interpersonale; a loro volta le reti possono essere:

- primarie, cioè basate soprattutto sui legami affettivi;
- secondarie, ovvero sistemi con funzioni specifiche e condivise, che forniscono servizi particolari e non necessariamente nati con una formazione spontanea.

La difficoltà insita nel concetto stesso di prevenzione è nella difficile standardizzazione dei risultati in studi statistici: l'isolamento delle variabili è difficoltoso ed è economicamente complesso investire sulla prevenzione. Non meno importante è il concetto che prevenendo il malessere si andrebbe incontro ad un conflitto di interessi con le lobby che della cura fanno la loro forza economica.

### **1.5 Concezione olistica di promozione della salute in un'ottica centrata sulla persona**

L'individuo deve essere considerato come *soggetto umano ecologico* in una costante relazione familiare e sociale, il cui benessere viene determinato da fattori individuali e sociali. Aderire all'idea che la salute si determina a livello sociale aiuta a definire l'attribuzione del significato di benessere e di malessere di una comunità. Il riconoscimento del ruolo importante della salute individuale quale parte di una salute globale della comunità, intesa come organismo sinergico e capace di influenzare positivamente e negativamente le parti del sistema, implica una visione sistemica di salute che consente di allargare l'intervento a molteplici ambiti dell'esistenza umana, basandosi sul principio sistemico – razionale per cui una modificazione in un elemento del sistema è in grado di provocare modificazioni a cascata negli altri componenti.

Occorre un intervento basato sulla persona: le basi sono il profondo rispetto dell'essere umano col quale relazionarsi in maniera accettante e non giudicante, associandolo all'empatia e all'autenticità per favorire i processi di crescita ed *empowerment*

dell'individuo: promuovere la salute significa porre l'altro (individuo, sistema, istituzione) in condizione di esprimere al meglio scelte consapevoli e finalizzate al benessere.

### *1.5.1 L'individuo*

Gli interventi sul singolo possono essere molteplici, dal supporto dell'autostima alla gestione dello stress, garantendo il confronto ed il sostegno sociale o dando una nuova possibilità di lettura agli eventi oppure tramite l'uso di frasi di incoraggiamento. Bisogna infondere anche il senso di autoefficacia: se il soggetto si reputa responsabile del proprio stato di salute è maggiormente incentivato a perseguire pratiche igieniche, scelte di vita e relazionali a supporto del proprio benessere, viceversa sarà egli stesso artefice del proprio disagio.

L'intervento sulla persona non può prescindere da un sostegno mirato al supporto dell'autostima, in quanto quest'ultima influisce sulla percezione degli eventi, sulla loro interpretazione e sul senso di autoefficacia. L'autostima si struttura gradualmente nel corso dello sviluppo: il bambino la costruisce in base all'opinione che l'ambiente gli rimanda sulle sue abilità e competenze; è, comunque, un processo in costante evoluzione e che necessita di continuo supporto e gratificazione. L'autostima risente di diverse variabili, quali ad esempio i fattori culturali; il problema del mondo occidentale è che gli standard del "buon individuo" sono irrealistici e abbracciano tutti gli ambiti, da quello estetico a quello professionale, da quello familiare a quello economico: è facile perciò trovare individui con bassa autostima.

Esistono, inoltre, degli ostacoli che nel corso della vita possono minare il senso di autostima, quali difetti o handicap fisici, malattie mentali, appartenenza ad etnie considerate inferiori, instabilità economica, oppure situazioni di accadimento inadeguate.

Per favorire l'autostima si può intervenire a vari livelli: acquisendo maggior consapevolezza dei propri atteggiamenti riguardo alla salute, dando una nuova lettura ai punti considerati negativamente, sviluppando la cura di sé, tenendo ben presente che l'autostima è un processo in continuo divenire che necessita di costante alimentazione.

Il punto cardine della salutogenesi è l'intervento sullo stress, fondamentale da gestire per prevenire e promuovere la salute, in quanto indebolisce l'individuo sia fisicamente che psicologicamente.

### *1.5.2 La promozione della salute nel sistema familiare*

La famiglia può essere intesa come la genesi di una salute allargata in un'ottica di promozione comunitaria del benessere psicofisico; qui vengono apprese le abitudini di

vita: l'alimentazione, la cura di sé, la gestione del tempo, i miti familiari, la sessualità, etc...

Le differenze individuali in un contesto culturale sono spiegabili proprio in virtù della forte influenza che la famiglia esercita sul singolo. Il lavoro sulla famiglia può essere fatto isolando le abitudini di vita e ideando degli interventi psicoeducativi mirati: così la famiglia diventa artefice del proprio benessere e di quello di chi ne fa parte.

Una buona educazione si deve basare non solo sull'informazione ma soprattutto sulla relazione: l'obiettivo è quello di soddisfare all'interno di ogni famiglia il mutuo soddisfacimento dei bisogni, riscontrando poi un miglioramento delle forme comunicative, la diminuzione dello stress e di comportamenti distruttivi, la consapevolezza di trovare in famiglia ascolto e supporto, in sostanza l'incremento dell'*empowerment*.

### *1.5.3 I luoghi per eccellenza: la scuola e il lavoro*

Questi sono gli ambienti fondamentali in cui investire per gli interventi di promozione e prevenzione della salute.

Nella scuola si supporta l'individuo e il gruppo, si strutturano le prime relazioni esterne alla famiglia in base alle quali l'individuo tenderà a riproporsi in futuro. Una buona educazione alla salute implica la presenza di un ambiente concepito in modo salutare, con progetti inerenti la cura della persona, l'alimentazione, l'educazione socio-affettiva, il supporto dell'autostima.

L'ambiente di lavoro è terreno fertile per gli interventi sulla promozione della salute, con vantaggi palesi: meno assenteismo, migliore produttività. A seconda del livello di intervento il rapporto costo/beneficio cambia: il miglior risultato lo si ottiene riuscendo ad intervenire sui sistemi di supporto per il cambiamento comportamentale, culturale e organizzativo, tramite progetti di cambiamento di gestione della salute all'interno del contesto lavorativo (migliorare la comunicazione, ridurre lo stress, implementare la qualità delle relazioni tra colleghi...). Importante è intervenire su tutti i gruppi della forza lavoro, facendo attenzione alle cause sottostanti la scarsa salute, rendendo poi le persone protagoniste del cambiamento e responsabili della propria salute, integrando l'intervento nei tempi e nella gestione dell'azienda.

Indicatori di scarsa salute aziendale possono, dunque, essere: assenteismo, aumento di errori, conflittualità tra colleghi, scioperi, sabotaggi passivi, scarsa produttività, scarsa qualità del lavoro, non raggiungimento di obiettivi, mancato rispetto di scadenze, perdita di tempo, ritardi, lamentele, scarsa comunicazione.

Un efficace programma di intervento può basarsi sull'agevolazione della consapevolezza dell'individuo rispetto al progetto: formazione di gruppi "misti" a prescindere dal ruolo, analisi dei bisogni specifici mirati in base al caso, individuazione degli obiettivi e delle modalità per raggiungerli, utilizzo di verifiche in itinere e finali.

#### *1.5.4 Promozione della salute a livello comunitario allargato*

In questo ambito ci si ispira alla *Dichiarazione Universale dei diritti dell'uomo* che sancisce l'esistenza di valori fondamentali in merito alla promozione della salute:

- Accettazione comunitaria del valore della salute;
- Sensibilità e attenzione alla diversità dei bisogni;
- Sostenibilità e fattibilità delle soluzioni da applicare;
- Soluzioni integrate e trasversali;
- Interventi rapidi, verificabili e comprensibili per tutti;
- Selettività e specializzazione in base al contesto di applicazione;
- Stabilità, etica ed equità di fondo.

L'intervento deve, dunque, essere capillare e coinvolgere tutti i livelli possibili; occorre realizzare un *marketing sociale* tramite un'analisi e valutazione della comunità, dei suoi punti di forza e di debolezza, delle risorse esistenti e potenziali, seguendo il tutto con un continuo monitoraggio ed eventualmente apportando delle correzioni. Sono da preferirsi interventi piccoli ma fattibili; fondamentale è inoltre rendere i risultati ottenuti visibili a tutti, al fine di far sentire partecipe e responsabile l'intera comunità.

#### *1.5.5 Promozione della salute a livello legislativo*

Qui rientra il coinvolgimento responsabile della politica a livello locale, regionale e nazionale; occorre tenere in considerazione l'equità nella distribuzione delle risorse sociali, l'istruzione, la disoccupazione, il reddito, le abitazioni e le condizioni di lavoro sicuro.

Concludendo è possibile affermare che l'impegno nella promozione della salute, mirato all'*empowerment* della cultura della salute trasversalmente ai vari ambiti di applicazione, dall'individuale al comunitario, consentirebbe un abbattimento nei costi di intervento sanitario e riabilitativo.

## CAPITOLO 2 IL RAPPORTO MENTE-CORPO

### 2.1 Uno sguardo alla medicina psicosomatica

È negli ultimi anni che la medicina psicosomatica ha visto crescere una stagione di rinnovato interesse da parte del mondo scientifico internazionale, arrivando addirittura ad essere designata nel 2003 come la settima ultra-specializzazione psichiatrica dall'*American Board of Medical Specialties* negli Stati Uniti. Questo evento, le cui implicazioni nel mondo accademico e sanitario occidentale si faranno sicuramente sentire negli anni a venire, è oggi il punto di arrivo del percorso che la medicina, attraverso ricerche cliniche e di base, sviluppi dei modelli teorici e delle teorie etiologiche, ha compiuto negli ultimi cinquanta anni.

L'approccio psicosomatico differisce profondamente da quello tradizionale, anche detto della "medicina basata sulle evidenze (*Evidence-Based Medicine*, EBM)". Quest'ultimo ritiene che la malattia sia per lo più determinata da eventi, spesso esterni (infezioni, cause ambientali), oppure metabolici o genetici, che hanno l'effetto di alterare il "meccanismo bio-chimico" umano; viene dato poco o nessuno spazio alla comprensione del significato o "senso" della malattia per l'uomo.

Inoltre, la medicina moderna ha sviluppato sempre più una tendenza alla specializzazione degli studi nel tentativo di semplificare, suddividendo l'uomo in varie parti, e separando nettamente gli aspetti fisici da quelli mentali, e addirittura gli stessi aspetti fisici tra loro.

È solo a partire dagli anni 50 del Novecento che, grazie ai lavori di Franz Alexander, si è insinuato un differente orientamento di pensiero, opposto alla frammentazione specialistica, che proponeva la ricomposizione dell'unità psicofisica dell'uomo.

L'uomo è infatti un organismo molto complesso: emozioni e conflitti sono stati d'animo, ma al contempo anche stati temporanei dei recettori, dei modulatori dell'attività orto- e parasimpatica, delle citochine. Assetto genetico, prime esperienze, eventi del presente, mente che attribuisce significati, effetti sulla chimica della mente, comportamenti osservabili e conseguenze sul corpo sono di fatto interagenti e "complanari".

Corpo e mente non sono due mondi separati, ma sono due parti, in continua influenza reciproca, di un tutt'uno.

Il potere della mente è del 30%, quello del corpo è del 70%. Quando la mente si oppone direttamente al corpo, essa risulta sempre perdente, perché il corpo è più forte. Se la mente decide di scalare una montagna e il corpo si rifiuta, la montagna non verrà scalata

e l'individuo entrerà in tensione. La mente deve arrendersi alle esigenze corporee perché queste sono prioritarie, più forti. Il corpo ha i suoi tempi, e la mente li deve rispettare. Spesso si nega al corpo il dovuto riposo e ci si costringe a ritmi stressanti: ciò corrisponde ad una dichiarazione di guerra dall'esito scontato. Le tecniche di rilassamento, per esempio, si pongono come mediatori di pace tra le parti in guerra.

Nella visione psicosomatica, è l'essere umano a partire dalla sua "anima" e dal suo vissuto emotivo ad ammalarsi, ovvero a perdere temporaneamente o cronicamente lo stato di equilibrio e di unità con se stesso e con il resto del mondo. Infatti il presupposto fondamentale della medicina psicosomatica è che l'uomo non sia considerato come una macchina, ma come "un tutto unitario, dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio, e che presta attenzione non solo alla manifestazione fisiologica della malattia, ma anche all'aspetto emotivo che l'accompagna",<sup>1</sup> come sostenuto dal noto filosofo e psicoterapeuta Umberto Galimberti. Si parla a tal proposito di visione olistico-integrata dell'uomo (dal greco *olos* che significa "tutto, intero"), secondo cui la cura della malattia deve tenere conto "del messaggio contenuto nel sintomo, senza quindi abolirlo, ma interpretandolo e cercando di rendere cosciente il paziente del suo significato".<sup>2</sup>

Alla base di questa nuova visione della medicina moderna, vi è il presupposto che l'uomo malato nasconde nel suo corpo una storia, di cui non può sopportare il significato; la malattia interviene in un tal contesto partendo dal livello inconscio come costruzione simbolica di tale significato. Essa può essere vista come un linguaggio usato dall'"anima" per rendere l'uomo consapevole dei propri conflitti profondi irrisolti: il sintomo diventa così un'opportunità di introspezione per affrontare e risolvere il problema alle sue origini emozionali ed energetiche. Ecco, allora, il bisogno di recuperare la storia che ogni malattia simbolizza: comprenderne il significato ci permette di collocarla in un nuovo contesto, e in tal modo, di influenzarne il decorso.

L'analitica "vecchia" anamnesi patologica, che riporta pedissequamente sintomi e segni, deve essere ridisegnata contestualizzando le malattie nel susseguirsi di episodi, traumi, conflitti, scelte che rappresentano la parte emozionalmente significativa dell'intera vita del paziente. E l'unica condizione perché l'anamnesi possa divenire narrazione è l'ascolto.

L'anamnesi deve dare spazio al paziente, alla sua narrazione, al suo modo di raccontare i "suoi" problemi, come oggi ampiamente sostenuto dalla medicina narrativa, una recente modalità di affrontare la malattia, tesa a comprenderne il significato in un quadro complessivo, sistemico, più ampio e rispettoso della persona assistita. "Ascolta il tuo paziente, ti dirà la sua malattia"<sup>3</sup> diceva Balint, noto psicanalista, nel 1960. Il medico non deve infatti considerare elemento di disturbo tutto questo, perché invece molto spesso il racconto del malato si rivela prezioso, portando alla luce quegli aspetti che possono aiutare il medico a interpretare tutta o parte del quadro clinico che il

---

<sup>1</sup> U. Galimberti, *Il corpo*, 1987

<sup>2</sup> L. Merati, B. Mantellini, *La medicina complementare nella pratica clinica*, 2005

<sup>3</sup> M. Balint, *Medico, Paziente e Malattia*, 1960

paziente offre come espressione della sua sofferenza psichica, degna di ricevere altrettanta attenzione di quella che viene riservata al corpo. “Quella di ascoltare è un’abilità nuova, che esige una modificazione notevole seppur parziale della personalità del medico”,<sup>3</sup> dice ancora Balint.

La metodica dei cosiddetti “gruppi Balint”, gruppi di addestramento al rapporto medico-paziente, si presenta infatti come una forma originale per imparare a relazionarsi con corpo e mente insieme, e pone al centro del lavoro il rapporto tra terapeuta e malato, rapporto fortemente influenzato dalle emozioni. Le emozioni del medico sono soprattutto risposte ai messaggi non verbali dei pazienti, che lasciano trasparire molto del paziente stesso e del suo essere malato.

Quando possibile, anziché sopprimere totalmente i sintomi con i farmaci, nel nuovo approccio il medico si limita a contenerli o addirittura ad accettarli così come sono per consentire al malato di viverli pienamente, di integrarli in modo consapevole e infine di risolverli. Fondamentale in questo processo è che il malato arrivi alla consapevolezza della natura e dell’entità dei suoi squilibri, e che sia aiutato a comprendere il significato profondo dei suoi problemi.

In effetti, il ruolo originario del “dottore” consiste proprio in questo (dal latino *docere*, che significa insegnare). Solo così il malato può diventare protagonista totalmente responsabile delle proprie scelte e della propria vita, perché la guarigione, quella vera, ‘totale’, implica sempre il coinvolgimento del sistema corpo-mente-anima del soggetto. I vantaggi ottenibili da un tale approccio sono innegabili, e vanno da quelli primari, ovvero lo pseudoequilibrio psichico e/o somatico, a quelli secondari, ovvero regressione dei sintomi, possibilità di tenere rapporti con parenti o amici, “stare a letto” proprio per riposare, specialmente per quegli individui che non lo farebbero mai.

Guarire significa diventare più consapevoli della propria interezza, nel bene e nel male, comprendere pienamente il senso profondo della malattia e dunque, necessariamente, cambiare e crescere. In una delle sue ultime interviste prima di morire, Tiziano Terzani si racconta: “Un tumore? Ne ho vari, un po’ di qua, un po’ di là. Ma la cosa divertente è che ci convivo da sette anni, io e quelli siamo una cosa sola. Sarebbe stupido pensare: loro ammazzano me, io ammazzo loro. Ce ne andiamo insieme perché siamo cresciuti insieme. Per me questo cancro è stato una grande benedizione... mi ha permesso di fare un salto di qualità... di mettermi in contatto con un modo di vedere le cose in cui tutto si relativizza... per cui ora sono in una condizione stupenda. Io sto benissimo, solo il mio corpo... ma poi me ne staccherò, lo lascerò lì quest’abito vecchio e andrò via...”.<sup>4</sup>

In una così diversa visione della medicina, il terapeuta necessita di arricchire le già acquisite competenze professionali con abilità relazionali: l’approccio psicosomatico, infatti, con qualsiasi tipo di paziente si instauri e in qualsiasi forma di intervento si manifesti, è principalmente basato sulla relazione interpersonale. Per il terapeuta, si tratta di integrare le competenze professionali del ‘sapere’ e del ‘saper fare’ con le

---

<sup>4</sup> Diretto da Mario Zanot, *Anam. Il senza nome. L’ultima intervista di Tiziano Terzani*, 2004

competenze dell'intelligenza emotiva e del 'saper essere'. Tuttavia, come scrive M. Sapir, "Questa dimensione relazionale, capace di influenzare il corso della malattia, solo da poco ha un valore scientifico".<sup>5</sup>

Ma allora, in conseguenza di quanto sin qui detto, tutti i pazienti possono essere considerati psicosomatici? Massimo Biondi, Professore Ordinario di Psichiatria e Direttore del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica dell'Università La Sapienza di Roma, sostiene a tal proposito che ciò non è propriamente corretto. Ci sono infatti anche casi che di psicosomatico hanno poco o nulla. Il corpo-materia si può alterare anche per problemi puramente "biologici", e in questi casi la mente e le emozioni hanno un ruolo più marginale nell'eziopatogenesi, per quanto possano essere importanti nel decorso della malattia, nella motivazione alle cure e nella risposta alle terapie. In questi casi il problema non è di competenza dello psicosomatista, e la vera difficoltà, sia per lui che per gli altri specialisti, consiste proprio nel riconoscere dov'è il limite, il confine tra disturbi di origine psicologica e disturbi di origine più organica.

L'approccio più intelligente e funzionale sarebbe, di fronte ad un paziente che soffre, valutare caso per caso e non procedere per categorie, chiedendosi di volta in volta quanto di psicosomatico c'è in quella sintomatologia. Certo, la psicosomatica è per sua natura interdisciplinare, ma anche per questa disciplina sono necessari dei paletti per evitare di finire dovunque o in mano a sedicenti praticanti.

Col passare del tempo, l'olismo e la medicina alternativa sono diventati sempre più un fenomeno di massa. Già nel 1993, negli Stati Uniti, più di un terzo della popolazione sperimentava trattamenti definiti "non convenzionali". Sono passati ben 18 anni, e la tendenza è in crescita. A contribuire a questo successo, la maggiore fiducia nelle pratiche olistiche, la crescente insoddisfazione nella medicina tradizionale e un sentito impegno nei confronti dell'ambiente in una visione anti-scientifica e anti-modernista.

La medicina tradizionale non ha fatto altro che frammentare l'essere umano in un numero incredibile di componenti, per ciascuna delle quali ha ideato una specializzazione a senso unico. La frammentarietà del quotidiano vissuta dall'uomo moderno non trova però grandi consensi in questo. Ne scaturisce invece un bisogno di unitarietà, di totalità, di olismo appunto.

L'unitarietà è comunque un'arma a doppio taglio. Più che una medicina alternativa, sono presenti tante medicine alternative, alcune delle quali contrapposte e incompatibili tra loro, unite solo per la condivisa contrapposizione e spesso ostilità alla medicina tradizionale. La sbandierata unitarietà dell'approccio alternativo deriva dalla sua estrema semplificazione di quanto in realtà è molto più complesso. La sua vera risorsa è rappresentata dal costante richiamo a un'immagine del mondo olistica e appagante, quanto più possibile semplice.

---

<sup>5</sup>

M. Sapir, *Siamo tutti psicosomatici*, 1985

### *2.1.1 La visione olistica in Italia*

Secondo l'*Eurispes* (2010), sono undici milioni gli italiani - il cui numero è peraltro in costante crescita - che adottano una visione olistica e che quindi scelgono la medicina olistica: si tratta di poco meno del 20% dell'intera popolazione, e sono più le donne che gli uomini. Una consistente parte è rappresentata da bambini, come destinatari di cure. Oltre 30mila i medici che adottano una visione olistica.

E' stato recentemente presentato un disegno di legge per regolamentare il settore, come avviene in altri paesi europei, essendo già attivi in molti ospedali italiani dei reparti di medicina naturale.

### *2.1.2 La visione olistica in Europa*

Non c'è da stupirsi che il resto d'Europa presenti dati e cifre diversi da quelli italiani, con più di 100 milioni di persone che ricorrono alle cosiddette "terapie non convenzionali". Gli operatori lamentano però mancanza di finanziamenti e cooperazione scientifica.

A tal proposito, il progetto CAMbrella, finanziato dalla UE, cercherà di risolvere questo problema. Si tratta di un progetto triennale, lanciato nel 2010, che mette a disposizione 1,5 milioni di euro per la CAM, la medicina complementare e alternativa.

Oltre ad analizzare lo stato dell'opera sulle medicine alternative e complementari in Europa, il progetto spiana la strada per future attività di ricerca, il che implica anche più riscontri scientifici in futuro per le medicine alternative, racchiudendo 16 organizzazioni scientifiche di 12 paesi europei, tra cui l'Italia.

## **2.2 Evoluzione storico-filosofica**

Parlando di unità somato-psichica dell'uomo, si fa riferimento ad una unità che implica una profonda ripercussione del benessere fisico sugli stati d'animo e viceversa una profonda influenza delle emozioni sul corpo e sul suo benessere. Corpo e mente non sono due mondi separati, ma due parti, in continua influenza reciproca, di un tutto unitario. In questo senso qualsiasi malattia fisica deve essere indagata non solo sotto l'aspetto medico e psicologico, ma anche tenendo conto dell'aspetto emotivo che l'accompagna.

Dal punto di vista storico, il rapporto mente-corpo ha vissuto nel tempo una notevole evoluzione e forti cambiamenti.

### 2.2.1 *Dalle società primitive ad Aristotele*

Nell'universo simbolico delle società primitive, il corpo non è inteso come un'entità anatomica isolabile dalle altre entità che compongono il mondo oggettivo; per loro il corpo è il centro dell'irradiazione simbolica per la quale il mondo naturale e sociale si modella sulle possibilità del corpo. Il corpo non viene mai considerato nella sua isolata singolarità, ma sempre come corpo comunitario, cosmico. Questo però non è il mezzo attraverso il quale i singoli corpi comunicano, bensì la zona in cui si esprime il senso.

In questa concezione, il corpo si presta alle cure dell'arte sciamanica: attraverso uno scambio tra sciamano, malato e pubblico si instaura un rapporto sociale, il malato racconta della sua malattia, della sua vita, lo sciamano e il pubblico, dal canto loro, lo ascoltano e non lo confortano, ma gli raccontano una storia, un mito. Contestualizzando il suo stato con un linguaggio mitico, il malato esprime in forma ordinata e intelligibile un'esperienza diversamente inafferrabile. Il malato si dissocia dal proprio corpo che non è puramente l'organismo, ma il punto in cui si raccoglie una mitologia che, espandendosi in tutto l'universo, consente al corpo sofferente di esportare il suo dolore.

Già nell'antica Grecia si ritrovano due tendenze: da una parte la scuola di Ippocrate che assumeva i concetti più dinamici, umorali e psichici (si potrebbe dire psicosomatici), dall'altra la scuola di Cnido con un orientamento meccanicistico e organicistico.

Nella concezione unificante dell'Oriente si ritrovano il Tantra, la Medicina Tibetana e quella Ajurvedica: l'uomo è il microcosmo del macrocosmo che è l'universo.

In questa fase, più che di rapporto mente-corpo, si parla di rapporto anima-corpo: per anima si intende il principio di vita, la vita stessa, mentre per corpo si intende la materia inanimata, priva di vita.

Il primo sostenitore di un dualismo mente-corpo è Platone che oppone la materia all'essenza ideale della verità e pertanto configura il corpo come ostacolo e impedimento: "L'anima è in sommo grado simile a ciò che è divino, immortale, intangibile, uniforme, indissolubile, sempre identico a se medesimo, mentre il corpo è in sommo grado simile a ciò che è umano, mortale, multiforme, inintelligibile, dissolubile e mai identico a se medesimo".<sup>6</sup>

L'anima e il corpo sono distinti, irriducibili l'una all'altro. L'anima è immortale: è esistita prima del corpo al quale è stata incatenata e continua a vivere dopo la sua morte. In quest'ottica, la verità non può essere raggiunta finché l'anima rimane intrappolata nel corpo. L'anima è il centro della vita intellettuale ed etica, l'essenza stessa dell'uomo, e il corpo non è altro che la tomba dell'anima, il luogo dove essa è sepolta. Parlando di soma, Platone fa riferimento al cadavere in quanto materia vivificata dell'anima.

---

<sup>6</sup> Platone, *Fedone*, 80b,

Per Omero i termini *psychè* e *sôma* hanno un significato completamente diverso: il *sôma* è il corpo esanime, il cadavere; e così gli organi sono le possibilità attraverso cui il corpo si esprime nel mondo. La *psychè* invece è il corpo che sta per diventare cadavere: essa abbandona il corpo quando sviene, quando muore, uscendo con l'ultimo respiro dalla bocca o dalle ferite del corpo. Da un punto di vista etimologico, l'anima omerica ha una funzione fortemente connessa alla corporeità: *psychè* significa respiro e *psychèin* spirare.

Il compito della filosofia per Platone è quello di liberare l'anima dal corpo come da catene.

Aristotele rifiuta il dualismo platonico: l'unica separazione ammissibile tra anima e corpo è solo a livello filosofico; l'anima ha quelle capacità che consentono al corpo di vivere. La psiche non è separabile dal corpo, in quanto identica a vita (*bíos*). L'anima è la forma del corpo, la sua attività, causa e principio del suo movimento, attuazione della sua natura. Non solo non è separabile dal corpo, ma l'anima è qualcosa del corpo e per questo è in uno specifico corpo. Per Aristotele “chi ha l'anima si distingue da chi non ce l'ha per l'atto del vivere”.<sup>7</sup>

### 2.2.2 Dal Medioevo a Cartesio

Nel Medioevo, religione e filosofia dibattono ampiamente sul rapporto anima-corpo nel tentativo di costruire una filosofia cristiana che conciliasse l'idea di immortalità dell'anima e mortalità del corpo col concetto di uomo inteso come totalità di anima e corpo.

Con il Rinascimento poi, si parla di anima riferendosi a tutta la natura, governata da forze simili a quelle che operano nell'uomo.

Cartesio riprende il dualismo platonico-cristiano e compie una vera svolta: la distinzione tra corpo e anima diventa netta. Il primo viene privato del suo mondo e di tutte le formazioni di senso basate sull'esperienza corporea e viene relegato nella *res extensa*, dove il corpo è oggetto e viene inteso in base alle leggi fisiche che presiedono l'estensione e il movimento, è una macchina, con un suo meccanismo perfetto e un funzionamento meccanicistico. L'anima invece è sottratta a ogni influenza corporea, è la sede delle idee che possono derivare da un legame con gli oggetti (sensi, memoria, immaginazione) oppure essere innate, principi del tutto basilari che devono poi essere scoperti dall'uomo attraverso l'esperienza. È l'*Ego intersoggettivo*, nei cui pensieri, eseguiti con metodo matematico, risiede ogni possibile senso del mondo e ogni Io personale e individuale che abita il mondo.

In questo modo, il corpo e il mondo ricevono un senso proprio dalle cogitazioni dell'Ego. Celebre il pensiero di Cartesio per cui nell'atto stesso del pensare risiede

---

<sup>7</sup> Aristotele, *L'anima*, Libro II, 414a

l'essenza dell'essere: si può fingere di non avere un corpo o che il mondo non esista, ma il semplice pensare e dubitare della verità delle altre cose sottende l'evidenza e la certezza dell'esistenza.

Con il termine esistere si fa riferimento alla *res extensa* e alla *res cogitans*, ma poiché è solo quest'ultima a pensare, si ottiene un corpo così come è concepito dall'intelletto e non come è vissuto dalla vita. Si può dubitare che il corpo esista, ma non che l'Io esista, indicando in questo modo che il corpo non è essenziale all'esistenza.

Cartesio sostiene la possibilità concettuale della separazione mente-corpo, sottolineando l'indipendenza della mente dal corpo e dal mondo.

Si fanno così strada due correnti di pensiero: da una parte gli empiristi inglesi, focalizzati sullo studio della mente e dei suoi processi, e dall'altra gli ideologi francesi che si dedicano allo studio del corpo come macchina autosufficiente, indipendente dalla mente.

Gli empiristi, con Locke, Hume e Kant, non negano l'esistenza dell'anima, tuttavia ne prendono in considerazione non l'entità ma l'attività, gli stati o le funzioni, e lo studio dei rapporti mente-corpo teso a ricercare le corrispondenze tra processi mentali e processi corporei. Il mondo è il prodotto del ragionamento dell'anima, sono le idee da essa prodotte; nulla esiste realmente al di là delle percezioni della mente. Pensieri ed esperienze sono esclusivamente processi cerebrali che il cervello è in grado di produrre da solo.

Cartesio ha cercato di mediare il suo esasperato dualismo ipotizzando l'esistenza di un punto di contatto tra le due sostanze nella ghiandola pineale (oggi identificabile nell'epifisi), individuando nella parte più interna del cervello la parte del corpo in cui l'anima esercita le sue funzioni.

### 2.2.3 *Dalla Rivoluzione Industriale all'epoca contemporanea*

Con la rivoluzione industriale l'accento viene posto sulla biologia e sull'anatomia, mentre il resto è considerato non scientifico.

Il medico David Hartley, che nel 1794 sostiene che l'uomo sia composto da due parti, l'anima e il corpo, pur adottando una posizione dualistica, si muove sulla scia di Locke, il quale più volte aveva sostenuto l'esistenza di un'interazione tra corpo e intelletto. È con Alexander Bain che si afferma la necessità di dare una base neurofisiologica ad ogni studio del comportamento; egli sostiene che la mente è alla mercè delle condizioni corporee: il movimento precede la sensazione e questa a sua volta precede il pensiero.

Per la scuola francese gli studi sono più che altro rivolti al corpo, alla materia, all'analisi dell'uomo dell'uomo come parte integrante della natura, nelle sue somiglianze e differenze con gli animali.

Secondo La Mettrie, la mente altro non è che una proprietà della materia. Le uniche differenze tra uomo e animale sono di tipo quantitativo: la maggior semplicità di un animale farà di esso una macchina meno complessa.

Per Cabanis, fisico e morale sono interconnessi, ma poli opposti di un'unica dimensione. Un ruolo molto importante è quello del sistema nervoso: raggiunge e regola ogni parte del corpo e allo stesso tempo, attraverso gli organi di senso, raccoglie le impressioni dal mondo in cui il corpo agisce.

In questo modo si afferma a livello filosofico l'unità dell'uomo.

Per la sua concezione dell'uomo, il filosofo J. Stuart Mill può essere considerato il padre della medicina psicosomatica: la mente non è un'entità autonoma, ma una funzione a base somatica, interpretabile secondo gli stessi principi che regolano le altre funzioni del corpo.

### **2.3 Origine della medicina psicosomatica**

Il termine psicosomatico è stato usato per la prima volta nel 1818 dal poeta, poi diventato professore di psichiatria a Lipsia, Heinroth che però non considerava le malattie psichiche e fisiche in senso psicodinamico, bensì come risultato della colpa dell'uomo.

Ma alla psicoanalisi si deve il maggior contributo alla nascita della psicosomatica, da quando Freud introduce la nozione di inconscio nella scienza medica, riconoscendo nell'organismo il luogo dove riposano i processi psichici, e distingue nel sintomo un aspetto psicologico del quale può occuparsi ed uno organico che non può affrontare. Freud ricorda come tutto lo psichico si sviluppi in costante riferimento all'esperienza somatica.

Il termine medicina psicosomatica con connotazione psicodinamica è stato coniato nel 1922 da Felix Deutsch, un allievo di Freud, che, dopo molti studi e sforzi per ampliare il concetto di conversione isterica, scrive che è possibile trovare questi processi anche in malattie caratterizzate non solo da disturbi funzionali, ma anche materiali e organici.

Lo stesso Freud dà un valore primario alla persona in senso globale, ma, per il riconoscimento scientifico della nuova prassi terapeutica psicoanalitica, si è concentrato solo sull'isteria.

### **2.4 Affermazione dell'unità somatopsichica**

La malattia psicosomatica incomincia ad assumere sempre più la connotazione di malattia *ex emozione* e attira l'attenzione di varie categorie di scienziati: diventa oggetto di studio e di ricerche, diventa scienza nel senso pieno della parola.

Nel secondo dopoguerra la medicina psicosomatica si sviluppa con l'aspirazione a definire un nuovo ramo della medicina, inerente a un gruppo di malattie con una chiara correlazione tra fattore psichico e disturbo somatico. Si delinea così, soprattutto negli Stati Uniti, una nosografia che raccoglie un gruppo di patologie specificamente psicosomatiche tra cui l'asma bronchiale, l'ulcera peptica, l'artrite reumatica, l'ipertensione arteriosa. Dunbar è da ritenersi un pioniere nella ricerca in questo campo e nei suoi lavori si propone di istituire un collegamento tra profili di personalità e malattie psicosomatiche servendosi di questionari, test proiettivi e scale psicometriche.

Alexander nel 1946 parlava di "specificità di conflitto": come il riso è la risposta alla gioia e il pianto al dolore, così l'ipertensione lo è alla collera e alla paura, l'ipersecrezione gastrica all'emergenza, l'asma all'impulso inconscio e represso di gridare per chiedere l'aiuto della madre, e così via. Secondo Alexander le malattie psicosomatiche derivano da innervazioni anomale, legate ad un'alterata distribuzione del sistema neurovegetativo, il quale induce alla "lotta" o alla "fuga" in situazioni conflittuali o durante il riposo. Così, in situazioni di atteggiamenti cronici di rivalità, ostilità, aggressività, il sistema noradrenergico subisce la pressione e la conseguente eccitazione scaturita da emozioni represses, aggressività e competitività. Se le tendenze di attacco e fuga sono bloccate, lo sconvolgimento neurovegetativo rischia di cronicizzare in una patologia psicosomatica.

In pratica, Alexander sostiene che stati emozionali conflittuali siano implicati nell'eziopatogenesi di varie malattie psicosomatiche attraverso la mediazione del sistema neurovegetativo.

Insieme ad altri studiosi, Alexander limita il campo della psicosomatica ad un certo numero di malattie per le quali siano evidenti tipologie di caratteri e di emozioni.

Rilevante il contributo di Balint che ha posto l'accento sul rapporto medico-paziente.

Da un punto di vista fisiologico, è ormai provato che i sistemi nervoso, endocrino e immunitario comunicano tra loro; questo vuol dire che le emozioni e il corpo non sono entità separate, ma strettamente interconnesse. I messaggeri chimici più frequenti nelle aree neurali che regolano le emozioni sono gli stessi che operano estensivamente nel cervello e nel sistema immunitario.

David Felten ha fornito alcune prove sull'esistenza di un legame diretto che permette alle emozioni di avere un impatto sul sistema immunitario: osservando che le emozioni si ripercuotono sul sistema nervoso autonomo, ha scoperto che le cellule immunitarie possono essere il bersaglio dei messaggi nervosi. D'altro canto, sembrerebbe che una condizione mentale serena possa influire positivamente sull'andamento delle forme patologiche, in associazione ad una minore probabilità di ammalarsi.

Secondo Seligman, l'ottimismo può influenzare la salute, mantenendo le difese immunitarie più attive; inoltre Carver, Visintainer e Friedman ritengono che essere ottimisti dia dei vantaggi alle persone affette da tumore, ipotizzando un ruolo influente

delle variabili psicologiche nel processo invasivo della nascita di un tumore. Del resto si sa, come sostiene Oliviero, che avere uno spirito reattivo e combattivo di fronte ad una malattia aiuta di più perchè, rispetto all'essere passivi e depressi, si mettono in atto comportamenti preventivi e curativi più adeguati e tempestivi.

Se insieme alla condizione fisica, afferma Goleman, si cura anche lo stato emotivo di una persona, l'efficacia del trattamento medico risulta maggiore in termini sia di prevenzione sia di trattamento.

Questo pensiero era già presente con gli antichi latini per i quali c'era una reciproca influenza tra benessere fisico e psicologico, pensiero racchiuso nella celebre massima "mens sana in corpore sano".

In contrapposizione alla cultura scientifica classica che focalizza la sua attenzione sull'organo o sulla patologia, emerge l'importanza di prendersi cura dell'unità somapsiche, dove una malattia può essere sintomo di una sofferenza spirituale e il corpo, citando Sartre, è "l'oggetto psichico per eccellenza, il solo oggetto psichico".<sup>8</sup>

L'organismo non è un mosaico di fattori fisico-chimici, ma una totalità unica a partire dalla quale tali fattori possono essere compresi. Infatti, non si può pensare di ottenere un'unità mente-corpo semplicemente ricomponendo le singole parti che l'anatomia ha diviso; per ricostruire il complesso dal semplice bisogna abbandonare l'idea che il complesso è una combinazione di elementi semplici.

Oltrepassando il dualismo psicofisico, la medicina psicosomatica guarda all'uomo come a un tutto unitario dove la malattia è un sintomo a livello organico e un disagio a livello psicologico e in quanto tale va curata.

In quest'ottica ogni malattia non è la causa di determinati sintomi, ma è essa stessa sintomo di un rapporto compromesso col mondo; non si può ridurre all'effetto di una causa, ma diventa il significato di un rapporto, il significato che la malattia assume in colui che la vive.

---

<sup>8</sup>

Sartre, *L'essere e il nulla*, 429, 1939

## CAPITOLO 3 LE MALATTIE PSICOSOMATICHE

### 3.1 L'unità mente-corpo nelle malattie psicosomatiche

In ambito medico ormai è diffusa una visione multifattoriale del concetto di malattia, in quanto ogni evento è conseguente all'intrecciarsi di molti fattori, tra i quali quello psicologico. Si suppone che quest'ultimo, a seconda della sua natura possa agire favorendo l'insorgere di una malattia, o al contrario aiutandone la guarigione.<sup>9</sup>

Si parla di psicosomatica non solo come prospettiva con la quale guardare l'evento patologico, ma anche in relazione a sintomi somatici fortemente connessi alle emozioni. La medicina psicosomatica esiste come disciplina autonoma da circa 50 anni ed ha per oggetto lo studio dei fattori emozionali e psichici come possibile causa o concausa di malattie somatiche. In poche parole le malattie psicosomatiche sono quelle patologie che si evidenziano e colpiscono il corpo (stomaco, apparato respiratorio, pelle, cuore, ecc.), ma nascono e trovano la loro origine nella psiche. A volte, la malattia psicosomatica si esprime con un temporaneo stato di allerta del sistema nervoso centrale, che provoca un transitorio malfunzionamento di un organo, il quale, finito l'allarme, tornerà al normale funzionamento. Ma vi sono dei casi più gravi, in cui se l'influsso negativo del SNC si fa più prolungato, più duraturo o più intenso, la malattia psicosomatica può manifestarsi in maniera più seria.

Importante secondo la medicina psicosomatica è considerare il malato e non solo la malattia, e riconciliare l'alta specialità dell'intervento sull'organo con il valore del rapporto tra medico e paziente. L'interazione tra mente e modificazioni somatiche (neuromuscolari, neurovegetative, neuroendocrine, immunitarie) associate alle risposte emozionali sono il suo substrato scientifico. La realtà del lavoro clinico mostra come i quadri con cui il medico, sia generale che specialista, viene a contatto siano a questo riguardo molto vari. Dalle vere e proprie malattie *ex emotione*, si passa a più frequenti quadri dove esiste una componente psicosomatica e/o sintomi somatici su base psichico-emozionale. I confini tra questi diversi quadri, tra medicina psicosomatica e aspetti psicologici delle malattie somatiche non sono in verità ben definiti. Spesso infatti sintomi somatici e psicologici coesistono e può essere compito arduo stabilire i loro rapporti.

I casi psicosomatici in senso stretto, dove fattori psicologici hanno presumibilmente un ruolo nella patogenesi della malattia somatica sono solo alcuni, e si riscontrano quando si evidenziano:

---

<sup>9</sup> Maino, E. "La Psicosomatica" [www.benessere.com](http://www.benessere.com)

- caratteristiche di personalità come possibile cofattore patogenetico nella malattia somatica;
- effetti fisiologici dovuti a reazioni di stress (reazione acuta di stress);
- sintomi psichiatrici secondari a malattie mediche o a trattamenti farmacologici dove alterazioni biologiche producono tali sintomi.<sup>10</sup>

Le malattie storicamente sempre interpretate come psicosomatiche sono l'ipertensione arteriosa, l'asma bronchiale, la colite ulcerosa, l'ulcera gastro-duodenale e l'eczema. Ultimamente questo elenco si è andato via via infoltendo fino a comprendere:

- i disturbi dell'alimentazione che si evidenziano intorno ai due eccessi rappresentati dall'anoressia e dalla bulimia con conseguente obesità;
- le malattie e i sintomi psicosomatici a carico:
  - del sistema gastrointestinale dove tra le malattie organizzate c'è, oltre alla colite ulcerosa e all'ulcera gastro-duodenale, la rettocolite emorragica, mentre tra i disturbi psicosomatici sono presenti la gastrite cronica, l'iperacidità gastrica, il pilorospatismo, il colon irritabile o spastico, la stipsi, la nausea, la diarrea e il vomito.
  - del sistema respiratorio, ad esempio la già citata asma bronchiale, la sindrome iperventilatoria, la dispnea, il singhiozzo;
  - del sistema cardiovascolare, ad esempio le aritmie, le crisi tachicardiche, le coronopatie (angina pectoris, insufficienza coronarica, infarto), l'ipertensione arteriosa essenziale, la cefalea emicranica, la nevrosi cardiaca, le algie precordiali;
- le malattie e i sintomi psicosomatici relativi
  - al sistema cutaneo, ad esempio la psoriasi, l'eritema pudico (rossore da emozione), l'acne, la dermatite atopica, il prurito, la neurodermatosi, l'iperidrosi, l'orticaria, la canizie, la secchezza della cute e delle mucose, la sudorazione profusa;
  - al sistema muscoloscheletrico, ad esempio la cefalea tensiva, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide (cervicale e lombosacrale), la cefalea nucale;
  - al sistema genitourinario, ad esempio dolori mestruali, disturbi minzionali, enuresi, impotenza;
  - al sistema endocrino, ad esempio ipopituitarismo, iper o ipotiroidismo, ipoglicemia, diabete mellito.<sup>1</sup>

---

<sup>10</sup> Biondi, M. *“La Medicina Psicosomatica: Panoramica e Quadri Clinici”*  
[www.gianfrancobertagni.it/materiali/psiche/biondi.pdf](http://www.gianfrancobertagni.it/materiali/psiche/biondi.pdf)

### 3.2 REAZIONI E DISTURBI PSICOSOMATICI

Nel 1940, in seguito a numerose osservazioni delle ripercussioni esercitate dallo stato emozionale del paziente sulle manifestazioni patologiche, inizia l'identificazione di una serie di malattie psicosomatiche, ovvero patologie nelle quali un problema psicologico si manifesta attraverso sintomi fisici, altrimenti non spiegabili. Prima di descrivere le malattie sembra utile presentare la distinzione che viene fatta tra reazioni e malattie psicosomatiche.

Le reazioni psicosomatiche, pur non organizzandosi in vere e proprie malattie, si esprimono attraverso il corpo, coinvolgono il sistema nervoso autonomo e forniscono una risposta vegetativa a situazioni di disagio psichico o di stress. Le reazioni psicosomatiche, definite da alcuni anche come manifestazioni psicosomatiche di primo ordine, sono fenomeni a corto circuito, transitori, ai limiti della patologia, determinati da un evento-stimolo, con un contenuto emotivo in rapporto di derivazione comprensibile con l'avvenimento causale e che seguono cronologicamente l'evento, cessando con la fine di questo. Nelle reazioni psicosomatiche manca una elaborazione intrapsichica dell'evento e la partecipazione della personalità è limitata.

Il termine psicosomatico nel senso di malattia o sindrome psicosomatica è utilizzato prevalentemente per quei casi nei quali il bilanciamento delle risposte alle situazioni nei campi psichico e somatico pende decisamente per il secondo. È quando i sintomi fisici e psichici vengono riconosciuti come parte integrante del quadro patologico e non come una reazione dell'individuo alle malattie stesse.

Il passaggio da reazione a malattia è determinato dalla cronicizzazione sia dello stimolo emotivo, che da "evento" diventa "situazione", sia della correlata risposta dell'organismo: ciò dà vita, appunto, alle cosiddette psicosomatosi o malattie psicosomatiche o nevrosi d'organo.

Agli inizi della medicina psicosomatica si sono definite "psicosomatiche" alcune malattie nelle quali i fattori emozionali apparivano eziologicamente prevalenti o precipitanti: coronaropatie, ipertensione arteriosa, asma, colite, alopecia atopica, dismenorrea, ecc. Ma poi il concetto di psicogenesi è stato ridimensionato poiché molte ricerche hanno dimostrato che le variabili psicologiche e sociali sono una classe di fattori eziologici in tutte le malattie, anche se il loro peso relativo può variare da malattia a malattia, da un individuo all'altro e da un episodio all'altro della stessa malattia nella stessa persona.

In effetti oggi non è più in uso, né tantomeno sarebbe corretto, parlare di malattie psicosomatiche. In tutte le malattie esiste potenzialmente una componente psicosomatica per la quale si richiede un approccio di tipo psicosomatico. Per indicare la presenza di una significativa componente nella patogenesi di una malattia è preferibile parlare di psicosomatosi.

Altro ridimensionamento riguarda il termine “nevrosi d’organo”. I più recenti studi di psicoanalisi hanno individuato nei pazienti psicosomatici un disturbo primitivo di personalità molto più vicino al disturbo *borderline* che alla nevrosi.

In conclusione si può affermare che le malattie somatiche sono quelle che più strettamente realizzano uno dei meccanismi difensivi più arcaici con cui si attua una espressione diretta del disagio psichico attraverso il corpo. In queste malattie l’ansia, la sofferenza, le emozioni troppo dolorose per poter essere vissute e sentite trovano una via di scarico immediata nel soma (il disturbo); non sono presenti espressioni simboliche capaci di mentalizzare il disagio psicologico e le emozioni, pur essendo presenti, non vengono percepite.

I più vari e tipici malati psicosomatici sono coloro che hanno lesioni corporee mentre non provano o non riescono a simbolizzare (alessitimia) sofferenze psichiche. Per esempio in etologia lo studio del comportamento animale ha evidenziato la possibilità che intensi stimoli emotivi provochino lesioni come ulcere, coliti, ecc...

L’etologia (moderna disciplina scientifica che studia il comportamento animale nel suo ambiente naturale) utilizza concetti dinamici e fruisce utilmente del modello energetico; avvalorando quindi la concezione di base dell’approccio psicosomatico secondo cui “psiche” e “soma” sono comunicanti, interscambiabili, bilanciati e possono svolgersi nell’ambito dei sistemi integrativi cerebrali sotto forma di affetti e cognizioni, oppure espandersi nel resto dell’organismo come fenomeni vegetativi, secretivi, ormonali.

La malattia psicosomatica ha un’eziologia conflittuale: è l’elaborazione intrapsichica di una situazione-stimolo che agisce in senso psicogeno. È un complesso meccanismo difensivo ricco di significato psicologico e sostenuto spesso da una personalità nevrotica. Tra le malattie psicosomatiche si distinguono quelle *sine materia* o “funzionali”, tra le quali la nevrosi cardiaca, la nevrosi gastrica, la colite spastica, e quelle psicosomatiche propriamente dette o “nevrosi d’organo” o “psicosomatosi”, tra le quali infarto, ulcera, colite ulcerosa, ipertensione.

### 3.2.1 *Caratteristiche comuni delle psicosomatosi*

La malattia psicosomatica ha quattro caratteristiche fondamentali.

- “vulnerabilità nevrotica”: un evento traumatizzante può provocare una psicosomatosi solo perché esso evoca un trauma primario relegato nell’infanzia. Ad esempio un licenziamento può provocare un’ulcera solo in soggetti che hanno già vissuto il dramma dell’abbandono di una figura chiave rassicurante. Per rispondere a un concetto espresso da Flescher, la psiche è come un cristallo che, se percosso, si sfalda in frammenti secondo piani conformi alla sua struttura e lungo incrinature già esistenti;

- “cronicizzazione” sia dello stimolo emotivo che della risposta organica. Il già citato tamponamento, per esempio, produce ipertensione: è una difesa biologica che permette all’individuo di affrontare la lotta;
- “l’eziologia plurifattoriale”, ovvero l’approfondimento del motivo per cui alcuni eventi o processi si verificano, o persino delle ragioni che si nascondono dietro determinati avvenimenti;
- “somatizzazione”, ossia il passaggio o meglio il “salto”, come aveva detto Freud, dallo psichico al somatico.<sup>11</sup>

La caratteristica principale del “Disturbo di Somatizzazione” è un insieme di ricorrenti lamentele fisiche, in particolare dolore e sintomi gastrointestinali, sessuali e neurologici, che si manifestano per anni e che portano la persona al continuo consulto di specialisti e, in alcuni casi, al trattamento medico, spesso ignorando che la natura e la risoluzione del problema sono di tipo psicologico. La persona affetta dal disturbo di somatizzazione percepisce e descrive i propri sintomi in maniera esagerata, consulta di continuo e a volte contemporaneamente molteplici medici. La sintomatologia viene vissuta e riferita in modo enfatico, drammatico, stressato, e il racconto appare vago, impreciso, disorganizzato ed incoerente. La descrizione è spesso confusa, ad esempio vi è uno scambio temporale tra sintomi passati e sintomi presenti. Sono presenti intensi sintomi di ansia ed umore depresso. Mentre nell’ipocondria la persona manifesta ansia e paura derivanti dalla convinzione di avere qualcosa di doloroso o di poterlo magari contrarre in futuro, in questo disturbo il sintomo è reale. Il disturbo di somatizzazione può comparire associato a problematiche paranoide e/o ossessivo-compulsive, a depressione, fobia, ansia generalizzata e abuso e dipendenza da sostanze.<sup>12</sup>

### 3.3 Disturbo Ipocondriaco

Il termine "ipocondria" deriva dalla denominazione greca della zona superiore dell'addome: gli ipocondri "sotto le coste", cioè la sede del fatidico "mal di pancia", laddove si fanno sentire le passioni viscerali.

I Greci infatti intravedevano nell'ipocondria, che spesso collegavano alla melanconia, uno squilibrio delle passioni causato da una particolare disfunzione degli "ipocondri". Ciò che differenzia l'ipocondria dal normale timore di essere affetti da qualcosa di grave è il modo in cui la paura si manifesta: non sporadica bensì sistematica e prolungata, accompagnata da un'insistenza che diviene per lo più ossessionante. La caratteristica più evidente è costituita da un'eccessiva attenzione alle sensazioni corporee, peraltro vissute come sgradevoli ed inquietanti, che si amplificano finché tutta l'energia del soggetto viene assorbita in questo ascolto abnorme di un corpo sentito come "malato".

I cosiddetti ipocondriaci accusano una varietà infinita di sensazioni abnormi, che vanno dai banali capogiri, sbandamenti, disturbi visivi, formicolii, a sensazioni più complesse e bizzarre, come parti del corpo rimpicciolite, ingrandite, appiattite, gonfiate,

<sup>11</sup> Alexander, F. “*Medicina Psicosomatica*” Firenze, Marzocco, **1951**

<sup>12</sup> “*Disturbo di Somatizzazione*” [www.dimensionepsiche.it](http://www.dimensionepsiche.it)

rinsecchite, raggrinzite, spostate, modificate, o sensazioni come di acqua che scorre internamente, con ribollimenti, scricchiolii, gorgogliamenti. Questa eccessiva preoccupazione per le sensazioni corporee, nel suo amplificarsi, finisce per causare una sorta di ritiro dal mondo e dalle relazioni interpersonali.

La collocazione nosografica dell'ipocondria, dal punto di vista psicopatologico, è sempre stata controversa: da alcuni è considerata come un sintomo a sè stante, da altri come un sintomo secondario che accompagna, in maniera periferica, le più diverse entità nosografiche, dall'isteria alla schizofrenia. In ogni caso quando si parla di ipocondria, sia che essa sfiori la dimensione nevrotica o quella psicotica, la lucidità del soggetto, soprattutto per quanto riguarda la percezione del proprio stato corporeo, risulta almeno in parte compromessa.

L'ipocondria, quindi, è un disturbo psicogeno che mette provocatoriamente in ballo il rapporto del soggetto con il proprio corpo e, di conseguenza, il suo modo di percepirsi nel mondo.<sup>13</sup> L'ipocondria è la situazione per eccellenza in cui il corpo e quindi il proprio sé è vissuto come luogo insidioso, inabitabile, frammentato in mille parti scoordinate, mancante della coesione necessaria per sentirsi bene, a proprio agio, sufficientemente contenuti nella propria pelle e sanamente aperti verso l'esterno.

L'ipocondria è attualmente considerata e classificata dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV) all'interno dei disturbi somatoformi.

Nonostante l'ipocondria abbia dei notevoli costi sociali ed economici per la collettività e per l'individuo dal momento che chi ne soffre accede con notevole frequenza ai Servizi Sanitari, è possibile affermare che questo disturbo sia stato complessivamente poco studiato.<sup>14</sup> Solo negli ultimi anni la ricerca ha prodotto un modello di funzionamento del disturbo e proposto alcune indicazioni sul trattamento dell'ipocondria tentando di validarne l'efficacia.

Criteri per fare diagnosi di ipocondria:

1. La preoccupazione legata alla paura oppure alla convinzione di avere una malattia grave, basata sulla erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto.
2. La preoccupazione persiste nonostante la valutazione e la rassicurazione medica appropriate.
3. La convinzione di cui al punto 1 non risulta di intensità delirante (come nel disturbo delirante, tipo somatico) e non è limitata a una preoccupazione circoscritta all'aspetto fisico (come nel disturbo di dismorfismo corporeo).
4. La preoccupazione causa disagio clinicamente significativo oppure menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti.

---

<sup>13</sup> Fava G. et al. "Agoraphobia is a disease: a tribute to Sir Martin Roth. *Psychother Psychosom*". **77** (3): 133-138, **2008**

<sup>14</sup> Longley S.S. et al. "Panic and probi anxiety: associations among neuroticism, physiological hyperarousal, anxiety sensitività, and three phobias. *J. Anxiety Disord*". **20** (6): 718-739, **2005**

5. La durata dell'alterazione è di almeno 6 mesi.
6. La preoccupazione non è meglio attribuibile a disturbo d'ansia generalizzato, disturbo ossessivo-compulsivo, disturbo di panico (senza agorafobia e con agorafobia), episodio depressivo maggiore, ansia di separazione, o un altro disturbo somatoforme.

Normalmente si differenzia l'ipocondria con scarso insight da quella con alto insight a seconda che il paziente sia in grado o meno di riconoscere che la preoccupazione di avere una malattia grave è eccessiva o irragionevole.

Dal punto di vista diagnostico, è stata evidenziata la necessità di disporre di un numero maggiore di "categorie" per classificare i disturbi ipocondriaci<sup>15</sup> e in particolare per dare un nome a tutte le forme di eccessiva ansia per la salute che non soddisfano i criteri del disturbo ipocondriaco. Nello specifico, è stato proposto di concepire un'ulteriore sottocategoria diagnostica dell'ipocondria ovvero la categoria dell'"ansia eccessiva connessa allo stato di salute" (*Health Anxiety*) che possa essere utile per diagnosticare tutte le forme subcliniche di Ipocondria che non soddisfano i criteri diagnostici DSM per intensità o per durata.

L'eccessiva ansia per la salute, dunque, a differenza dell'ipocondria, può avere una durata inferiore ai 6 mesi e può essere meno debilitante per il soggetto. Inoltre, nel caso dell'ansia eccessiva connessa allo stato di salute, la convinzione o la paura di essere gravemente ammalati può essere verosimilmente meno resistente che nell'ipocondria.

Negli ultimi anni, dunque, la ricerca ha preso in considerazione le categorie diagnostiche "*Health Anxiety*" e "*Hypochondriasis*" come gradazioni differenti di uno stesso fenomeno clinico.

L'ipocondria può insorgere a qualsiasi età anche se si sviluppa più spesso nella prima età adulta. È ugualmente comune in uomini e donne<sup>16</sup> e tipicamente insorge durante periodi di intenso stress, durante o dopo una grave malattia oppure dopo la perdita di un familiare. L'ipocondria ha spesso un decorso cronico, persiste per anni nel 50% dei casi e presenta una comorbilità con disturbi d'ansia, disturbi dell'umore e disturbi somatoformi.<sup>17</sup>

Negli anni sono state proposte numerose teorie e modelli esplicativi per l'ipocondria e l'ansia per la salute. Ad oggi, però, il modello meglio articolato e soprattutto l'unico sostenuto empiricamente è il modello cognitivo comportamentale che ha portato alla costruzione di un approccio terapeutico *Evidence Based*.<sup>7</sup>

---

<sup>15</sup> Taylor et al. "Are evidence and numbing distinct PTSD symptom clusters? *Cogn Behav Ther*" **33(2):51-59,2004**

<sup>16</sup> Creed et al. "A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J. Psychosom Res*" **56(4):391-408, 2004**

<sup>17</sup> Barsky et al. "Overview: hypochondriasis, bodily complaints, and somatic styles. *Am J Psychiatry*" **140(3):273-283, 1983**

Il concetto chiave di questo modello è che l'ipocondria derivi dall'esistenza di credenze disfunzionali riguardo la malattia, la salute, le cure mediche, la propria vulnerabilità. Queste credenze portano la persona a interpretare scorrettamente il significato e la pericolosità di sensazioni o perturbazioni corporee innocue. Tali sensazioni "benigne" possono derivare da diverse condizioni: perturbazioni corporee, disturbi minori, attivazione neurovegetativa procurata dall'ansia o da altre emozioni.

Il corpo umano è "rumoroso", particolari sensazioni corporee rappresentano la quotidianità anche per le persone sane. I soggetti ipocondriaci, però, tendono a sovrastimare la pericolosità di queste sensazioni. La ricerca sul disturbo ha oramai ampiamente dimostrato che i soggetti ipocondriaci sono molto più sensibili e attenti ai segnali corporei dei soggetti non ipocondriaci.<sup>18</sup>

### 3.3.1 Caso clinico di ipocondria in comorbilità con *Binge Eating Disorder*

A cura di Giovanni Abbate Daga, Secondo Fassino

Dipartimento di Neuroscienze Sezione Psichiatria dell'Università di Torino AOU San Giovanni Battista di Torino Centro Pilota Regionale per la cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare

Viene esaminato il caso di una donna di 48 anni, affetta da Ipocondria e *Binge Eating Disorder* (BED). L'Ipocondria, esordita a 41 anni, è focalizzata sulla costante preoccupazione intensa ed immotivata di morire dissanguata durante il periodo mestruale. Il sintomo si è presentato in concomitanza al manifestarsi di un flusso moderatamente abbondante e prolungato (7 giorni) senza riscontri patologici nelle ripetute visite ed esami ginecologici effettuati, eccezion fatta per due fibromi, innocui e di piccole dimensioni.

Il *Binge Eating Disorder*, esordito nello stesso periodo, si caratterizza da abbuffate senza condotte eliminatorie, presenti più volte a settimana, in risposta alla preoccupazione collegata all'ipocondria. I sintomi sono ingravescenti e conducono a molte limitazioni sociali e lavorative. A causa del proprio disturbo la paziente non esce di casa neppure per lavorare nel periodo precedente, durante e due tre giorni dopo le mestruazioni, con la messa in atto di condotte di evitamento e tratti agorafobici senza panico. L'assenza dal lavoro aumenta i vissuti depressivi, in quanto il lavoro è fonte di gratificazione. La paziente infatti è una dirigente scolastica e organizza attività culturali cittadine di buon livello.

Nell'anamnesi psichiatrica della paziente si riscontrano tratti di personalità fobico-evitanti e precedenti episodi di ipocondria di minor durata: per esempio in passato la paziente per circa otto mesi ha sviluppato il terrore di essere affetta da complicazioni gravi conseguenti a tonsillite. L'anamnesi familiare risulta positiva per padre affetto da disturbo depressivo.<sup>5</sup>

---

<sup>18</sup> Hanback et al. "Arousal and perceptual sensitività in hyphocondriacs. *J Abnorm Psychol.*" **87**(5):523-530, **1978**

Dal punto di vista descrittivo, il caso clinico conferma la presenza di alcuni fattori di rischio definiti in letteratura, difficoltà relazionali e preoccupazioni ipocondriache nell'infanzia, la condizione di solitudine, il sesso femminile e eventi traumatici in concomitanza a temperamenti ansiosi.<sup>19</sup>

L'ansia derivata dai vissuti di solitudine e dalla scarsa autonomia del sé della paziente si esprime nelle tematiche ipocondriache, che raffigurano un vero e proprio “linguaggio degli organi”.

Il disturbo alimentare si inserisce come ulteriore successiva riparazione rispetto all'ansia riattivata dall'ipocondria e dai contenuti latenti connessi. Il ricorso al cibo assunto compulsivamente ricopre il ruolo di un farmaco anti ansia a fronte del fallimento delle difese dall'angoscia più mature.

Questi elementi vengono gradualmente discussi ed elaborati durante le sedute tramite un linguaggio condiviso, prevalentemente attraverso il lavoro sugli elementi di attualità messi in associazione con ricordi e sogni. La graduale consapevolezza del senso del sintomo evidenzia come il terrore delle mestruazioni esprima un disagio psichico, ed insieme una modalità per controllare l'ansia, anche quella relazionale.<sup>20</sup>

Nel campo della medicina psicosomatica, la comorbilità tra ipocondria e disturbo alimentare tipo *Binge Eating Disorder* costituisce un' ulteriore prova del complesso intreccio somatopsichico tra mente e corpo: il linguaggio degli organi con accenti Alessitimici ed impulsivi tenta di esprimere emozioni così angoscienti da essere ritenute inconsciamente inesprimibili. Tale interconnessione spesso attiva compensazioni comportamentali rispetto alle angosce profonde.

Un disturbo induce l'altro, ciò spinge ad effettuare psicoterapie centrate più che sul solo sintomo sulla personalità del paziente e sull'organizzazione delle proprie difese, recuperando il concetto di funzionamento neurotico in tema di disturbi d'ansia e somatoformi e una prospettiva longitudinale nello studio dei disturbi mentali.<sup>5</sup>

La psicoterapia dinamica migliora il sintomo in modo significativo e costituisce la strada maestra per comprendere la natura del disturbo lavorando sia sugli aspetti cognitivi che sui vissuti inconsci profondi.

### **3.4 Disturbi dell'alimentazione**

I disturbi alimentari rientrano nell'organizzazione cognitiva di tipo psicosomatico poiché i soggetti interessati esprimono ciò che provano attraverso il sintomo. Questi disturbi sono caratterizzati da alterazioni del comportamento alimentare e rappresentano un modo per esprimere la propria sofferenza interna, focalizzandosi sul rapporto che la

---

<sup>19</sup> Noyes et al. “*Hypochondriasis and fear of death. J Nerv Ment Dis.*” **190**(8):503-509, **2002**

<sup>20</sup> Starcevic et al. “*Panic disorder patients at the time of air strikes. Depress Anxiety*” **16**(4):152-156, **2002**

persona ha col cibo e con il corpo. Il cibo infatti, non è solo una fonte di energia per il nostro corpo, ma può assumere diversi significati e avere una rilevanza particolare per le patologie alimentari. Per le persone con disturbi alimentari, il cibo è sempre al centro dei loro pensieri e condiziona fortemente la propria vita.

Questi disturbi alimentari vengono suddivisi e classificati dal DSM IV in 3 grandi categorie:

- anoressia nervosa
- bulimia nervosa
- disturbi alimentari non altrimenti specificati.

La prima categoria è caratterizzata principalmente da: peso corporeo al di sotto della norma, intensa paura di acquistare peso, percezione alterata del proprio schema corporeo, amenorrea (perdita del ciclo mestruale).

La seconda categoria è caratterizzata da: ricorrenti abbuffate (solitamente si tratta di cibi ipercalorici) seguite da attività compensatorie (digiuno, attività fisica eccessiva) o condotte di eliminazione (vomito auto-indotto, uso inappropriato di lassativi, diuretici, ecc...). Solitamente queste abbuffate avvengono di nascosto dagli altri, e son dovute a: stati d'umore depresso, condizioni di stress, fame dopo aver fatto una dieta drastica, sentimenti di insoddisfazione. La crisi bulimica è dovuta alla perdita di controllo.

La terza categoria è rappresentata da quei disturbi che rispecchiano sia il quadro dell'anoressia che della bulimia, con alcune varianti: per esempio compare il ciclo mestruale, assente invece nell'anoressia vera e propria, e non ci sono un numero di abbuffate così frequenti come invece accade per la bulimia. Tra questi disturbi compaiono anche i disturbi di alimentazione incontrollata (*Binge Eating Disorder*): è il caso di molte persone obese, tra cui più donne che uomini, però rispetto ad anoressia e bulimia, gli uomini sono più numerosi.

### *3.4.1 Caratteristiche psicologiche nei disturbi alimentari*

Le persone con disturbo alimentare pongono eccessiva enfasi sulla forma e sul peso del proprio corpo, hanno una distorta percezione del corpo nello spazio e nel tempo, stimano in modo non corretto il proprio corpo. Più è distorto lo schema corporeo e più grande è il problema.

Per le persone anoressiche il corpo è lo strumento per raggiungere la perfezione, che corrisponde all'essere magre. Per l'obeso, il corpo rappresenta qualcosa di cui vergognarsi, un fallimento personale su tutti i fronti. Mostrano, inoltre, un disturbo nella percezione della fame e della sazietà, per esempio le anoressiche non sanno "quando" hanno fame, e le bulimiche non sanno "quando" sono sazie, non hanno dei parametri adeguati. Inoltre hanno credenze disfunzionali sull'alimentazione e sul metabolismo; sembra un paradosso eppure sanno tutto sulle calorie dei cibi, ma non avvertono i rischi

ai quali vanno incontro e ai danni che provocano all'organismo con il loro comportamento.

Altro aspetto importante da evidenziare è che per queste persone è difficile capire i propri stati interni, le sensazioni che provano (come la fame, la sazietà, il senso di vuoto, il freddo, il caldo, ecc....), fanno fatica ad esplorare il proprio mondo interiore: sono incapaci di sentire, riconoscere, esprimere le proprie emozioni e i propri stati interni, i propri desideri. Non dimentichiamo che le emozioni sono importanti e fondamentali per far sapere a noi stessi e agli altri come stiamo, cosa proviamo.

Risulta altresì fondamentale il ruolo dell'ambiente che li circonda proprio perché non riuscendo a capire le proprie emozioni, i propri desideri, le cose che vogliono, queste persone hanno bisogno di avere una continua conferma dall'esterno; ma allo stesso tempo sono molto sensibili a questa intrusività. Da una parte non possono fare a meno di essa, dall'altra però si sentono "invase", perché non riescono a porre dei confini tra sé e il mondo. L'ambiente per loro è importante perché non sanno farne a meno; si tratta di persone insicure, che non sanno ciò che provano e pensano. In terapia è importante che tali pazienti, imparino a costruirsi dei confini rispetto all'ambiente, poiché l'incapacità di porre dei limiti li porta spesso a sentirsi invasi dagli altri. Essi devono imparare a costruirsi una propria identità personale e non una risposta all'ambiente.

Sono anche molto sensibili al giudizio degli altri nei loro confronti, ricercano sempre giudizi e conferme esterne, poiché sono indispensabili per conferirgli un valore personale, perché sono insicure rispetto all'immagine di sé. Ricevere un giudizio negativo sul proprio fisico, può innescare il famoso meccanismo di iniziare per esempio una dieta ferrea, con il conseguente circolo vizioso dal quale è difficile uscire.

Il concetto di valore come persona, non esiste per costoro; esse si sentono vuote ma in realtà non lo sono, il fatto è che non sono state abituate a guardare dentro di sé. Secondo loro, il valore di una persona dipende dalla prestazione e non dal proprio essere. Il famoso "vuoto" di cui parlano spesso le anoressiche, in realtà è un "pieno" non riconosciuto; esse hanno le sensazioni fisiche corporee, ma non sono abituate a sentirle.

Le persone con disturbi alimentari hanno delle super aspettative su se stesse e sugli altri, e inevitabilmente rimangono poi deluse. I livelli di autostima di queste persone sono fortemente condizionati dalla forma e dal peso corporeo. L'essere magri o grassi condiziona la costituzione di una propria identità personale. Raggiungere la perfezione quindi diventa l'unico modo per ricevere giudizi positivi. Costoro si propongono delle aspettative molto alte, senza tener conto delle effettive probabilità di farcela.

Altro tema che accomuna queste persone è la sessualità. L'essere magre rappresenta una bellezza desessualizzata, non volgare; con la restrizione alimentare infatti, si cancellano le parti del corpo che potrebbero risultare erotiche (seno, sedere, fianchi). Inoltre la mancanza di ciclo mestruale rende incapace la riproduzione, quindi scompaiono i segni della sessualità. Per queste persone la sessualità nei rapporti di coppia non è fondamentale; la persona obesa invece, vergognandosi del proprio corpo, cerca di

evitare rapporti intimi; si è riscontrato poi che all'aumento di peso corrisponde un diminuito interesse per l'attività sessuale.

#### *3.4.2 Fattori implicati nell'insorgenza e nello sviluppo di un disturbo alimentare*

Molteplici sono i fattori associati all'insorgenza di un disturbo alimentare. Si possono classificare in base a caratteristiche prettamente individuali, come il genere, l'età, i fattori fisici, e a caratteristiche di derivazione sociale, come il gruppo etnico di appartenenza, la classe sociale, il contesto familiare con la sua storia, la cultura e la società.

Altri fattori contribuiscono più che altro ad aumentare il rischio di sviluppare un disturbo alimentare: un evento di per sé normale viene vissuto con un altro significato che può far precipitare la situazione. Si adottano comportamenti dannosi, come seguire una dieta ferrea in cui si saltano alcuni pasti e si cerca di eliminare cibi ritenuti "cattivi". Va inoltre tenuto in considerazione che questo tipo di disturbo si manifesta spesso durante la pubertà, particolare fase della propria vita, ricca di cambiamenti fisici e psicologici che possono anche essere vissuti in un'ottica negativa.

Di fianco a questi elementi, dover affrontare un lutto o una malattia può costituire un ulteriore fattore "precipitante".

Per ultimo, ci sono fattori che contribuiscono a rendere il disturbo cronico e non più lieve e transitorio; questi risiedono nelle caratteristiche psicologiche delle persone, nelle loro relazioni interpersonali e nei comportamenti adottati.

Nell'organizzazione psicosomatica emerge in modo eclatante l'incapacità di sentire i propri stati mentali. Nell'infanzia lo psicosomatico non ha avuto la possibilità di sperimentare e dare un significato personale a tutta quella gamma di emozioni che sono il principale strumento di conoscenza a nostra disposizione. Venendo a mancare il riferimento emotivo, la persona ricorre a sensazioni legate direttamente al corpo: si sente "vuota", un vuoto psichico che può esser sentito come un vuoto fisico e scambiato per un senso di fame, che si cercherà di colmare mangiando.

#### *3.4.3 Possibili terapie per la cura di un disturbo alimentare*

È importante aiutare queste persone a riconoscere i propri stati interni e le proprie sensazioni e da queste esercitare le proprie scelte in modo autonomo. Il terapeuta da parte sua deve evitare di dar giudizi e opinioni che invece il paziente potrebbe far propri.

Scopo del lavoro terapeutico è insegnare a sostituire un'azione impropria con un comportamento adeguato al senso della compulsione, riconoscendo la propria rabbia e le proprie paure. Il paziente deve imparare ad esprimere le proprie emozioni; la via

somatica non può essere la sola via percorribile, bisogna che il paziente ritrovi un equilibrio interno. Il trattamento consiste nel far evolvere il paziente da una condizione di confusione mentale in cui si trova, aiutandolo a identificare i propri bisogni e combattendo il senso profondo di disvalore che prova cercando di mantenere un controllo sul proprio corpo.

La terapia non è basata sul sintomo, ma è indirizzata a ottenere cambiamenti interni; cercar di convincere il paziente che non è grasso o che non soffre di una malattia organica, è un lavoro inutile. Al contrario, è fondamentale fornirgli una nuova modalità di relazione con gli altri, opposta a quella sperimentata fino ad allora, quando c'era una figura importante che gli spiegava cosa doveva fare e cosa doveva provare.

Il paziente psicosomatico cercherà sempre di esprimere fisicamente cognizione ed emozione, invece deve imparare ad andare oltre il messaggio somatico, fino ad acquisire la capacità di esprimere emotivamente e se possibile anche linguisticamente i propri vissuti, arrivando ad una piena espressione di sé superando l'alessitimia.

La terapia deve fondarsi non su una modificazione sintomatica, ma sulla ristrutturazione di schemi emotivi e cognitivi che portino ad un ritrovato equilibrio interiore.<sup>21</sup>

---

<sup>21</sup> Dott.ssa Colla *“Seminario sui disturbi alimentari”*, 2003  
Bara B. *“Manuale di psicoterapia cognitiva. Bollati Boringhieri”*, 1996

## **CAPITOLO 4**

### **APPROCCI TERAPEUTICI IN PSICOSOMATICA**

#### **4.1 Quadro generale delle terapie in psicosomatica**

Per quanto negli ultimi anni la medicina psicosomatica stia vivendo un periodo di forte interesse da parte del mondo scientifico internazionale, la terapia è rimasta la sua figlia minore, in quanto lo sviluppo della teoria e della pratica del trattamento non è andato di pari passo con l'acquisizione di nuove conoscenze empiriche, la creazione di modelli concettuali e l'elaborazione delle metodologie di indagine.

L'integrazione tra corpo, mente ed energia, presente in tutti gli approcci terapeutici in psicosomatica, fornisce strumenti che consentono di aiutare il paziente a ricomporre l'unità perduta e a favorire il ripristino dello stato di armonia tra corpo e mente, oltre che la corretta circolazione del flusso di energia-informazioni tra tutte le parti del corpo e la mente.

Esistono ad oggi numerosi approcci terapeutici che, pur non rientrando in un'unica cornice di riferimento, presentano alcune caratteristiche di base comuni. Tra i principali vi sono:

- il counselling centrato sulla persona, basato principalmente sull'ascolto e la "giusta" parola, ossia il rimandare alla persona aspetti o parole significative in modo che, ascoltandole, questa possa coglierle e riposizionarle in modo più efficace dentro di sé;
- le tecniche di rilassamento (training autogeno, massaggio shiatsu, ecc.) per lo più mirate a rinforzare le difese naturali, a riequilibrare l'assetto ormonale, a ridurre il dolore e a far riposare la mente;
- le tecniche di movimento, per imparare a conoscere risorse e limiti del proprio corpo e imparare a gestire le proprie emozioni (danza-movimento-terapia, bioenergetica);
- la meditazione, per migliorare la consapevolezza di sé e imparare a cogliere il lato più sottile della realtà;
- Musica, letture, e arti visive, queste ultime "metafore di una tela su cui medico e paziente vanno insieme precisando il capolavoro di una vita vissuta alla scoperta e costruzione di Sé" (Massimo S. Galli).

E' bene considerare che ognuna di esse va scelta secondo le caratteristiche e la capacità di introspezione della persona, tenendo in giusta considerazione il significato del sintomo e rispettandone la presenza: la terapia mira quindi non all'abolizione del sintomo ma alla sua interpretazione e collocazione nel sistema. Scopo principale del percorso terapeutico è che il paziente acquisti consapevolezza delle dinamiche che

hanno generato l'insorgere della malattia e cambi stile di vita. Tutte le terapie sopra indicate, opportunamente integrate, possono avviare a questa consapevolezza.

## **4.2 Ruolo del corpo in psicoterapia**

Il ruolo della dimensione corporea nella pratica psicologica si è storicamente affermato in modo esponenziale, dalle prime considerazioni sulla corporeità in “L'Io e l'Es” di Freud, alle psicoterapie attuali in cui l'espressione fisica è strumento e modello teorico.

L'attenzione degli psicoterapeuti si sta spostando gradualmente da una visione prettamente intrapsichica delle dinamiche psicologiche verso l'esterno prendendo in considerazione anche altri importanti aspetti tra cui, ad esempio, l'adattamento dell'individuo all'ambiente. Lo stesso Massimo Biondi ritiene che un approccio psicanalitico rivolto esclusivamente all'esplorazione di sé, allo scavarsi dentro, alla perfetta conoscenza dei propri problemi e delle loro radici senza che poi fornisca al paziente gli strumenti per agire e cambiare la propria vita non sia veramente esaustivo ed efficace. “Ho visto migliorare pazienti – dice Biondi – con terapie più attive, anche psicodinamiche, ma più attive”. Secondo Alexander Lowen, medico psicanalista padre della Bioenergetica (pratica terapeutica di cui si parlerà a breve), “il punto debole della tecnica psicanalitica sta nel fatto che il suo tentativo di aiutare il paziente a elaborare i conflitti emotivi ignora il corpo. Non fornisce esperienze corporee significative, e dunque le idee che emergono nel trattamento restano impotenti a produrre cambiamenti di rilievo nella personalità”.<sup>22</sup>

Sulla base di queste considerazioni, negli ultimi anni gli psicologi hanno potuto usufruire di strumenti tecnici nuovi, tramite i quali il corpo viene coinvolto nella relazione terapeutica in maniera totale, sia come soggetto da analizzare sia come strumento veicolo di espressione e cura di aspetti patologici.

Esistono diverse forme di psicoterapia corporea, aventi tutte in comune un tratto fondamentale: il terapeuta si avvale di svariati interventi sia di tipo verbale che fisico. Il terapeuta guida il paziente in una esplorazione del suo corpo, mentre questi sta seduto, o è sdraiato su un lettino o su un materasso, o ancora preferisce stare in piedi. Il flusso della comunicazione tra i due si arricchisce di ulteriori elementi.

A volte il terapeuta potrebbe operare con le mani direttamente sul corpo del paziente, ad esempio sollevandogli la spalla con le proprie mani, o applicando una pressione opportuna, in modo che alcuni muscoli normalmente troppo contratti rilascino una parte della loro rigidità cronica. Su questo nuovo movimento e soprattutto sulla percezione del cambiamento dell'esperienza corporea del paziente, si può instaurare uno scambio verbale. Al contempo può anche aver luogo un dialogo terapeutico tradizionale: associazioni, sentimenti, ogni tanto una risposta da parte del terapeuta e via dicendo. In breve, durante una seduta si realizza sia uno scambio verbale tradizionale che una nuova

---

<sup>22</sup> A. Lowen, *Bioenergetica*, 1975

esperienza in cui allo scambio tradizionale si uniscono sperimentazioni che indagano l'esperienza corporea.

In generale la psicoterapia a orientamento corporeo considera la complessità delle intersezioni ed interazioni tra la psiche e il soma. La comune assunzione di base è quella secondo cui il corpo rappresenta l'intera persona e condivide con la mente una funzionalità di base comune. Inoltre, il corpo non è solamente soma, e la mente non è esclusivamente cervello.

La psicoterapia corporea indaga le profonde connessioni che sono alla base di ogni processo psicofisico, partendo dal presupposto che non esiste alcuna gerarchia tra psiche e soma, ma sono entrambi aspetti funzionali e interagenti di un tutto.

Il terapeuta ad orientamento corporeo effettua così un intervento rivolto alla persona intesa come un insieme di manifestazioni di vita emotiva, sociale, mentale e spirituale, favorendo lo sviluppo nel paziente di una equilibrata percezione della realtà esterna. Tale intervento permette di entrare in contatto con la persona nella sua totalità e di rendere coscienti aspetti inconsci, consentendo l'integrazione di parti alienate del sé.

Dalla condivisione di questa prospettiva, sono emerse numerose tecniche terapeutiche distinte, collocate in una cornice relazionale caratteristica.

#### *4.2.1 Vegetoterapia di Reich*

Colui che per primo pensò ad una terapia corporea e olistica fu senza dubbio Wilhelm Reich, uno psicanalista austriaco allievo di Freud, che ad un certo punto entrò in conflitto col maestro su alcune teorie fondamentali, e per questo fu espulso dalla Società Internazionale di Psicanalisi.

Reich aveva deciso di focalizzarsi sulla dimensione corporea intuendo che “non tanto è importante quello che il paziente dice, quanto come lo dice”.<sup>23</sup> Fu Reich a fare per la prima volta cenno a quella che noi oggi chiamiamo comunicazione non verbale, ovvero alle informazioni che trasmettiamo tramite la nostra postura, il tono della voce, le espressioni del viso, lo sguardo. Egli scoprì infatti l'importanza espressiva del corpo e che questo esprime meglio delle parole il nostro disagio o il nostro benessere. Successivamente egli osservò anche che il corpo è essenziale nel processo di sviluppo psichico, cioè nella strutturazione della personalità e del carattere. Arrivò addirittura a concludere che non è possibile parlare di corpo e psiche come due entità separate. La stessa medicina psicosomatica gli sembrò ormai superata nella misura in cui parlava di influenze della psiche sul corpo o viceversa, continuando a intenderle come due entità distinte. Reich invece intendeva psiche e soma come due aspetti della stessa realtà.

---

<sup>23</sup>

W. Reich, *La funzione dell'orgasmo*, 1927

Il carattere di un individuo non rappresentava per Reich un concetto esclusivamente psicologico, bensì esso si configurava anche a livello somatico attraverso la postura, la mimica, il tono della voce. Reich introdusse il concetto di “identità funzionale” psicosomatica, definendo che “gli atteggiamenti muscolari e caratteriali nell'ingranaggio psichico hanno la stessa funzione; possono influenzarsi reciprocamente e sostituirsi vicendevolmente. In fondo sono inseparabili e nella loro funzione sono identici”.<sup>2</sup> Emozioni, carattere e atteggiamenti muscolari non sono dunque separati ma come già detto precedentemente, costituiscono un tutt'uno. Il corpo è infatti pienamente coinvolto nelle emozioni, non esiste un'emozione che non abbia degli aspetti somatici, a partire dal ritmo della respirazione e del battito cardiaco, sino a fenomeni di apertura e chiusura dei capillari, con conseguente sensazione di caldo e freddo, di dilatazione o restringimento delle pupille, o ancora a fenomeni ormonali come il rilascio di adrenalina con l'aggressività. In particolare, Reich intuì l'importanza del movimento corporeo nell'espressione delle emozioni.

Freud sosteneva correttamente che, affinché il paziente stia meglio, l'inconscio deve diventare conscio, ma nella psicoanalisi questo rischia di essere un fatto puramente mentale, intellettuale. Gli stessi psicoanalisti sanno infatti che, se l'affioramento di un ricordo rimosso non è accompagnato dalla relativa emozione, la cosa non ha una grande efficacia terapeutica: non basta cioè ricordare, ma è necessario riuscire ad esprimere sottoforma di emozione quello che è stato represso. Il corpo interviene sempre in questo: l'aggressività si esprime mostrando i denti o battendo un pugno sul tavolo; la tenerezza si esprime con un abbraccio, l'apertura con le braccia aperte, la meraviglia guardando attorno in forma circolare.

Importantissimo nella terapia reichiana è inoltre il discorso sull'energia. La salute è frutto di equilibrio energetico e di libera e fluida circolazione dell'energia nell'organismo attraverso vari livelli. Scopo della terapia è quello di ristabilire la circolazione dell'energia attraverso il superamento dei blocchi che ci possono essere.

La metodologia introdotta da Reich è chiamata vegetoterapia in quanto è collegata al sistema nervoso neurovegetativo, o “autonomo”, che presiede automaticamente, indipendentemente da volontà e consapevolezza, a tutte le funzioni corporee dei vari organi. Questi sono innervati da due nervi: il vago, che presiede alla distensione, il simpatico che favorisce la contrazione. Anche l'intero organismo nel suo complesso ha un andamento pulsante tra due polarità: contrazione ed espansione. Nelle situazioni di stress prolungato in cui spesso siamo costretti a vivere (allarme, lotta, fuga, lavoro), la polarità della contrazione prevale sulla dimensione espansiva del vago, collegata alla voglia di vivere e alla capacità di amare, di andare, come dice Reich, “verso la vita, verso il mondo, verso gli altri”.

Scopo della terapia quindi è ristabilire un equilibrio tra queste due polarità: ritrovare sia la capacità di lottare quando è necessario, quello che chiamiamo aggressività sana, sia la capacità di rilassarsi, di amare, di godere.

L'analisi reichiana del paziente non passa più esclusivamente dalle tecniche classiche, ma procede secondo un percorso specifico - "analisi del carattere" - dipendente dalla struttura che costituisce ogni singolo paziente. Non esiste quindi una tecnica stabilita a priori e valida per tutti. Si considera il materiale portato dal paziente non solo da un punto di vista del contenuto, ma si indaga anche il suo aspetto formale, ovvero il modo in cui la persona si comporta, parla, si veste, si muove. Al paziente vengono proposti esercizi che, in base alla vegetoterapia originale di Reich, rappresentata in Italia dalla scuola di Federico Navarro, danno priorità agli esercizi con occhi e bocca.

Oggi l'attenzione nei riguardi del corpo e l'utilizzo di tecniche che lo coinvolgono in modo diretto stanno "contaminando" in maniera trasversale approcci anche molto diversi tra loro; è bene perciò sapere che il modello teorico di riferimento può variare.

#### 4.2.2 *Bioenergetica di A. Lowen*

Per Lowen bioenergia è l'"energia vitale"<sup>24</sup> presente in tutti gli organismi, e quindi anche nel corpo umano, la quale si manifesta sia a livello somatico che psichico. "Bioenergetica" è lo studio dei processi energetici che avvengono nell'individuo, mentre "analisi bioenergetica" è una tecnica terapeutica, fondata dallo stesso Lowen, che si propone di aiutare l'individuo a tornare ad essere con il proprio corpo e a goderne la vita con quanta pienezza possibile. Secondo Lowen "ogni persona è il proprio corpo", e "nessuno è nulla al di là del corpo vivente in cui ha la propria esistenza e attraverso il quale si esprime e si pone in relazione con il mondo che lo circonda".

Quale sia la natura di questa energia di cui Lowen parla non è ancora chiaro: quello che sappiamo è che risulta essenziale per vivere. Alcuni hanno più energia di altri; altri ancora sono controllati. Più energia un individuo possiede, più è vitale. I meccanismi di carica e scarica di energia sono sempre in equilibrio nell'organismo, diversamente esso funzionerebbe male o si bloccherebbe completamente. Dato questo assunto non è possibile aumentare il livello energetico di una persona senza insegnarle a scaricare una pari quantità di energia. Se la capacità di una persona di esprimere se stessa, le sue idee, le sue sensazioni (autoespressione, secondo Lowen) è limitata da forze interne (inibizioni o tensioni muscolari croniche, frutto di costrizioni dovute all'educazione e alla cultura imperante), se ne limita la possibilità di provare piacere e di vivere in modo creativo. In questo caso l'individuo ridurrà ovviamente a livello inconscio la propria assunzione di energia per mantenere l'equilibrio energetico del corpo.

Non siamo abituati a pensare alla personalità in termini di energia, ma per Lowen le due cose non possono essere disgiunte. La quantità di energia che un individuo impiega e come la impiega determinano necessariamente la sua personalità e si riflettono in essa. Poiché carica e scarica funzionano come unità, la bioenergetica funziona su entrambi i processi con l'obiettivo di elevare il livello energetico, aprire la strada all'espressione di sé e reinstaurare nel corpo il flusso delle sensazioni. Si cerca di lavorare sulla

---

<sup>24</sup> A. Lowen, *Il linguaggio del corpo*, 1958

respirazione, strumento attraverso cui è possibile accrescere l'apporto energetico nell'individuo, ma anche sulla messa a nudo delle forze interiori (conflitti) che impediscono all'individuo di funzionare con il suo pieno potenziale energetico. Ogni volta che uno di questi conflitti interiori si risolve, il livello dell'energia a disposizione aumenta. Quindi l'individuo assume più energia e ne scarica di più in attività creative, fonte di piacere e soddisfazione.

Anche per Lowen, i sentimenti e le sensazioni di una persona possono essere letti nell'espressione del corpo. Le emozioni sono movimenti o moti interni del corpo che sfociano in un'azione esterna. L'atteggiamento di una persona verso la vita o il suo stile personale si riflettono molto nel portamento e nel modo di muoversi. Molte persone sono handicappate da un conflitto inconscio tra diversi aspetti della loro personalità.

I principi sin qui descritti si possono integrare con quelli psicoanalitici attraverso l'analisi del carattere. Il carattere è la risultante di tutte le esperienze vissute dall'individuo e il terreno comune a psiche e soma; è il modo tipico in cui l'individuo tratta la propria ricerca del piacere, che secondo Lowen è l'orientamento primario della vita. Il carattere è strutturato nel corpo sottoforma di tensioni muscolari croniche, e in genere inconscie, che bloccano o limitano gli impulsi, ovvero le forze interiori dell'individuo che si protendono verso l'esterno e qui vengono scaricate. Il carattere è anche un atteggiamento psichico sostenuto da un sistema di negazioni, proiezioni ed altre difese.

L'identità funzionale di carattere psichico e struttura corporea (o atteggiamento muscolare) è la chiave della comprensione della personalità, perché ci permette di leggere il carattere a partire dal corpo e di spiegare un atteggiamento corporeo facendolo risalire alle sue rappresentazioni psichiche e viceversa.

Il terapeuta bioenergetico può leggere la storia di una persona dal suo corpo. Gli esercizi bioenergetici sono un'integrazione di atteggiamenti orientali e occidentali. Come le discipline orientali, rifuggono il potere e il controllo a favore della grazia, della coordinazione e della spiritualità del corpo, ma mirano anche a promuovere l'espressione di sé. Vogliono aiutare le persone ad entrare in contatto con le tensioni che inibiscono la vita corporea. La respirazione svolge un ruolo importante in bioenergetica perché solo una respirazione piena e profonda permette di trovare le energie per una vita più ricca e spirituale.

Una delle tesi importanti della bioenergetica è che i cambiamenti della personalità siano condizionati da cambiamenti delle funzioni corporee, e più precisamente respirazione profonda, maggiore motilità, espressione di sé più piena e libera. Il terapeuta bioenergetico avvicina il paziente guardandolo come un individuo unico la cui ricerca del piacere è impedita da blocchi o inibizioni inconscie che si traducono in contrazioni muscolari croniche: queste lo proteggono dai sentimenti repressi, che non osa esprimere. Lavorando direttamente sulle tensioni muscolari, può aiutare il soggetto a capire come il suo atteggiamento psicologico sia condizionato dalla rigidità del corpo.

Quando lo ritiene opportuno, può attingere ai sentimenti repressi facendoli emergere tramite la mobilitazione dei muscoli contratti che ne limitano e ne bloccano l'espressione. Questo generalmente comporta la fuoriuscita, anche forte, delle emozioni repressi, ad esempio sotto forma di grida o pianto, cui fa seguito l'analisi da parte del terapeuta delle difese psichiche messe in atto dal paziente, l'evocazione dei sentimenti repressi. Infatti, la terapia bioenergetica si basa sul fatto che sia il lavoro sul corpo, che quello sulla mente, da soli non sono terapeutici, ma è dall'integrazione di entrambi che si può nel tempo pervenire all'eliminazione di tutte le posizioni difensive della personalità. A tal fine vengono proposti al paziente alcuni esercizi fisici che gli permettono di entrare in contatto con il proprio corpo, di allentare le tensioni, di attivare una respirazione profonda e spontanea, di ristabilire il libero flusso dell'energia in tutto il corpo.

L'obiettivo è portare il paziente ad avere un atteggiamento sano verso la vita, cioè ad amare tutto quello che fa, dal lavoro al gioco, a partecipare emotivamente a tutte le situazioni che incontra sul suo cammino.

#### *4.2.3 Altri approcci olistici*

A differenza della medicina attuale, che interviene quando c'è un dolore, uno scompenso, per cui essere malati diventa una vergogna, una debolezza, nella medicina olistica i disturbi sono una richiesta del corpo e nascono da un'inconsapevolezza dell'arte del vivere secondo il flusso delle stagioni, del cosmo.

Ampio è il panorama delle cosiddette medicine alternative, basate sulla suggestione della persona attraverso tecniche diverse, alcune delle quali saranno qui di seguito descritte.

#### *Agopuntura*

La punta di diamante tra gli approcci olistici è rappresentata dall'agopuntura, praticata tra ospedali e cliniche italiane, quasi sempre per il trattamento di sindromi dolorose. In Italia, gli agopuntori sarebbero oltre 7.000, di cui l'80% si dedica all'agopuntura come attività secondaria, mentre il restante 20% la pratica a tempo pieno per tutte le patologie.

La tecnica dell'agopuntura si basa sulla visione somatopsichica, propria della Medicina Cinese, in cui i sentimenti ed il vissuto psicologico, sono la proiezione della costituzione del paziente e del funzionamento dei suoi organi.

Non solo nella diagnosi ma anche nella terapia l'agopuntura, praticata in Cina da almeno 3500 anni, prevede un continuo intreccio di elementi psichici e somatici, non esistendo per il medico agopuntore una mente o un corpo, ma solo una persona ammalata in cui le energie hanno perso il loro equilibrio.

Tutti i medici agopuntori sanno perfettamente che all'agopuntura sottende un modello metodologico unitario ed è giocoforza che la triade comunicativa medico-ago-paziente si occupi ed agisca sull'unità psicosomatica.

## Omeopatia e Fitoterapia

Dopo l'agopuntura, abbiamo l'omeopatia e a seguire la fitoterapia.

L'omeopatia è una controversa pratica terapeutica alternativa, i cui principi teorici sono stati formulati dal medico tedesco Hahnemann verso la fine del diciottesimo secolo. Il “credo” di questa disciplina si riassume in “*simila similibus curantur*”: principio di similitudine del farmaco, enunciato dallo stesso Hahnemann e privo di qualsiasi conferma scientifica. Il principio omeopatico viene riconosciuto nella sostanza che in una persona sana induce sintomi simili a quelli osservati nella persona malata. Una volta individuata, questa sostanza viene somministrata al malato in quantità fortemente diluita. Allo stato attuale, non è stato pubblicato alcun lavoro scientifico su riviste mediche di valore riconosciuto atto a dimostrare un'efficacia clinica dell'omeopatia per una qualsiasi malattia, superiore all'effetto placebo; lo scetticismo degli scienziati la cataloga come pseudoscienza per la sua debolezza teorica e per la mancanza di un plausibile meccanismo che ne spieghi il funzionamento.

Pratica antichissima, comune a tutte le culture e popolazioni sin dalla preistoria, è la fitoterapia, che prevede l'utilizzo di piante o estratti di piante per la cura delle malattie o per il mantenimento del benessere. Con molta probabilità, rappresenta il primo esempio di terapia nell'uomo: l'utilizzo delle piante si ritrova in tutti i sistemi terapeutici umani, da quelli più antichi e basati su osservazione ed empirismo, a quelli più sofisticati e con livelli di complessità teorica elevata, fino alla moderna biomedicina. Solo da pochi anni e solo in Gran Bretagna, esiste una categoria professionale istituzionalizzata di fitoterapeuti, con percorso formativo universitario distinto da quello previsto per la biomedicina, e con protezione legale del nome. Negli altri stati membri della UE il termine fitoterapeuta non ha valore legale, e la fitoterapia non è una branca riconosciuta della biomedicina. Questa pratica è considerata una medicina alternativa o complementare nella maggior parte degli stati membri della UE e negli Stati Uniti, anche se alcune piante e soprattutto alcuni estratti di pianta sono riconosciuti e utilizzati anche dalla medicina scientifica tradizionale.

Nonostante l'uso di piante e dei loro derivati possa risultare utile nei trattamenti terapeutici, spesso si verifica uno sfruttamento promozionale di piante ed erbe delle quali si vantano proprietà terapeutiche non documentate e delle quali talvolta si ignorano i possibili pericoli. Pensare che naturale equivalga a benefico può trarre in inganno: virus, funghi velenosi o per esempio la cicuta con cui si suicidò Socrate sono anch'essi naturali. E vanno valutate anche le interazioni di piante ed erbe con i farmaci così come gli effetti collaterali: è infatti noto che molte piante interagiscono con i farmaci riducendone l'attività o al contrario aumentandone la tossicità.

## Medicina ayurvedica

Tra le medicine non convenzionali che prendono in considerazione l'unità mente-corpo, va citata senza dubbio la medicina ayurvedica, nata in India circa 6000 anni fa e attualmente annoverata dall'Unione Europea tra le medicine non convenzionali la cui erogazione è consentita solo da parte di medici qualificati. A differenza dei sistemi di medicina che intervengono quando insorge la malattia, nella medicina ayurvedica è l'individuo sano che va curato, in modo che viva a lungo e non sperimenti mai la malattia. Il termine deriva dal sanscrito e significa "conoscenza, sapienza, scienza della vita". La medicina ayurvedica si basa sullo studio di tre forze vitali responsabili delle funzioni psicologiche e fisiologiche dell'organismo, definite *dosha*.

La diagnosi dello stato di salute avviene attraverso l'analisi della lingua e la misurazione energetica del polso. A seguito della diagnosi, il medico ayurvedico indica modalità di depurazione del corpo che passano per l'attività fisica e l'alimentazione, oltre a intervenire con massaggi con oli medicali e cure a base di erbe.

## Massaggio shiatsu

Tecnica curativa e allo stesso tempo preventiva con una visione olistica della persona è il massaggio shiatsu. Il massaggiatore che fa la differenza è quello che riceve a sua volta massaggi e, pur seguendo uno schema base, ha sviluppato una tale sensibilità da avvertire profondamente il fluire dell'energia. Nello shiatsu esiste il metodo Namikoshi, che ha base scientifica, e quello Masunaba, dove la teoria è profondamente connessa alla mappa dei meridiani energetici. Tuttavia, nonostante si cominci ad intravedere una possibile integrazione tra questa pratica e la medicina tradizionale, ad oggi non è ancora stata riconosciuta in tutta Italia e la sua formazione è affidata interamente all'iniziativa di scuole private.

## Terapie naturali

Il corpo umano è una macchina perfetta, fatta secondo natura. Le terapie naturali riportano il sistema della malattia in uno schema di cura preciso, basato sull'ascolto del proprio corpo e su ciò che la natura mette a disposizione dell'uomo per assicurargli guarigione e prevenzione dagli squilibri energetici, dalle disarmonie che causano disturbi. Qualsiasi terapia naturale che si rispetti deve essere preventiva, funzionale, basata su rimedi naturali e su una visione olistica dell'uomo inteso come binomio inscindibile di corpo e mente. Il corpo esprime un linguaggio extra-verbale, collegato sia con i vissuti ed i conflitti intra-psichici sia con manifestazioni somatiche vere e proprie e, considerando la valenza emozionale del tutto peculiare del paziente, il contatto del terapeuta col paziente favorisce il dialogo psicologico ed il rapporto fiduciario che crea l'empatia tra medico e malato. I maggiori sforzi delle terapie naturali si concentrano sulla cura dell'ansia, dalla quale insorgono un gran numero di disturbi psicosomatici.

## Tecniche di rilassamento

L'ansia è una reazione adattativa e, se non eccessiva, permette di affrontare meglio le situazioni. In modo del tutto naturale, l'organismo reagisce alle situazioni di stress tirando il cosiddetto “sospiro di sollievo”, accompagnato da riduzione della tensione muscolare, rallentamento temporaneo della frequenza cardiaca, riduzione della conducibilità elettrica cutanea, dilatazione vascolare periferica alle estremità; in questo modo riduce l'attivazione e facilita il riposo e il risparmio energetico. Da secoli si cerca di porre sotto un controllo volontario questa risposta spontanea: per un rilassamento psicofisico e un aumento dell'autocontrollo, nella maggior parte delle tecniche di meditazione, il controllo del respiro è diventato basilare per distaccarsi dall'ambiente e aumentare la concentrazione.

Successivamente ci si è concentrati anche su tecniche, come lo yoga e la meditazione trascendentale, che pongono l'attenzione non tanto sul respiro quanto sul controllo della tensione muscolare.

Negli ultimi decenni poi si è cercato di sviluppare tecniche di rilassamento semplificate, per facilitare l'apprendimento di metodiche di rilassamento volte a migliorare il senso di benessere e addestrare all'autocontrollo del proprio corpo e della propria mente.

Per apprendere una tecnica di rilassamento sono necessarie almeno 3-4 sedute di mezz'ora e una pratica possibilmente quotidiana a casa. Sono in commercio anche manuali e videocassette per l'autoapprendimento, ma sono sconsigliabili in quanto verrebbero meno la valutazione diagnostica dell'effettivo rilassamento, la possibilità di un aiuto in caso delle comuni difficoltà durante la pratica, una supervisione sulla corretta esecuzione.

Con le tecniche di rilassamento si tocca con mano il ponte tra mente e corpo, ottenendo rinforzo delle difese naturali, riequilibrio ormonale, riduzione del dolore e riposo della mente.

Uno stato di rilassamento ben condotto presenta variazioni misurabili di alcuni correlati psicobiologici:

- aumento dell'ampiezza e riduzione dell'EEG
- riduzione generalizzata della tensione muscolare
- spostamento dell'equilibrio in direzione parasimpatica
- riduzione della frequenza cardiaca
- riduzione della pressione arteriosa sistolica e diastolica
- riduzione degli atti respiratori
- vasodilatazione periferica
- riduzione della conducibilità elettrica cutanea
- riduzione della motilità gastrointestinale
- riduzione di ACTH, prolattina, catecolamine
- possibile aumento delle  $\beta$ -endorfine plasmatiche

- possibili variazioni di alcuni parametri immunitari

Spesso le tecniche del rilassamento si usano in contesti non clinici e a scopo non terapeutico, ma vi sono anche applicazioni terapeutiche in campo medico; le più diffuse riguardano i disturbi stress-correlati, come le cefalee di tipo tensivo, alcune forme di bruxismo e la sindrome dolorosa temporomandibolare, il dolore lombare cronico, la balbuzie e altri disturbi neuromuscolari causati o aggravati da stress. A tal riguardo esiste una vasta letteratura in cui la pratica del rilassamento ha prodotto risultati paragonabili o migliori rispetto ad altre terapie. Risultano invece più controversi i risultati ottenuti con l'ipertensione essenziale: in questo caso, l'associazione del rilassamento alla medicina tradizionale viene consigliata dal medico solo qualora ritenga necessario un trattamento psicologico associato al trattamento con beta-bloccanti o ansiolitici. In diversi casi è stato documentato che, se combinato con il rilassamento, si può far ricorso ad un minor dosaggio del farmaco antiipertensivo riducendo così gli effetti collaterali.

Altre applicazioni si ritrovano in pazienti oncologici, in stati di dolore, in alcuni disturbi gastrointestinali come la colite spastica, nell'iperidrosi palmare, nella preparazione ad interventi di odontoiatria, nelle somatizzazioni d'ansia, nella fobia sociale e in altri disturbi fobici, nel disturbo da attacchi di panico.

Studi sull'efficacia dell'approccio basato sul rilassamento sono stati condotti negli anni Ottanta da Biondi e Pancheri sui correlati neuroendocrini della terapia del rilassamento con feedback. Questi studi evidenziarono che il rilassamento produceva dall'interno le modificazioni tipiche dell'ansiolisi: riduceva l'ACTH (ormone adrenocorticotropo) e la prolattina (ormoni con elevati livelli in condizioni di stress), probabilmente innescando delle modificazioni nei meccanismi regolatori dell'ipotalamo e del sistema limbico. Da questo risultava molto verosimile che un buon rilassamento fosse associato nel cervello ad una maggiore produzione di GABA (acido  $\gamma$ -amino butirrico) o di sostanze endogene che riducono l'ansia.

In un modo del tutto psicosomatico, rilassarsi non vuol dire solo distendere i muscoli, ma anche agire su stati interni della chimica della mente.

Di recente pubblicazione uno studio su *Psychotherapy & Psychosomatics* di Biondi e Picardi in cui sono stati seguiti 2 gruppi di pazienti con disturbo di panico per molti anni dopo il termine della cura. Gli autori hanno rilevato che i pazienti trattati con solo farmaci antipanico erano migliorati alla fine della cura ma avevano un alto tasso di ricadute negli anni, mentre quelli che avevano preso gli stessi farmaci antipanico ma associati ad una terapia di rilassamento erano soggetti a ricadute meno frequenti.

Le tecniche per l'induzione del rilassamento più diffuse sono il training autogeno di Schultz, la risposta rilassante di Benson, il rilassamento progressivo di Jacobson, il rilassamento guidato da biofeedback elettromiografico, il rilassamento secondo Araujaguerra, la risposta di quiete di Stroebel.

## Training autogeno

Il training autogeno è una tecnica di rilassamento sperimentata dal neurologo berlinese J.H. Schultz nel 1932, che permette di rilasciare le tensioni quotidiane e recuperare energie positive. E' un metodo di autodistensione che consente di modificare tensioni psichiche e corporee e permette, attraverso il completo controllo del proprio corpo, di raggiungere un elevato livello di rilassamento psichico e di realizzare spontanee modificazioni del tono muscolare, della funzionalità vascolare, dell'attività respiratoria, cardiaca e degli organi interni. Questo metodo favorisce il recupero di energie permettendo una migliore gestione delle proprie risorse in tutti gli ambiti dell'attività umana e può essere praticato in completa autonomia a casa o in qualsiasi altro ambiente dove ci sia tranquillità e ci si possa mettere in una posizione comoda.

Training significa allenamento, apprendimento graduale di una serie di esercizi volti al raggiungimento dell'equilibrio neurovegetativo, continuamente insidiato da stati di tensione, di ansia e di stress. Con autogeno, invece, si intende che tale abilità e la messa in atto della tecnica vengono generate sempre maggiormente dal soggetto stesso, in modo autonomo, adattando il metodo alle proprie esigenze.

## Rilassamento attivo

Al Prof. Biondi si deve l'evoluzione del rilassamento in rilassamento "attivo", ovvero una tecnica che si può praticare mentre si è impegnati in altre attività, liberandosi quindi dalla capacità di rilassarsi solo in contesti "protetti" come in seduta o a casa in silenzio e al buio, nei quali tutto sommato serve a ben poco. Molto più utile è invece imparare a rilassarsi nel momento del bisogno.

## Reiki

Una terapia di tipo psicosomatico che unisce al rilassamento il contatto è il Reiki, pratica spirituale, alternativa per la cura di disturbi fisici, emozionali e mentali. Secondo questa visione, la malattia altro non è che la manifestazione fisica di uno squilibrio energetico e il Reiki si propone proprio di rimuovere i blocchi energetici per ristabilire l'armoniosa interazione mente-corpo. Il vero conflitto nasce dalla psiche e gli eventi esterni possono al massimo essere concause di un disturbo fisico; in questa visione il dolore diventa un'informazione necessaria all'autoconservazione.

Il grosso limite del Reiki è che non ci sono studi scientifici controllati "in cieco" e pubblicati su riviste autorevoli che ne garantiscano la serietà; pertanto si ritiene che gli eventuali effetti benefici di questa pratica siano da attribuire all'effetto placebo.

Qui prende corpo la possibile pericolosità di questo e di altre forme di medicina alternativa che possono spingere il praticante a preferire forme di cura alternative, prive di valenza scientifica, abbandonando del tutto forme di cura scientifiche.

## **CAPITOLO 5**

### **LA MEDICINA PSICOSOMATICA: UN'INDAGINE SOCIO-ECONOMICA**

#### **5.1 Aspetti generali**

I pensieri, i sentimenti e l'umore rivestono un ruolo dominante nello scatenarsi di alcune malattie, influenzando anche il loro decorso e l'efficacia del trattamento. Infatti, anche in pazienti con disturbi chiaramente somatici, lo stato di benessere funzionale è fortemente influenzato dall'umore, dalle capacità di adattamento e dal contesto sociale.

Ad oggi, l'approccio terapeutico della maggior parte dei medici è quello di trattare le patologie esclusivamente dal punto di vista somatico, tralasciando la dimensione mentale, emozionale e comportamentale di esse. Questa disattenzione alla salute mentale e psichica dei pazienti si traduce in frustrazione, inefficienza e spreco delle risorse nel sistema sanitario. Molte patologie, infatti, riportano sintomi non riconducibili a particolari alterazioni funzionali, ma sono scatenate dall'effetto negativo della mente sul corpo.

Studi recenti, hanno cercato di evidenziare i benefici terapeutici che l'approccio psicosomatico può avere nella cura di alcune patologie e di valutare anche in termini economici i vantaggi che questa nuova branca della medicina potrebbe avere sul bilancio sanitario, tramite analisi costo/beneficio e costo/utilità. Ad esempio, in alcuni casi, gli autori hanno monitorato i parametri fisici per valutare il miglioramento dello stato di salute del paziente (pressione, motilità e acidità gastrica) e la diminuzione delle giornate di lavoro perse per malattia, calcolando i proventi e misurando i costi.

La criticità maggiore della fattibilità delle valutazioni economico-sociali della medicina psicosomatica, sta nella scelta dei parametri oggettivi da usare per valutare l'effettivo miglioramento della salute in relazione anche al vantaggio economico che ne deriva.

#### **5.2 Esempi di valutazioni socio-economiche**

Di seguito verranno sottoposti all'attenzione alcuni esempi di valutazioni economiche di costo/efficacia e costo/beneficio in medicina psicosomatica, si renderanno evidenti i risultati incoraggianti di questo tipo di approccio nella cura dei disordini somatoformi ma anche le difficoltà nella scelta dei parametri corretti.<sup>25</sup>

---

<sup>25</sup> Sobel, D.S. *Psychosomatic Medicine*, 1995, 57, 234-244

Quasi un terzo dei pazienti che si reca da un medico presenta sintomi fisici riconducibili ad un disagio psicologico. Kroenke et al.<sup>26</sup> hanno monitorato per più di tre anni circa 1000 pazienti di un reparto di medicina interna. Hanno selezionato i 14 sintomi più comuni: dolore toracico, affaticamento, vertigini, cefalea, edema, dolore alla schiena, dispnea, insonnia, dolore addominale, intorpidimento, impotenza, perdita di peso, tosse e costipazione. I disturbi riferiti nel 10% dei casi erano classificati come di natura chiaramente psicologica, ma nel 74% i fattori eziologici non rilevabili.

Studi sempre più numerosi, sottolineano l'efficacia di interventi terapeutici di medicina psicosomatica, semplici, sicuri, e relativamente poco costosi che possono drasticamente migliorare la salute e ridurre la necessità di cure mediche dispendiose. Si tratta essenzialmente di terapie cognitivo-comportamentali guidate dall'esperienza di personale medico qualificato. Il successo di questi approcci non invasivi dipende da un'adeguata informazione dei pazienti, da una corretta educazione attraverso depliant, video, lezioni, sessioni individuali e/o consulenza di gruppo. A ciò si aggiungono le strategie di consolidamento della fiducia in se stessi, di riduzione dell'isolamento sociale, di incoraggiamento affinché i pazienti svolgano un ruolo attivo nella cura e nel mantenimento.

#### *5.2.1 Vantaggi socio-economici dell'approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento dell'artrite reumatoide*

Di particolare interesse sono gli studi economico-sanitari condotti da Lorig e colleghi dello *Stanford Arthritis Center* nel campo della medicina psicosomatica. È stato progettato un programma terapeutico per aiutare i pazienti con artrite ad affrontare meglio il dolore, la disabilità, la paura e la depressione spesso associata all'artrite.<sup>27</sup>

Il programma prevedeva sessioni di due ore per sei settimane aperte ai pazienti e alle loro famiglie, guidati da istruttori non medici, molti dei quali affetti anch'essi da artrite. Sono stati istruiti sulla patofisiologia e sul trattamento dell'artrite, hanno imparato esercizi di potenziamento, resistenza, tecniche di rilassamento e hanno lavorato sull'interrelazione tra stress, dolore e depressione. Dopo 4 anni i pazienti al follow-up si mostravano in grado di autogestire il decorso dell'artrite e i suoi sintomi, riferivano una riduzione del dolore del 19% e una diminuzione del ricorso al parere del medico del 43% rispetto alla media.

Il costo del programma è stato di \$54 per paziente. Tenendo conto della riduzione delle visite presso gli studi medici, il risparmio in quattro anni è stato di \$648 per ogni paziente affetto di artrite e di \$189 per malato con osteoartrosi. Date queste cifre, se negli Stati Uniti, l'1% dei pazienti con artrosi della mano da moderata a grave (103.000 pz) e l'1% dei pazienti con artrite reumatoide (21.000 pz) avessero partecipato al

---

<sup>26</sup> Kroenke, K.; Mangelsdorff, A.D. *Am. J. Med.*, **1989**, *86*, 262-266

<sup>27</sup> Lorig, K.; Fries, J.F. *The Arthritis Helpbook: Tested Self-Management Program for Coping with Your Arthritis*. Reading, MA, Addison-Wesley, **1990**

programma di autogestione, il risparmio totale in 4 anni sarebbe stato pari a 19,5 e 13,6 milioni di dollari per l'osteoartrite l'artrite reumatoide, rispettivamente.<sup>28</sup>

La *Rhode Island Group Health Association*, ha condotto un ampio studio prospettico, randomizzato e controllato, per verificare in che misura una maggiore autogestione della propria condizione malattia possa diminuire il numero di visite mediche.

Ogni mese il 75% della popolazione mondiale lamenta un fastidio fisico. Tra il 70% e 90% di questi sintomi possono essere auto-diagnosticati e auto-gestiti senza l'intervento degli operatori sanitari.<sup>29,30</sup> Se solo il 10% di questi individui dovesse rinunciare all'autocura e richiedere assistenza medica qualificata, la domanda di cure mediche raddoppierebbe intasando il sistema sanitario. Allo stesso tempo, si stima che almeno il 25% delle visite ambulatoriali sono richieste per disturbi che i pazienti potrebbero curarsi autonomamente.<sup>31</sup> Se anche il 5% di questi fosse in grado di autocurarsela, la domanda di prestazioni professionali potrebbe essere ridotta del 25%.

È evidente da questi dati, che è possibile migliorare la salute riducendo i costi sanitari semplicemente aiutando i pazienti a prendersi cura di sé, cioè, dando loro gli strumenti per capire quando è necessario cercare una consulenza professionale e quando invece non lo è affatto. La *Rhode Island Group Health Association* ha fornito ai pazienti un libro sulla cura di sé che contiene indicazioni per quasi 100 comuni sintomi e problemi,<sup>32</sup> un servizio telefonico per informazioni e consulenze individuali da parte di un infermiere specializzato. Il programma nel suo insieme ha portato alla riduzione del 35% delle visite per patologie di lieve gravità e ha permesso di risparmiare \$2,50 (di spese mediche) per ogni dollaro speso per istruire i paziente al *self-care*.

La *Rhode Island Group Health Association* ha condotto un ulteriore studio nel campo della medicina psicosomatica circa le patologie più comuni e lo stress correlato. È stato osservato che oltre il 60% di tutte le visite mediche sono dovute a stati ansiosi e non a reali patologie diagnosticabili.<sup>33</sup> Inoltre, nel 25%-50% dei casi le visite ai medici avvengono per problemi di natura psicosociale.

Lo studio ha indagato l'efficacia della terapia di medicina comportamentale nell'aiutare i pazienti a cambiare gli atteggiamenti negativi, le credenze e gli stati d'animo. La terapia si concentrava sul rapporto mente/corpo e ha fornito ai pazienti strumenti educativi, di addestramento al relax in risposta ad alcuni sintomi e di consapevolezza della propria condizione patologica reale. Questi pazienti sono stati confrontati con un gruppo di controllo randomizzato che ha ricevuto solo informazioni circa la gestione dello stress. Entrambi i gruppi partecipavano ad incontri una volta a settimana per 6 settimane in sessioni di 90 minuti. I pazienti del gruppo di controllo non avevano mostrato nessun cambiamento significativo nei sintomi fisici, nei livelli di stress

---

<sup>28</sup> Lorig K.; Mazonson P.D.; Holman H.R. *Arthritis Rheum*, **1993**, 36, 439-446

<sup>29</sup> White, K.L.; Williams, T.F.; Greenberg, B.G. *Engl. J. Med.*, **1961**, 265, 885-891

<sup>30</sup> Demers, R. Y., Altamore, R., Mustin, H. *J. Fam. Pract.*, **1980**, 11, 1085-1092

<sup>31</sup> Dunnell, K.; Cartwright, C. *Medicine Takers, Prescribers and Hoarders*, Boston, Routledge & Kegan Paul, **1972**

<sup>32</sup> Vickery, D.M.; Fries, J.F. *Take Care of Yourself: The Complete Guide to Medical Self-Care*. Reading, MA, Addison-Wesley, **1993**

<sup>33</sup> Cummings, N.A.; VandenBos, G.R. *Health Policy*, **1981**, 1, 159-175

psicologico e nel numero di visite al centro, prima e dopo il trattamento. Invece dopo 6 mesi i pazienti nei gruppi di medicina comportamentale hanno segnalato meno disagio fisico e psicologico e ricorrevano a circa due visite mediche in meno rispetto alla media. E' stato stimato un risparmio netto di \$85 per partecipante per i 6 mesi di follow-up.

### *5.2.2 Vantaggi socio-economici dell'approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento della sindrome del dolore cronico*

Anche il dolore cronico è una sindrome curabile in alcuni casi sfruttando l'approccio terapeutico psicosomatico.

Uno studio si è concentrato sugli effetti della terapia di gruppo su 109 pazienti che vivevano con dolore cronico da 6,5 anni in media.<sup>34</sup> I loro sintomi dolorosi includevano: mal di testa, di schiena, di stomaco e dolore al collo. I pazienti hanno partecipato a incontri di gruppo di 90 minuti guidati da un medico e uno psicologo una volta alla settimana per 10 settimane. Durante le 10 sedute i pazienti hanno imparato a conoscere la fisiologia del dolore, come rilassarsi, come svolgere esercizi di yoga, la capacità di comunicazione, la definizione degli obiettivi e delle strategie e come evitare pensieri negativi. Inoltre, tenevano un diario quotidiano del dolore, una valutazione sull'uso dei farmaci, ascoltavano un nastro audio sul rilassamento e tenevano la pianificazione di attività piacevoli.

Il programma aveva un costo di circa \$1000 per gruppo e \$11.000 per tutti i 109 pazienti. Il risparmio netto in termini di visite mediche era pari in media a \$110 per paziente durante il 1° anno e ulteriori \$210 per paziente nel 2° anno di follow-up. Queste stime non includono il risparmio dovuto alla riduzione della prescrizione dei farmaci, dei "rassicuranti" test diagnostici e alla riduzione di interventi chirurgici non necessari.

### *5.2.3 Vantaggi socio-economici dell'approccio terapeutico psicosomatico nel decorso post-operatorio*

Anche la velocità di recupero e la durata della degenza ospedaliera è influenzata da molti fattori, tra cui la preparazione del paziente ad affrontare l'impatto psicologico di un intervento chirurgico. Sono stati analizzati 191 studi condotti tra il 1963 e il 1989 sui benefici di approcci psico-educazionali sul recupero, sul dolore post-chirurgico (cistifellea, intestino, stomaco, cuore e polmone) e sul disagio psicologico.<sup>35</sup> Gli interventi sono stati suddivisi in tre grandi categorie:

- le informazioni sanitarie, in particolare dettagli su cosa sarebbe stato fatto prima e dopo l'intervento chirurgico, i tempi delle varie procedure e attività e le funzioni e ruoli dei medici e degli infermieri;

<sup>34</sup> Caudill, M.; Schnabel, R.; Zuttermeister, P. *Clin. J. Pain.*, **1991**, 7, 305-310

<sup>35</sup> Devine, .EC. *Patient Educ. Couns.*, **1992**, 19, 129-142

- esercizi di respirazione e rilassamento;
- supporto psicosociale; cioè, l'individuazione e il tentativo di alleviare le preoccupazioni del paziente, fornendo rassicurazione, incoraggiando i pazienti a porre domande nel corso dell'ospedalizzazione e a indicare le aspettative personali sui tempi di recupero.

La durata della permanenza in ospedale è diminuita in media di 1,5 giorni, portando ad un consistente risparmio.

Uno studio condotto tra il *Mount Sinai Medical Center* di New York e il *North Western Memorial Hospital* di Chicago ha valutato l'efficacia dello screening psichiatrico per 452 pazienti di 65 anni in seguito al trattamento chirurgico di una frattura d'anca.<sup>36</sup>

Questi interventi hanno portato all'evidenza precoce di problemi psichiatrici, ad una migliore assistenza psicologica e ad un risparmio di 2 giorni di permanenza ospedaliera. La terapia psichiatrica ha portato a un risparmio di quasi 1300 dollari per paziente. Nonostante il significativo potenziale risparmio e il miglioramento degli esiti di intervento chirurgico, in molti ospedali tali programmi non sono regolarmente forniti.

#### 5.2.4 Vantaggi socio-economici dell'approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento dei disturbi somatoformi e dell'anoressia nervosa

Hiller,<sup>37</sup> nel 2003, ha pubblicato uno studio prospettico il cui obiettivo era quello di valutare gli effetti dell'utilizzo della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) in pazienti con disturbi somatoformi (SFD). In psicologia, un disturbo somatoforme è un disturbo puramente mentale caratterizzato da sintomi fisici che suggeriscono una malattia somatica che in realtà non può essere riferita ad un'unica patologia in particolare.

Gli effetti della CBT sono stati osservati paragonando il gruppo di pazienti sottoposti a questa terapia *versus* un gruppo di persone in lista d'attesa. Il calcolo dei costi è stato effettuato su un periodo di circa due anni prima e dopo il trattamento, ed era basato sull'importo delle fatturazioni dei medici e sui dati delle compagnie di assicurazione sanitaria. I pazienti sottoposti a terapia sono migliorati in modo significativo rispetto al disagio dovuto al sintomo fisico, allo stato di salute, all'ansia, alla depressione e al loro coinvolgimento psicosociale. Il costo delle spese ambulatoriali e di ricovero dei pazienti nei due anni precedenti la cura, risulta essere 2.2 volte più elevato rispetto alla media di tutti i pazienti del sistema sanitario. Dopo 2 anni di follow-up, è stata osservata una riduzione dei costi del 24,5% per pazienti ambulatoriali e del 36,7% per le cure ospedaliere. I costi socio-economici indiretti, dovuti a perdita di giornate di lavoro, sono diminuiti del 35,3%. In un gruppo di pazienti che ricorrevano molto più frequentemente di altri alle cure mediche, si è arrivati ad osservare sino ad un risparmio del 63.9% sulle spese per la cura dei disordini somatoformi.

<sup>36</sup> Strain, J.J., Lyons, J.S., Hammer, J.S, *Am. J. Psychiatry*, **1991**, *148*, 1044-1049

<sup>37</sup> Hiller, W.; Fitcher, M.M.; Rief, W. *J. Psychos. Res.*, **2003**, *54*, 369-380

Infine, recentemente Haas et al.<sup>38</sup> hanno condotto uno studio sull'anoressia nervosa al fine di valutare i costi associati a tale patologia, cercando di valutare anche in modo oggettivo tutte le patologie ad essa correlate.

L'anoressia nervosa (AN) è una malattia caratterizzata da perdita di peso voluta dal paziente, dalla visione di un'immagine distorta del proprio corpo, da depressione, ansia, disfunzioni mestruali e disturbi ossessivo-compulsivi con un'incidenza dello 0,2% per le donne e dell'1% per ragazze adolescenti. L'anoressia nervosa, ha il più alto tasso di mortalità di qualsiasi altro disordine psicosociale.

La letteratura ha mostrato, che il ricovero ospedaliero è il trattamento di prima scelta per gestire i problemi fisici e psicologici di pazienti anoressici, soprattutto per coloro che hanno fallito il trattamento ambulatoriale o sono in pericolo di vita. In Germania sono messe in atto riforme che prevedono l'introduzione di DRG anche per le malattie psicosomatiche. Questo intervento legislativo, porta ad uno spostamento della responsabilità della diagnosi e quindi della spesa per il sistema sanitario, dal paziente al medico. Tuttavia bisogna considerare l'eterogeneità dei pazienti con anoressia nervosa e la comorbidità associata a questa patologia, di conseguenza trovare un'unica soglia di rimborso risulta complicato.

Haas et al., pertanto, nel loro lavoro hanno cercato di calcolare i costi di degenza per il trattamento ospedaliero dei disturbi psicosomatici e di identificare parametri predittivi che permettessero di capire se i costi potessero essere considerati omogenei per pazienti con AN o meno. L'indagine è stata svolta su un campione di 127 pazienti e il calcolo dei costi è stato eseguito tenendo conto dell'attività del personale medico, delle forniture di farmaci, dei costi di gestione della struttura, etc. Dal punto di vista del paziente anoressico è stato ipotizzato che il costo ospedaliero giornaliero dovesse essere calcolato in funzione dell'età, del sesso, del Body Mass Index (BMI) al momento del ricovero, e di altre variabili di comorbidità. Il costo totale medio per caso era pari a 4.647 € di cui; la cura (40%), i costi generali che includono i costi per medici e non medici e le infrastrutture e per le terapie singole e di gruppo (20%).

#### *5.2.5 Vantaggi socio-economici dell'approccio terapeutico psicosomatico nel trattamento dell'ipocondria*

L'ipocondria è una malattia cronica e debilitante, che comporta una seria compromissione dei rapporti personali e sociali dei pazienti affetti. Si stima che il 20-25% della popolazione mondiale che quotidianamente frequenta le sale di attesa del medico di base cerca una soluzione a problemi di natura ipocondriaca.

I pazienti ipocondriaci hanno spesso una storia clinica e medica molto complessa; essi, nella maggioranza dei casi sono stati costretti a frequentare numerosi studi medici (e talvolta anche ospedali), specialisti, laboratori di analisi, senza peraltro che fosse

---

<sup>38</sup> Haas, L.; Stargardt, T.; Schreyoegg, J.; Schlosser, R.; Danzer, G.; Klapp, B.F. *Int. J. Eating Disorders*, 2011, ASAP

possibile ottenere delle diagnosi precise e soddisfacenti. Gli ipocondriaci collezionano piccoli e a volte, purtroppo, grandi interventi, esami clinici e strumentali per quietare un'ansia che, per altro, non sarà mai sedabile.<sup>39</sup> Il rapporto medico-paziente risulta, nel tempo, compromesso in quanto i pazienti ipocondriaci spesso parlano male dei loro rispettivi medici (passati e presenti), e d'altro canto anche i sanitari che li hanno in cura trovano questi pazienti eccezionalmente difficili e spesso non gestibili a livello esclusivamente medico.

Numerosi lavori hanno dimostrato che i pazienti affetti da disturbi ipocondriaci presentano un rischio di disoccupazione e di disabilità nel lungo periodo significativamente superiore se confrontato con quello della popolazione di controllo.<sup>40,41</sup> Risulta perciò evidente come i costi economici e sociali dell'ipocondria, sia a carico dei soggetti direttamente coinvolti e delle loro famiglie che della società in generale, siano sproporzionatamente elevati. Volendo tradurre in cifre, in Italia, secondo i dati della Commissione Finanze di Palazzo Madama, gli italiani sono un popolo di ipocondriaci che costano allo Stato 4 miliardi di euro all'anno: il 50% speso in esami strumentali e non del tutto utili e l'altra metà in visite specialistiche convenzionate. Negli Stati Uniti l'ipocondria affligge 1 americano su 20 e costa 150 miliardi di dollari all'economia nazionale.

È ormai opinione diffusa tra gli esperti,<sup>42</sup> che il danno più rilevante che un ipocondriaco impone alla collettività nella quale è inserito, è l'occupazione costante di risorse che vengono sottratte alla risoluzione di problemi medici reali. Inoltre, a questo si aggiunge il costo che hanno le terapie psichiatriche mirate ad alleviare questo disturbo. A tal proposito, numerosi sono gli studi di analisi costo/efficacia pubblicati in merito alla terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento dell'ipocondria. Scarsi invece quelli riferiti ad altri interventi terapeutici, o comunque di scarso spessore scientifico, soprattutto in funzione dei criteri di selezione sia per i soggetti malati sia per quelli di controllo.

In un recente studio pubblicato dal *Karolinska Institute*<sup>43</sup> si è investigato l'impatto socio-economico che ha la terapia cognitivo-comportamentale in un gruppo di soggetti ipocondriaci selezionati secondo i criteri DSM-III-R rispetto ad una popolazione di controllo. Il risparmio ottenuto è stato calcolato su un periodo di circa un anno (6 mesi pre e 6 mesi post trattamento). I costi medici diretti, ovvero visite e trattamenti, hanno subito una riduzione del 40% e quelli indiretti almeno del 60%, dimostrando l'efficacia della terapia CBT in pazienti praticamente sani dal punto di vista fisico.

---

<sup>39</sup> Asmundson, G.J.; Stapleton, J.A.; Taylor, S. *J. Trauma Stress*, **2004**, 7, 467—475

<sup>40</sup> Barsky, A.J.; Wyshak, G.; Latham, K.S.; Klerman, G.L. *J. Psychiatr. Res.*, **1990**; 24, 323–334

<sup>41</sup> Noyes, R.; Roger, M.D.; Kathol, G.; Fisher, M.M.; Phillips, B.M.; Suelzer, M.T.; Holt, C.S. *Arch Gen Psychiatry*, **1993**, 50, 961-970

<sup>42</sup> Barsky, A.J.; Eitner, S.L.; Horsky, J.; Bates, D.W. *Med Care*, **2001**; 39, 705-715

<sup>43</sup> Hedman, E.; Ljötsson, B.; Andersson, E.; Ruck, C.; Andersson, G.; Lindefors, N. *Cogn. Behav. Ther.*, **2010**, 39, 239-50

### 5.3 L'impatto socioeconomico delle medicine alternative: la tecnica Reiki

Al di là delle tecniche di medicina psicosomatica più comuni, negli anni nuove discipline stanno trovando sempre più spazio nella cura di disturbi della sfera mente-corpo. Per dare valore anche a queste tecniche di medicina alternativa quali lo yoga, il reiki, e la bioenergetica, sono stati effettuati studi *evidence-based*.

Uno studio di Cofrancesco et al.<sup>44</sup> ha cercato di studiare l'efficacia della tecnica Reiki nel trattamento dell'emicrania.

Reiki, che ha le sue radici nel buddismo tibetano, è un antico e semplice metodo di cura tramite il tocco delle mani. Si tratta di una tecnica "dolce", di rilassamento ed analgesia, efficace nella terapia del dolore di qualunque tipo (operatorio, reumatico, vascolare, oncologico, etc), nell'assistenza pre- e post-operatoria, durante i trattamenti chemio e radioterapici, nel malato oncologico avanzato e terminale, negli stati di stress e nella depressione. Reiki viene classificato dal *National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM, National Institute of Health)* tra le terapie energetiche della "biofield medicine".

L'emicrania è una patologia che interessa l'8-16% della popolazione totale, per la maggioranza donne; di questi, il 30-40% dei soggetti trattati farmacologicamente continua a presentare attacchi, nonostante l'ampia varietà e la potenza dei farmaci a disposizione.<sup>45</sup>

Lo studio si proponeva di verificare se il Reiki, in supporto alla terapia farmacologia convenzionale, è in grado di:

- ridurre la frequenza di attacchi di emicrania, l'intensità e la durata del dolore, e migliorare la qualità di vita del soggetto sofferente di emicrania (*end-points* di efficacia);
- ridurre il numero di giornate lavorative perse, e il ricorso a prestazioni sanitarie (*end-points* di efficienza).

Sono stati arruolati 38 pazienti affetti da emicrania, diagnosticata secondo i criteri della *International Headache Society*,<sup>46</sup> di età compresa tra 18 e 50 anni, con diagnosi di emicrania accertata da almeno 12 mesi e con almeno 3 attacchi al mese. La terapia farmacologia era libera. Lo studio è stato condotto secondo le regole della GMP.

---

<sup>44</sup> Merati, L.; Brianzoli, C.; Colombo, L.; Cofrancesco, E. XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Cure Palliative, Forlì, **2004**

<sup>45</sup> Roncolato, M.; Arpinelli, F.; Fabbri, I. *J. Headache Pain*, **2000**, *1*, 173-177

<sup>46</sup> Headache Classification Committee of the International Headache Society: Classification and Diagnostic Criteria for Headache Disorders, Cranial Neuralgias and Facial Pain. *Cephalalgia* **1988**; *8* (suppl 7), 1-96

Si trattava di uno studio pilota, prospettico, osservazionale, che valutava tre momenti:

- basale;
- alla conclusione del ciclo di Reiki;
- a sei mesi dalla conclusione del ciclo di Reiki (*follow-up*).

Ciascun ciclo era composto da 8 trattamenti Reiki completi, effettuati a cadenza settimanale (due mesi di trattamento). Per valutare gli effettivi benefici economici apportati da questo approccio sono state tenute in conto le giornate lavorative non perse dai pazienti a causa dell'emicrania e la riduzione delle visite mediche. I risultati sono illustrati in tabella:

	<b>Basale</b>	<b>Alla fine del ciclo</b>	<b>Follow up</b>
• End points di efficacia: frequenza di attacchi al mese (giorni)	10.3±6.0	5.5±4.9	4.8±5.0
• End points di efficienza: Giornate lavorative perse negli ultimi 6 mesi	4.9±8.6	=	0.8±2.3
Giornate lavorative perse durante i due mesi del ciclo	=	0.2±0.4	=
Visite mediche negli ultimi 6 mesi	3.2±3.1	=	0.3±0.9
Visite mediche durante i due mesi del ciclo	=	0.1±0.2	=

Dai dati ottenuti risulta che il Reiki è un'ottima tecnica di rilassamento ed analgesia e che, in supporto alla terapia farmacologica convenzionale, è in grado di ridurre la frequenza di attacchi di emicrania del 50%, l'intensità e la durata di ciascun attacco, la depressione che accompagna lo stato di malattia, il numero di giornate lavorative perse e il ricorso a visite mediche.

## **CAPITOLO 6**

### **LA MEDICINA PSICOSOMATICA: QUALI LE CONOSCENZE REALI?**

#### **6.1    *Analisi di un'indagine on-line***

Abbiamo analizzato, su un campione significativo di intervistati, come la medicina psicosomatica e le sue applicazioni terapeutiche siano percepite rispetto alla medicina tradizionale, i cui effetti e trattamenti su alcune comuni patologie risultano ormai consolidati nel pensiero comune.

Il gruppo in esame è costituito da 199 persone, di cui 136 donne e 63 uomini di età media 29,5 anni; per il 77% la provenienza indicata è Sud Italia/Isole, in prevalenza risultano nubili/celibi (76%) e con un livello di istruzione medio-alto (47% laureati e 28% con dottorato o altra qualifica superiore). Il 50% del campione risulta essere impiegato o studente e solo il 18% usufruisce di un contratto di lavoro stabile a tempo indeterminato.

Il 66% ha dichiarato di aver sentito almeno nominare la medicina psicosomatica e di aver acquisito informazioni soprattutto attraverso internet (41%), in percentuali minori, ma tra loro equilibrate (tra il 26% e il 30%) tramite passaparola, articoli di giornale, tv o tramite il proprio percorso di studi. Il 21% non ha mai sentito parlare di medicina psicosomatica. Il 70% ritiene che il proprio benessere mentale influenzi in modo significativo lo stato di salute fisico e, attribuendo un valore su una scala da 1 a 10, che la mente possa incidere sull'equilibrio del corpo e viceversa per un valore dichiarato di 8,3 e 7,27 rispettivamente. Il campione analizzato risulta consapevole e attento ai messaggi che il corpo invia in situazioni di disagio, e nessuno ha dichiarato di considerarlo esclusivamente come un involucro da trascurare.

In 173 (66%) si dichiarano in grado di riconoscere nei propri disturbi fisici un'origine psicologica soprattutto nell'insorgenza di stati ansiosi (66%) e mal di testa (61%) legati a particolari situazioni di stress o disagio.

Una larga percentuale (77%) si affiderebbe ai trattamenti terapeutici legati alla medicina psicosomatica, soprattutto alla psicoterapia, all'agopuntura e all'omeopatia, meno alla fitoterapia e in percentuale ancora minore alla bioenergetica (21%). Quest'ultimo dato è probabilmente attribuibile ad una mancanza di informazione in questo settore.

Nonostante la fiducia dichiarata in questi nuovi trattamenti, meno invasivi rispetto alla medicina tradizionale, solo il 38% degli intervistati ammette di avervi già fatto ricorso. Infine in 145 (73%) si mostrano convinti che la medicina psicosomatica possa in qualche modo conciliarsi e, per alcune patologie, sostituirsi alla medicina tradizionale, basando la propria fiducia soprattutto sulla conoscenza della forte componente

scientifico che caratterizza questa branca della medicina. Coloro, invece, che si mostrano riluttanti rispetto ai trattamenti alternativi, distanti da quelli puramente farmacologici ai quali siamo abituati, rivelano nella motivazione della loro scelta soprattutto una scarsa conoscenza dell'argomento.

Questo si evidenziava nella convinzione che la medicina psicosomatica non agisca sul corpo ma esclusivamente sulla mente e che, soprattutto, sia una branca con una base scientifica troppo esigua da poter essere accreditata come trattamento di elezione nella cura di alcune patologie.

## **6.2 Conclusioni**

Si può dedurre, quindi, dai dati raccolti e dalle ricerche effettuate, che sia opinione diffusa e ormai accreditata, che il corpo e la mente sono strettamente correlati, tale che il benessere dell'uno non possa prescindere dal benessere dell'altro. Questa consapevolezza risulta evidente dall'attenzione che, ad oggi, si pone al benessere del proprio corpo e ai segnali che esso è in grado di inviare in situazioni di forte disagio. Inoltre, è ormai pensiero comune che alcune patologie che insorgono durante o in seguito a periodi di forte stress, abbiano una forte componente psicologica che si traduce poi in una disfunzione organica.

Proprio alla luce di ciò, inizia a rendersi evidente un cambiamento, che è prima di tutto culturale, nella scelta dell'approccio terapeutico, che non sempre deve essere farmacologico, ma che risulta più efficace se mirato ad eliminare il disagio, più che la componente organica del disturbo. La medicina psicosomatica, un tempo poco conosciuta, e per questo poco valorizzata, sta acquisendo sempre maggiore spazio nella scelta dell'approccio terapeutico, a discapito di un ricorso eccessivo e a volte infondato ai rimedi della medicina tradizionale.

Dall'indagine effettuata appare chiaro che gran parte della popolazione intervistata mostra di essere a conoscenza delle solide fondamenta scientifiche che sono alla base della medicina psicosomatica, che per questo può collocarsi tra le branche della "medicina tradizionale" con pari dignità rispetto a tutte le altre.

La scetticismo, che pur si riscontra in una percentuale minore della popolazione intervistata, pone le sue basi nella mancanza di informazione e nella diffidenza, che deriva dall'errata convinzione che sia una medicina che agisca sulla mente più che sul corpo e che, per questo, sia meno efficiente e "scientifico" di altre. In realtà, i dati socio-economici raccolti finora, dimostrano chiaramente che in molti casi la medicina psicosomatica può garantire per molte patologie un consistente risparmio nella spesa sanitaria, con risultati in termini di salute e qualità della vita del tutto consistenti.

Tutti questi dati, non giustificano la scarsa presenza che ad oggi la medicina psicosomatica ha negli ospedali, e l'esiguo numero di centri dedicati presenti sul

territorio nazionale, rispetto alla notevole considerazione di cui questa gode a livello europeo e internazionale.