

TECNICHE COMPLEMENTARI PSICOSOMATICHE

Bianca Rosa Braggio e Federico Chiesa

Introduzione

Considerare il paziente nella sua unità psico-fisica e spirituale dovrebbe essere un obiettivo di qualsiasi tipo di medicina e non è una caratteristica esclusiva delle medicine complementari, anche se queste ultime spesso fanno appello più esplicitamente ad una visione globale o olistica della diagnosi e della terapia. L'approccio psicosomatico alla terapia non è quindi né ufficiale, né complementare ma dovrebbe far parte dei cardini del pensiero e della prassi mediche. Tuttavia, per ragioni che qui saranno almeno a grandi linee illustrate, di fatto la medicina occidentale moderna soffre di una dicotomia tra la considerazione degli aspetti organici, statistici, molecolari della patologia – verso cui si dirigono la maggior parte degli sforzi diagnostici e terapeutici - e l'imprescindibile necessità di non trascurare il vissuto, il soggettivo, il personale. Al fine di superare questa dicotomia, molti ritengono necessaria una maggiore competenza del medico nella teoria psicosomatica e nelle tecniche psicosomatiche che possono migliorare il rapporto medico-paziente. Per queste ragioni, l'approccio psicosomatico potrebbe essere considerato un approccio medico complementare, nel senso etimologico e sostanziale del termine, che cioè complementa e completa il lavoro del medico. In questo capitolo si prenderanno in esame le ragioni della psicosomatica, le sue principali basi teoriche ed infine si presenteranno alcune metodiche in uso nella medicina psicosomatica che possono a pieno titolo definirsi complementari, come le terapie comportamentali, i gruppi Balint, l'ipnosi ed altre.

Definizione

Per Medicina Psicosomatica si intende un approccio alla malattia che considera il paziente in un'ottica comprendente contemporaneamente sia la mente che il corpo. Secondo Franz Alexander, un medico-psichiatra degli anni Cinquanta (1), che per primo traspose alcuni concetti dell'interpretazione psicanalitica alla medicina, tutta la medicina è psicosomatica poiché un uomo è un'entità indivisibile. Inoltre, sempre secondo lo stesso studioso, ogni malattia ha origine da un conflitto psichico che provoca un danno funzionale e successivamente un danno morfologico (escludendo alcune patologie di origine prettamente organica come le malattie genetiche, di origine tossica e traumatica).

Cenni storici

L'unità mente - corpo ha sempre caratterizzato l'impostazione delle medicine orientali e della stessa medicina occidentale fino al 1600, epoca in cui si affermò il modello newtoniano-cartesiano positivista, modello che operò la scissione della mente - considerata come qualcosa di astratto e di non suscettibile di indagine scientifica - ed il corpo - concepito come una macchina smontabile e rimontabile. Il modello newtoniano-cartesiano ha segnato l'inizio dell'era scientifica con la nascita della fisica, della chimica, della biologia ecc. Se per un verso tale concezione ha favorito lo sviluppo di branche della medicina come l'istologia, la microbiologia, la biochimica, la genetica, la fisiologia e la patologia, che hanno dato un così grande impulso allo sviluppo della conoscenza, dall'altro ha contribuito fino ad oggi a parcellizzare, a frammentare, a ridurre il malato ad un meccanismo scindibile in vari apparati, organi, subunità, perdendo di vista l'insieme e la complessità.

La fisica invece, quale scienza dinamica e di avanguardia, ha messo in discussione i limiti di una visione eccessivamente semplificante ed il dogma dell'oggettività, producendo un profondo cambiamento nei paradigmi seguiti fin dai primi del 900. Le scoperte della teoria della relatività di Einstein e del principio di indeterminazione di Heisenberg hanno contribuito a dare un duro colpo al positivismo. È stato inoltre riconosciuto che la descrizione di un fenomeno è funzione del

linguaggio che si usa e tale linguaggio è parziale e complementare ad un altro (Bohr). Tale rivoluzione però non ha coinvolto le scienze biologiche e quindi la medicina, che ha continuato a perseguire un modello riduttivo e oggettivista - lineare.

Edgar Morin (2) sostiene che il pensiero scientifico moderno si basa su due operazioni logiche: la disgiunzione e la semplificazione. Senza nulla togliere alla validità di parecchie scoperte scientifiche avvenute nei vari campi della biologia, della chimica e della fisica, ciò che egli contesta è l'artificialità della semplificazione. Il semplice come fenomeno non esiste, esiste solo il complesso. Morin è altrettanto critico nei confronti della separazione fra le varie scienze e sulla riduzione della scienza in formule matematiche: tutto ciò, egli sostiene, ha portato a un'intelligenza cieca che non controlla nemmeno il senso e la natura della propria ricerca. Karl Popper, un altro epistemologo (3), sostiene che le teorie scientifiche sono "tentativi di indovinare altamente informativi riguardanti il mondo, i quali, pur non essendo verificabili (cioè pur non essendo tali che se ne possa mostrare la verità) possono essere sottoposti a severi controlli critici".

Secondo Von Bertalanffy (4) il mondo dei simboli, dei valori, delle entità sociali e delle culture è un qualcosa di molto "reale" che può influenzare anche il biologico e comunque i fenomeni di studio sono entità così complesse per cui sono necessarie forme di approccio fondate su sistemi e l'interdisciplinarietà delle scienze.

Edelman, premio Nobel per la fisiologia e la medicina (5), sostiene che gli studi sul cervello stanno dimostrando sempre di più quanto questo organo sia complesso non solo per la sua struttura anatomica ma anche per tutte le sue connessioni, si calcolano che esse arrivino fino a un milione di miliardi. Edelman stesso afferma l'importanza di uno studio parallelo della psicologia e della biologia.

In campo clinico, quando si utilizzano altre discipline come ad esempio la sociologia e l'antropologia si hanno importanti informazioni sull'andamento delle patologie. Ad esempio l'epidemiologia (6) ha dimostrato come fattori di ordine psicosociali siano spesso responsabili di differenze di morbilità e di mortalità. Quindi non solo il clima, la geografia, le abitudini alimentari sono fonte di malattia ma anche l'organizzazione sociale.

L'analisi di alcuni dati statistici può fornire informazioni interessanti sui fattori di rischio psicosomatico. È noto che le patologie nel mondo occidentale hanno subito una variazione passando da una morbilità provocata da agenti infettivi a una morbilità generata da fattori più legati al processo di industrializzazione e cioè all'inquinamento, alla produzione industriale degli alimenti, all'eccessivo uso di farmaci inutili, alle abitudini alimentari scorrette (eccesso di calorie, di grassi animali, scarsità di fibre, ecc.), l'assunzione di sostanze voluttuarie (alcol, caffè, fumo) e la vita sedentaria. Accanto a questi fattori è stato ipotizzato che agiscano anche fattori di ordine psicosociale come ad esempio la tendenza ad inibire le manifestazioni emotive.

In particolare è stato riscontrato che la malattia coronarica, fra le cause maggiori di morte, spesso si associa a insoddisfazione esistenziale, a vissuti di competizione legati a una pressione sociale che impone ritmi altamente produttivi. I fattori esogeni come alcool, fumo e un'errata alimentazione possono essere comunque considerati anche questi come segnali di uno squilibrio psicologico. Ma anche per quanto riguarda le malattie infettive dobbiamo ricordare che lo stesso Pasteur, il padre della microbiologia, sul letto di morte pronunciò la famosa frase: "*Le germe n'est rien, c'est le terrain qui est tout*".

Principi teorici dei metodi psicosomatici

Una difficoltà che la medicina deve affrontare oggi è proprio il riconoscimento del versante psichico di ogni malattia, sia organica che psichica, e trarne delle conseguenze metodologiche. Secondo Beck (7) un medico che per anni ha attentamente studiato e curato i suoi pazienti con un'impostazione di tipo psicosomatico, le malattie somatiche rappresentano spesso un tentativo di riparare una ferita psichica, di compensare una perdita interiore o di risolvere un conflitto inconscio e quindi la sofferenza somatica rappresenterebbe un tentativo di autoguarigione. Sempre secondo Beck, le domande che ogni medico dovrebbe porsi davanti al suo paziente ogni volta che egli si

ammala sono: “Perché questo paziente si è ammalato proprio ora?” e “Perché è stata colpita quest’area del suo corpo?”.

Spesso invece accade che fra medico e paziente si crei una sorta di collusione nell’oggettivare, alienare il sintomo per estraniarlo dal Sé, spogliandolo così di quelle valenze psicologiche che potrebbero portare il paziente a una migliore riappropriazione delle proprie problematiche e a un miglioramento della qualità della vita. La malattia anziché essere vissuta come un’opportunità di “apprendimento” viene spesso eliminata, soppressa, rimossa facendo ricorso a pesanti interventi farmacologici che possono favorire anche l’insorgere di ulteriori malattie.

Poiché anche nella malattia prettamente organica si può avere un’influenza della mente, questo è dimostrabile sia attraverso gli studi sui meccanismi dello stress sia per le ormai note acquisizioni di una nuova branca della medicina e cioè la psiconeuroendocrinoimmunologia. Questa nuova scienza sta a dimostrare l’esistenza di una stretta connessione fra i vari apparati dell’organismo.

La valutazione dell’incidenza dello psichico in ogni quadro morboso dovrebbe tenere conto dell’importanza dello stesso nella singola malattia e anche della reattività soggettiva rispetto allo stesso agente morboso. Ad esempio un paziente con problematiche di tipo autodistruttivo e di passività può avere una reazione diversa rispetto a una malattia come la TBC se paragonato con un paziente con problemi di normale stress quotidiano.

Sicuramente esistono situazioni in cui il medico deve intervenire tempestivamente con una terapia farmacologica adeguata, altrimenti si rischia la morte del paziente, ma in molti casi una valutazione più complessa, un approfondimento conoscitivo delle problematiche del paziente, potrebbero essere più salutari ed efficaci di un ricorso affrettato ai farmaci, o comunque potrebbero essere associate alla terapia. La tendenza alla sostituzione dell’approccio esclusivamente farmacologico con una serie di misure più ampia e comprendente anche metodi proposti dalla psicosomatica dovrebbe avere delle positive ricadute se non altro per ridurre i rischi legati all’eccessivo ricorso ai farmaci. Infatti, da un’indagine comparsa sulla rivista JAMA (8) e condotta presso gli ospedali americani, risulta che la quarta causa di morte negli ospedali USA è provocata dall’uso di farmaci.

Lo studio dell’evoluzione del sistema nervoso nelle varie specie animali e della sua interazione con l’ambiente ha dimostrato un passaggio progressivo da schemi interattivi semplici a schemi sempre più complessi. Negli animali a livello evolutivo inferiore, gli stimoli esterni sono di natura prevalentemente fisica (freddo, caldo, agenti naturali) e dovuti a interazioni sociali relativamente semplici (minaccia di aggressione, stimoli sessuali, competizione per il cibo ecc.). Pertanto si ha un’attivazione di comportamenti geneticamente programmati ed in parte appresi, supportati da reazioni biologiche in cui sono implicati: il SNV, il sistema neuroendocrino, il sistema metabolico e il sistema immunitario. Queste reazioni sono state studiate fin dagli anni cinquanta e hanno avviato tutto il filone di ricerche che fanno capo al fenomeno dello stress. L’attivazione/disattivazione della reattività comportamentale e della reattività biologica permette un adattamento ottimale alle richieste esterne e, nel contempo un buon funzionamento dei sistemi biologici dell’organismo.

Mano a mano che si sale nella scala evolutiva biologica, passando attraverso i primati per arrivare all’uomo, la reazione emozionale da lineare diventa sempre più complessa. Lo stressor fisico viene rimpiazzato in ordine di importanza dallo stressor psicosociale. Inoltre la reazione allo stimolo diventa sempre più di natura mediata, in quanto essa è preventivamente sottoposta al filtro della valutazione cognitiva, costituita da esperienze precedenti, da associazioni simboliche con altre situazioni traumatizzanti, ricordi ecc. Ad esempio, è stato verificato che la reazione emotiva può essere attivata all’interno del soggetto partendo da semplici ricordi o fantasie.

Lo sviluppo corticale, il corrispondente sviluppo dei meccanismi cognitivi e l’enorme potenzialità stressante dei rapporti psicosociali interferiscono con una normale e bilanciata reazione emozionale creando le condizioni per uno stato di stress cronico che può sfociare nello sviluppo di una malattia psicosomatica.

Nel corso dei vari studi si sono potuti mettere in risalto anche le varie strutture anatomiche-fisiologiche che sottendono ai meccanismi dello stress, di cui si è già fatto cenno, e delle relative connessioni: corteccia, sistema limbico (ipotalamo, amigdala, ippocampo), ipofisi, sistema

endocrino, sistema neurovegetativo e sistema immunitario. I fattori psicosociali in associazione con determinanti somato-biologici individuali (parliamo in questo caso di debolezza d'organo) possono creare una situazione di rischio psicosomatico. Questo non significa che i fattori psicosociali abbiano una specificità eziopatogenetica diretta, poiché la patologia è la risultante dell'interazione di una complessità di fattori: genetici, ambientali, cognitivi, psicologici e sociali.

Tutto ciò comporta la difficoltà di operare delle classificazioni precise e delle generalizzazioni. Pertanto l'approccio psicosomatico, più che costituire uno schema nosografico a cui fare riferimento nella valutazione del paziente, rappresenta una modalità di approccio dinamica e relativistica: essa non "staticizza" il sintomo né lo riduce a un epifenomeno o a un'irregolarità da eliminare ma lo "contestualizza", per la ricerca di soluzioni anche extrafarmacologiche.

È possibile assumere alcune linee-guida per interpretare quali sono le patologie che hanno una dominanza psicosomatica e quali sono le caratteristiche del soggetto che sviluppa prevalentemente questo tipo di malattia. Sono stati studiati parecchi test psicometrici e biologici per oggettivare la presenza di fattori emotivi in una malattia fisica: questionari, scale analogiche di autovalutazione, test di schemi di reazione, profili di reattività neurovegetativa, test di reattività psiconeuroendocrina (si basano sulla valutazione dei valori plasmatici dei vari ormoni dello stress), rilevazione di markers immunologici.

Tali test possono portare a una valutazione abbastanza "obiettiva" del paziente ma i limiti dell'applicazione di tali test, a parte l'uso per motivi di studio, sta nella limitatezza degli stessi, nel costo, nella durata di tempo e nella necessità di far ricorso ad altri specialisti. Per un medico generico o anche specialista in altri campi è necessario invece aver a disposizione dei parametri più veloci che gli consentano di fare una prima valutazione sia per proporre al paziente anche delle indicazioni sul suo stile di vita, sia per indirizzare il paziente a una psicoterapia. Soprattutto, ciò che un medico non dovrebbe fare è "colludere" con il paziente nell'alienare il sintomo dalla propria sfera di consapevolezza, favorendo così la cronicizzazione della malattia.

Rimandiamo per quanto riguarda il problema del colloquio e della relazione medico-paziente alla trattazione dei paragrafi successivi. Vogliamo però qui ora far brevemente luce su una distinzione che va fatta fra la sindrome di conversione, la nevrosi neurovegetativa e la malattia psicosomatica.

Conversione isterica, nevrosi vegetative e malattia psicosomatica

Il sintomo di conversione è stato studiato a suo tempo da Freud, che aveva riscontrato nella sua pratica clinica che ogni qualvolta un'emozione non veniva espressa o sfogata attraverso le normali vie dell'attività volontaria, poteva provocare dei disordini psichici o fisici, poiché induceva uno stato di tensione cronica. Per questo egli introdusse il concetto di "isteria da conversione". Freud e altri psicanalisti considerarono così che ogni emozione non espressa poteva imboccare delle strade "organiche" di sfogo, che potevano coinvolgere ogni apparato del corpo.

Successivamente, vari studiosi dell'argomento approdarono invece a una impostazione che differenzia la sindrome di conversione dalla nevrosi vegetativa e dalla malattia psicosomatica. La *sindrome di conversione* rappresenta, secondo F. Alexander, un'espressione simbolica di un contenuto psicologico inconscio che viene scaricato attraverso il sistema neuromuscolare volontario e quello della percezione sensoriale (ad esempio paralisi isterica, anestesi funzionali ecc.).

La *nevrosi vegetativa* è data, sempre secondo F. Alexander, dalla risposta fisiologica degli organi vegetativi costantemente sollecitati da uno stato di tensione emotiva cronica. Ad esempio una collera trattenuta attiva il sistema nervoso simpatico che può provocare un aumento della pressione arteriosa; un bisogno emotivo di cibo può attivare il sistema parasimpatico e favorire un aumento della secrezione gastrica.

Nella fase della nevrosi neurovegetativa, il sintomo lamentato dal paziente (ad esempio un certo malessere, delle epigastralgie, una tachicardia ecc.) può non essere documentato con gli esami da routine di cui il medico dispone, ma turbe funzionali di lunga durata possono gradatamente portare a gravi alterazioni organiche anatomicamente dimostrabili e, a questo punto, ci troviamo di fronte alla *malattia psicosomatica*.

Sia la sindrome da conversione che la nevrosi vegetativa possono portare a dei danni organici e quindi a una malattia organica vera e propria. È ben noto, ad esempio, che l'iperattività del cuore può portare a un'ipertrofia del muscolo cardiaco, una paralisi isterica di un arto può provocare una degenerazione dei muscoli e delle articolazioni dovuta all'inattività.

Anche la fase "funzionale" della malattia può comunque provocare dei microdanni che non sono rilevabili.

In sintesi: uno stato emotivo cronicamente alterato genera un disturbo funzionale di un organo della vita vegetativa, il disturbo cronico funzionale porta, nel tempo, ad alterazioni tessutali e a malattie organiche talvolta irreversibili. Ovviamente su tale processo possono intervenire anche altri fattori (ad esempio in un'ulcera gastroduodenale la contaminazione dell'*helicobacter p.*, errori dietetici ecc.) Ciò che accade, comunque, è uno stato di disequilibrio che compromette l'organismo.

Qui di seguito illustriamo brevemente la dinamica delle patologie psicosomatiche, ovvero delle patologie che includono una prevalenza della dimensione psicosomatica.

Le patologie psicosomatiche

Si è detto che nelle nevrosi neurovegetative esiste un coinvolgimento diretto del SNV, attraverso l'attivazione del simpatico e del parasimpatico. Il simpatico interviene per armonizzare le funzioni vegetative interne con l'attività esterna, specialmente in situazioni di emergenza (preparazione alla lotta o fuga); il parasimpatico invece interviene per far recuperare all'organismo l'energia consumata (nell'attivazione del simpatico e per il mantenimento dell'organismo), per immagazzinarla e per conservarla. I due sistemi dovrebbero agire in modo sinergico e alternato. Ciò che accade, invece, nella nevrosi neurovegetativa, è che o c'è un eccesso dell'uno rispetto all'altro o uno scoordinamento (9). Tale squilibrio può produrre delle patologie che si possono condurre alla prevalenza del simpatico o del parasimpatico.

I disturbi del primo gruppo (prevalenza del simpatico) sono il risultato di inibizioni o di repressioni di impulsi ostili e di autoaffermazione, pertanto l'organismo rischia di permanere in uno stato cronico di preparazione (di lotta o fuga) con ad esempio aumento del battito cardiaco, elevazione della pressione arteriosa, vasodilatazione dei muscoli scheletrici, ecc. La non risoluzione di tali cambiamenti fisiologici in un'azione, soprattutto quando tale stato si ripete più volte può provocare uno stato permanente di attivazione del simpatico.

Alla sfera dell'attivazione del simpatico appartengono patologie come l'ipertensione arteriosa, i disturbi cardiocircolatori, le cefalee, le malattie metaboliche e endocrine, le patologie che colpiscono l'apparato muscolo-scheletrico e parte dei disturbi sessuali.

Le patologie che riguardano il secondo gruppo (prevalenza del parasimpatico) sono relative invece ad un quadro psicologico in cui la reazione all'evento stressante è caratterizzata dal ritiro e dalla regressione a una situazione infantili, di dipendenza. Un esempio può essere la risposta a un pericolo con la diarrea anziché con una reazione più conveniente.

Patologie che riguardano questa sfera sono i disturbi dell'apparato gastroduodenale (gastriti, coliti ecc.), quelli dell'apparato respiratorio (asma bronchiale, rinite vasomotoria), quelli della pelle (orticaria, eczema ecc.) e parte dei disturbi sessuali.

In sintesi, si può dire che i pazienti del primo gruppo sono preparati costantemente alla lotta e fanno fatica a passare da una condizione di sollecitazione del simpatico a quella in cui prevale il parasimpatico (quindi il riposo, il rilassamento ecc.), mentre i pazienti appartenenti al secondo gruppo non riescono ad attivare il simpatico per far fronte all'evento esterno e permangono in uno stato di riposo, di inattività. Entrambe le risposte sono disfunzionali rispetto alle esigenze dell'organismo e possono innescare oltre a dei danni fisiologici, come è stato detto, anche una condizione permanente di frustrazione e di inadeguatezza del soggetto in esame a far fronte agli eventi della vita.

Questa suddivisione comunque non è sempre così netta poiché possono anche coesistere nella stesso paziente caratteristiche di squilibrio sia del simpatico che del parasimpatico.

I disturbi neurovegetativi sono legati prevalentemente ai vissuti emotivi del paziente, alla sua

biografia, all'educazione ricevuta. Ogni individuo plasma la sua personalità attraverso l'interazione con l'ambiente familiare e sociale. Le carenze affettive, delle regole troppo rigide, la repressione sessuale e dell'istintività, comportamenti genitoriali troppo invadenti, manipolazioni e un'infinità di piccole informazioni e comunicazioni che vengono trasmesse, possono influenzare lo sviluppo evolutivo di una persona e pertanto favorire, accanto a una predisposizione d'organo, lo sviluppo inizialmente di disturbi funzionali e poi delle vere e proprie patologie psicosomatiche.

La visione psicosomatica può essere estesa comunque anche alle patologie infettive e neoplastiche poiché, come abbiamo già detto, esiste anche una stretta connessione fra cervello, SNV, sistema endocrino e sistema immunitario. Diversi studi di psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) (10) hanno dimostrato come determinate patologie infettive siano subentrate in seguito ad eventi stressanti nella vita del paziente in esame, lo stesso dicasi per le patologie tumorali. Altri studi della PNEI hanno dimostrato che pazienti che hanno difficoltà a manifestare le loro emozioni e a dividerle sono più facilmente soggetti a una ridotta efficienza del funzionamento del sistema immunitario.

Un medico può inoltre trovarsi a far fronte anche a delle vere e proprie nevrosi, psicosi latenti e patologie border-line e cioè di confine fra la nevrosi e la psicosi. Quindi una certa impostazione psicosomatica può essere utile anche per contenere una nevrosi o un quadro di border-line in attesa che il paziente venga dirottato a uno specialista del campo psichiatrico.

Malattia psicosomatica e rapporto medico - paziente

Il rapporto medico-paziente è connotato da forti valenze di tipo emotivo, di cui sia il paziente che il medico possono essere più o meno coscienti. Un primo evidente aspetto che caratterizza di forte carica emotiva tale relazione è insito nel fatto che uno dei due soggetti chiede all'altro una risposta a bisogni intimi, personali, chiede attenzione e di avere cura di lui; il medico, si dice correntemente, prende "in cura" un certo paziente. Chi ha cura dell'altro ha inoltre un potere di conoscenze e di strumenti di risposta ai bisogni espressi che l'altro non ha. È una relazione personalizzata, che dura nel tempo, che si storizza. È una relazione sbilanciata, non simmetrica: il medico ha il potere, gli strumenti e la delega della cura, l'altro riceve. Il Paziente che riceve ha però il potere di richiedere una risposta a certi suoi bisogni, ha il potere di mobilitare l'attenzione, l'attività, l'"assistenza" dell'altro. Il paziente viene dunque chiamato l'"assistito" che "è in cura".

La relazione emotiva tipica e primaria di assistenza e cura che ogni essere umano sperimenta è quella del rapporto madre - bambino. Si possono cogliere interessanti analogie tra la relazione medico - paziente e la relazione madre - bambino. Il rapporto tra il neonato e la madre è intenso e connotato da valenze simbiotiche, improntate da aspetti di fusione e di indifferenziazione della relazione, sia nella coscienza non ancora formata del neonato che presenti inconsciamente nella madre. Con i famosi studi di psicoanalisi di Melania Klein (11) sul mondo dell'infanzia si è visto come il neonato sviluppi fantasie proiettive sul seno della madre, vissuto come "seno buono" o "seno cattivo", a seconda delle esperienze di gratificazione o di frustrazione dei suoi bisogni.

Già nei primi mesi di vita viene proiettata la propria aggressività e si vivono le prime angosce persecutorie di poter essere attaccati sia da un nemico esterno che da un nemico interno al proprio Sé. Sono già presenti le radici dei futuri sviluppi nevrotici o psicotici della personalità. Successivamente (tra il sesto e l'ottavo mese), il bambino riconosce la madre come oggetto intero ed inizia ad identificarla come individuo, idealizzandola come oggetto buono. Di fronte alla sua assenza si arrabbia, si deprime, vive l'angoscia, il dolore e il senso di colpa, di poter avere provocato la perdita dell'oggetto d'amore, a causa dei propri impulsi aggressivi e distruttivi.

Tali esperienze fisiologiche dello sviluppo della psiche costituiscono il terreno di impianto della futura organizzazione della personalità di ogni individuo: sono emozioni depositate nell'inconscio di ogni essere umano come esperienze relazionali primarie che riviviamo appunto in occasioni di lutti, perdite, o separazioni nei legami affettivi, attraverso i sintomi dell'ansia e della depressione (12).

Ansia e depressione dunque suggeriscono ed inducono un salutare ponte di ascolto e di riflessione

con il proprio mondo interiore. Il paziente psicosomatico è invece caratterizzato solitamente da una spiccata tendenza a trasformare il linguaggio psichico in linguaggio somatico: usa un pensiero “utilitaristico” che riduce l’attività fantasmatica e non si riferisce ad alcun significato simbolico (13). Vi è una difficoltà a trattenere le fantasmaticizzazioni interiori suscitate dai conflitti sopra descritti.

Il processo di elaborazione e di fantasmaticizzazione interiore dei conflitti è di estrema utilità, nel bambino come nell’adulto: di fronte alla assenza della madre il bambino può cominciare a trovare delle sue modalità di riflessione sulla assenza dell’oggetto di relazione ed una modalità di gestione della propria frustrazione (11-13).

È importante che i genitori non espongano il bimbo ad eccessivi carichi di frustrazioni, e non siano iperprotettivi. Così, analogamente, il medico che minimizza le richieste del paziente può talvolta ricordare il tipo di madre che lascia troppo esposto il bambino alla frustrazione, mentre il medico che immediatamente risponde al sintomo con la risposta farmacologica ricorda l’atteggiamento di quella madre che soddisfa troppo repentinamente i bisogni del bimbo, non aiutandolo ad imparare a comprendere e a gestirsi le proprie difficoltà. Quante volte il farmaco dato dal medico al suo paziente ricorda il giocattolo dato al bimbo per consolarlo, il famoso “oggetto transizionale” di Winnicott. (14)

Nello stesso modo in cui nell’infanzia sono caratteristici gli atteggiamenti di idealizzazione del genitore, di dipendenza e di attesa di soddisfacimento onnipotente dei bisogni, così sull’onda delle spinte di tipo regressivo che la condizione di malattia facilmente induce, il paziente si trova spesso ad investire il medico di aspettative di tipo magico, onnipotente, magari all’interno di valenze ambivalenti di desiderio - timore nei confronti di tale figura idealizzata. I sentimenti che il paziente vive nei confronti del proprio medico si caricano spesso di ambivalenza, oscillando ad esempio da atteggiamenti di dipendenza cieca e di ammirazione e sconfinata a reazioni oppositive o di denigrazione.

Di fronte a tali coinvolgimenti, il medico spesso è portato a reagire con la prescrizione di accertamenti o con l’invio del paziente a colleghi specialisti per distanziarlo da sé o per cercare un aiuto nella gestione di tali carichi emotivi. Quante volte il medico stesso resta imbrigliato in tali meccanismi proiettivi: chiedendo esami ed accertamenti clinici nel tentativo di ottenere un nome (una diagnosi ?) a quel qualcosa di misterioso che sta capitando al suo paziente.

Nella suo famoso libro *Medico, Paziente e Malattia* M. Balint osserva semplicemente che “se una malattia breve può calzare con la teoria dell’agente esterno... Più il periodo di osservazione è lungo e più si ha l’impressione che una malattia è una qualità del paziente come il colore dei suoi occhi... è primaria la malattia cronica od un certo tipo di personalità?” (15).

La malattia, dunque, non è solo un evento esterno alla psiche ed al soma che accade all’individuo, ma un processo che riguarda anche l’ambiente emotivo, familiare e sociale del paziente, un processo che coinvolge il medico stesso in una delicata relazione.

Spesso comunque non basta che il medico informi il malato psicosomatico della probabile natura psicologica dei suoi disturbi e che quindi lo orienti dallo psichiatra o dallo psicoterapeuta; può essere magari utile accettando di continuare ancora a parlare degli aspetti organici della sua malattia e, con delicatezza, entrare nel suo mondo, magari senza psicologizzare troppo, ma comunque cercando di cominciare a cogliere gradatamente possibili relazioni tra la sue patologie ed eventuali sofferenze di vita. In tale modo si può sviluppare una intensa relazione tra il paziente ed il suo medico.

È ormai diffusamente noto alla classe medica che tale intensità di relazione caratterizza le psicoterapie in genere ed è oggetto di elaborazione terapeutica in molte di esse; cardine del trattamento psicoanalitico è appunto l’elaborazione dell’insieme dei sentimenti ed emozioni vissuti dal paziente e proiettati sull’analista (Transfert) e la comprensione ed autoelaborazione da parte dell’analista stesso dei propri personali vissuti che il paziente gli induce in corso di terapia (Controtransfert) (16).

Una diffusa percezione da parte dei medici è che tali fenomeni si manifestino solo nei contesti di

tali psicoterapie strutturate e non riguardi il loro rapporto coi pazienti. In realtà è già da tempo che è stato acquisito come tali sottili implicazioni emotive entrino nella quotidiana pratica di ogni medico, al punto che con P. B. Schneider come pioniere fa parte ormai delle discipline mediche la branca della Psicologia Medica (17,18).

È quindi importante che il medico si riappropri in pieno della sua funzione di ascolto del paziente nella sua globalità, consideri la varietà di possibilità di conoscenze della vita di questo e gli strumenti terapeutici di cui normalmente dispone come preziose chiavi d'accesso al suo mondo, di cui spesso lui solo dispone, ed eviti deleghe troppo frettolose e premature ai vari specialisti, anche ai cosiddetti tecnici della psiche. Il primo medicinale che viene sempre e comunque somministrato al paziente è il medico stesso: ma come ogni medicinale può essere utilissimo, come pure può comportare effetti collaterali o addirittura nuocere (19).

La formazione psicologica del medico

Al medico che si pone in una posizione di ascolto vero e globale del proprio paziente, intenzionato a comprendere quali sono le autentiche profonde richieste che i sintomi offerti sottendono, attento alla comprensione dei risvolti della delicata relazione che si instaura nella "cura", si presentano tutta una serie di problemi etici e deontologici.

Citiamo alcuni di tali aspetti: come gestire l'aggressività e le continue richieste di attenzione dei pazienti, quale grado accettare di dipendenza nelle loro richieste, quando e quanto è lecito addentrarsi nei risvolti psicologici del proprio paziente, se, come e quando assumere un ruolo psicoterapico, quando eventualmente iniziare dei colloqui e quando concluderli, se e con quali modalità interpretare il significato di sintomi chiaramente psicosomatici, quanto tempo dedicare singolarmente al colloquio, quando aderire o rifiutare la richiesta di accertamenti che si ritengono inutili, quando e a quale scopo richiedere la consulenza specialistica, che tipo di rapporto mantenere con gli specialisti e con i famigliari di pazienti, ecc (15).

È evidente che tale polivalenza di sfumature nella gestione della relazione del medico con i suoi pazienti non può essere appresa con i metodi scolastici tradizionali di insegnamento, né attraverso la semplice partecipazione a convegni o acquisizione di letture di tipo psicologico. D'altra parte, chi si è occupato della formazione dei medici in tale senso ha appurato che non è assolutamente necessario che i medici per acquisire tale formazione debbano percorrere un iter di specializzazione psichiatrica o psicologica: è bene che il medico di base o appartenente a qualsiasi specialità viva bene, con la sua naturale competenza e specificità, il proprio tipo di ruolo ed attività.

Per la formazione dei medici al corretto rapporto nella relazione medico - paziente le esperienze a noi note indicano dei metodi di apprendimento - addestramento tramite il lavoro in piccoli gruppi di medici nel confronto delle loro modalità relazionali con i pazienti, con la conduzione e supervisione di un esperto. Tra le varie esperienze in tale ambito segnaliamo due tecniche: i gruppi di formazione e ricerca di Michael Balint (15) ed il metodo sviluppato da D. Golberg e dai suoi collaboratori a Manchester (20).

In questo nostro lavoro ci limitiamo a fornire alcune delucidazioni sui gruppi Balint (21).

I gruppi di formazione e ricerca di Michael Balint

Michael Balint (1896 - 1970), il più autorevole rappresentante della scuola psicoanalitica ungherese, perseguì l'intento, auspicato da Freud nel congresso di Budapest del 1918, di trovare forme adeguate di estensione ed di utilizzo delle conoscenze della psicoanalisi nella medicina generale. Egli, iniziando tali esperienze alla Tavistock Clinic di Londra, mise a punto una specifica metodica di formazione dei medici generici, che potesse offrire loro la possibilità di dotarsi di uno strumento efficace di comprensione e di gestione delle dinamiche e delle implicazioni psicologiche che si creano nei loro rapporti abitudinari coi loro pazienti.

Balint, che pur era psicoanalista e supervisore di analisti in formazione, intuì l'importanza che ai medici fosse dato, per la loro formazione alla relazione medico - paziente, uno strumento di apprendimento fine ed efficace, ma semplice e che non dovesse necessariamente comportare l'iter

formativo dello psichiatra o dello psicologo o dello psicoanalista.

Egli comprese infatti che il medico sensibile ed attento agli aspetti psicologici della relazione con i suoi pazienti non deve assolutamente stravolgere il suo spontaneo e normale ruolo di medico, sia esso generico, specialista od ospedaliero. Non occorre cioè che il medico esca dai confini e dalle abitudini della sua normale pratica medica: al medico è però data la possibilità di capire quali sono le reali richieste del paziente sottostanti i sintomi espressi ad esempio nel corso di una normale visita medica.

I pazienti normalmente hanno bisogno di aprirsi con il loro medico e non con altri e, come abbiamo visto, come certe deleghe specialistiche risultano controproducenti, così potrebbe valere per certe psicologizzazioni del ruolo medico. Sottolineiamo dunque che le acquisizioni che il medico ottiene dalla formazione proposta da Balint possono e devono essere una presa di coscienza dell'automatico ed inconsapevole coinvolgimento emotivo che ogni relazione terapeutica profonda inevitabilmente comporta. Pur non avendo la partecipazione a tale addestramento le caratteristiche dei *trainings* formativi di tipo analitico, Balint auspicava e verificava come con tale metodica di fatto si realizzasse per ogni medico quella "modificazione notevole, seppur parziale della sua personalità su cui si basa qualsiasi formazione psicoterapeutica" (15, p. 366).

Aspetti tecnici e modalità di gestione dei "Gruppi Balint"

L'Associazione Medica Italiana Gruppi Balint (AMIGB, aderente alla International Balint Federation) intende qualificare e caratterizzare la metodica di formazione dei gruppi Balint dalla, e si propone di (dallo Statuto):

- a) diffondere la conoscenza del metodo di formazione Balint nel rapporto terapeutico;
- b) favorire l'apprendimento di tale formazione ai medici che lo desiderano;
- c) stabilire contatti sul piano internazionale con le associazioni che perseguono lo stesso scopo.

Tali gruppi di formazione e di ricerca hanno avuto un'ampia diffusione a livello internazionale e sono ormai state affinate le relative tecniche di conduzione allo scopo di garantirne una corretta e valida gestione (19, 21).

Dopo aver dato alcuni accenni alle premesse teoriche delle intuizioni e dell'esperienza di Balint, riportiamo qui, per utilità sintetica, la "scheda tecnica" dei Gruppi Balint (tratta dal bollettino n° 5 del 1998 della A.M.I.G.B.):

I Gruppi Balint sono gruppi di addestramento al rapporto medico - paziente che, coerentemente alle basi teoriche di riferimento:

- a) sono rivolti a medici di base, ospedalieri e specialisti (non sono ammessi gli specialisti in psichiatria, psicologia e gli psicoanalisti, che possono usufruire di gruppi di lavoro a loro dedicati);
- b) hanno lo scopo di formare il singolo medico (sono esclusi fini sindacali, sociali, politici diretti, come pure fini di addestramento specialistico in senso stretto);
- c) si propongono di formare il medico al rapporto con il paziente in modo tale da utilizzare il rapporto stesso come valido strumento sia sul piano umano che terapeutico (sono pertanto esclusi fini diretti di addestramento psicologico personale);
- d) il lavoro viene svolto come lavoro di gruppo centrato sulla presentazione di un caso clinico e sulla discussione sotto la guida di un leader;
- e) per il funzionamento ottimale del gruppo deve essere rispettato il numero tecnico;
- f) ogni gruppo svolge il lavoro in modo autonomo, sotto la guida del leader che deve avere una formazione psicologica specifica;
- g) la formazione proposta non si basa sulla conoscenza e lo studio di testi tecnici, ma sulla esperienza vissuta nel gruppo e nelle situazioni abituali di rapporto medico-paziente;
- h) l'intervento del leader è un intervento tecnico e come tale viene retribuito, l'ammontare della retribuzione è una questione interna di ogni singolo gruppo.

Tale metodica è quindi peculiare per il medico generico; essa consiste in un lavoro di gruppo: si tratta di gruppi di medici che si associano spontaneamente, cercando di arrivare ad un numero ottimale

tra i sette ed i dieci componenti. Generalmente il gruppo prende avvio da uno o più medici che, a conoscenza dell'esistenza della tecnica di formazione Balint, contatta l'Associazione (A.M.I.G.B). Il gruppo di medici, nel corso di qualche incontro preliminare con il leader, stabilisce la frequenza e l'orario degli incontri e chiarisce i problemi di conduzione tecnica.

In ogni seduta viene generalmente descritto da un medico il caso di una situazione che riguarda la sua pratica corrente nel rapporto con un suo paziente e/o con familiari di questo, e/o con colleghi invianti, riferendo i problemi di tipo emotivo e relazionale che gli pare abbiano caratterizzato quella specifica situazione di rapporto medico - paziente. Gli altri medici componenti del gruppo esprimono le loro considerazioni od opinioni circa il caso riportato, nel tentativo di cogliere cosa veramente il paziente chiede al di là delle richieste formulate al medico, e di capire quale tipo di risposta in termini relazionali il medico ha a sua volta restituito al suo paziente. Nasce quindi un libero scambio di opinioni nel gruppo, con la mediazione del leader.

Terapie psicologiche complementari

Abbiamo voluto fare una premessa nei paragrafi precedenti circa l'importanza che il medico non deleghi troppo frettolosamente a specialisti, tecnici della psiche, quanto egli stesso può fare a livello psicologico nell'ambito del suo ruolo normale di medico. Detto questo, il medico che comunque ha assunto in pienezza il suo ruolo nei confronti del paziente può trovarsi facilmente nelle condizioni di valutare assieme al paziente stesso l'opportunità che questi intraprenda una terapia di tipo psicologico.

Si pone qui un delicato problema circa l'aiutare il paziente nella scelta tra varie possibilità di cure che usano le risorse della psicologia (22). Cerchiamo di dare qui alcuni spunti di riflessione al proposito.

Innanzitutto è importante escludere che il paziente non abbia una patologia psichiatrica tale da necessitare di una consulenza psichiatrica in senso stretto. Circa la possibilità ed utilità di una diagnosi precoce di patologie psichiatriche ad opera del medico di prima assistenza vedasi il lavoro di C. Bellantuono et al. (20) e le ricerche su scala internazionale della World Health Organisation (23, 24). Il medico in tale situazioni ha sia la possibilità di affinare egli stesso il sospetto diagnostico di patologie psichiatriche, sia può svolgere un ruolo estremamente utile nel favorire il collegamento tra il paziente e le strutture psichiatriche competenti. Oltre ai casi di patologie psichiatriche più seri, vi sono le normali sindromi ansiose, depressive e le somatizzazioni o nevrosi d'organo a cui abbiamo accennato.

In questo paragrafo e nei successivi diamo alcune delucidazioni rispetto ad alcune tecniche meno note, ed alcuni spunti di riflessione per orientare il medico con il suo paziente.

- I trattamenti psicoanalitici classici richiedono che le difese del paziente verso l'introspezione non siano eccessive e che l'Io del paziente sia sufficientemente maturo e solido.
- Esistono psicoterapie analitiche modificate nel *setting* per situazioni di tipo psicotico (situazioni di debolezza dell'Io).
- Lo psicoanalista stesso valuta nei primi colloqui la presenza o meno dell'indicazione e delle condizioni necessarie per un trattamento psicoanalitico.
- Le terapie di rilassamento ed il training autogeno sono indicate in pazienti che non hanno le condizioni per intraprendere una psicoterapia strutturata che incida necessariamente e direttamente sui livelli inconsci della struttura di personalità. Esse possono essere suggerite in situazioni che appaiono evidentemente non radicate nella struttura di personalità, situazioni più di tipo reattivo ad eventi stressanti.
- Anche una situazione sintomatologica apparentemente lieve può sottendere talvolta gravi disturbi strutturale della personalità.
- Le cosiddette psicoterapie brevi sono maggiormente volte al riequilibrio immediato dell'armonia psicologica dell'individuo e difficilmente possono agire al fondo della struttura di personalità. Hanno più un significato di riequilibrio sintomatologico.
- Le psicoterapie più strutturate ed impegnative nel tempo e nella frequenza delle sedute tendono

ad agire meno sulla remissione sintomatologica immediata e più sui nuclei disturbati della struttura di personalità.

- Le terapie di rilassamento possono essere propedeutiche a trattamenti più strutturati.

Le psicoterapie corporee

Le psicoterapie corporee hanno come scopo la liberazione delle emozioni represses nell'individuo. Il padre delle psicoterapie corporee è Wilhelm Reich, un allievo di Freud, che introdusse accanto al lavoro analitico verbale un lavoro più diretto sul corpo allo scopo di intervenire in modo fisico sulla struttura della personalità del paziente (25). Reich introdusse nel lavoro analitico alcune metodiche terapeutiche consistenti in manipolazioni dei blocchi energetici (ad esempio massaggi), nella sollecitazione ad esprimere le emozioni in modo attivo (ad esempio la rabbia percuotendo un materasso) e nella realizzazione di un contatto più diretto fra paziente e terapeuta.

A. Lowen (26) un allievo di Reich, a sua volta ha elaborato un metodo terapeutico consistente nella individuazione di sette blocchi energetici corporei che si possono così riassumere:

- 1) un blocco oculare, che può dare allo sguardo un'espressione spenta, dubbiosa, o cinica e viene sciolto quando si lavora sull'emozione della paura facendo ad esempio spalancare gli occhi;
- 2) un blocco orale che coinvolge la muscolatura della bocca e della gola e che può essere legato al pianto e alla rabbia non espressi verbalmente, lo sblocco può avvenire attraverso l'attivazione di movimenti di suzione e del riflesso del vomito;
- 3) un blocco cervicale legato pure al pianto, alle grida e all'ira inespressi;
- 4) un blocco nel torace caratterizzato da una riduzione della respirazione che provoca una inibizione delle emozioni;
- 5) un blocco al diaframma che divide il corpo in due aree e che può provocare delle somatizzazioni a livello dell'apparato gastroenterico, soprattutto allo stomaco;
- 6) un blocco dell'addome dove vengono trattenute le emozioni più viscerali;
- 7) un blocco pelvico legato alla difficoltà di ottenere l'orgasmo.

La bioenergetica, la tecnica messa a punto da Lowen, integrata con altri approcci ad esempio la *Gestalt*, il *body work*, la terapia organismica e altre tecniche (27, 28), ognuna delle quali richiederebbe una lunga trattazione a sé stante ma che per ragioni di spazio possono solo essere menzionate in questo contesto, hanno lo scopo di attivare nei pazienti le emozioni che sono state bloccate sia a livello viscerale che a livello dell'apparato muscolare.

Attraverso la sollecitazione ad approfondire la respirazione, l'esecuzione di alcuni esercizi di bioenergetica, alcune pressioni effettuate sul corpo da parte del terapeuta, l'evocazione di eventi traumatici, si possono indurre delle regressioni vere proprie che possono trasformare un adulto maturo in un bambino adirato, o spaventato, o che vive un senso di abbandono. L'evocazione di tali vissuti, accompagnati dalle espressioni emotive relative (pianto, urla, collera) provocano delle forti scariche neurovegetative. Avviene così, per usare un termine di H. Laborit, una "disinibizione dell'azione" (29) che può portare attraverso un lavoro, ovviamente ripetuto e continuativo, alla modificazione sia di uno stato psicologico patologico (ad esempio depressione) sia a un miglioramento di un quadro psicosomatico ad esempio di ipertensione, di cefalea, di gastrite o altro. Durante una seduta di terapia corporea il terapeuta ha l'opportunità di assistere a quell'unità mente-corpo a cui aspira la medicina psicosomatica attraverso la rilevazione di emozioni intense che spesso si accompagnano a modificazioni fisiologiche (e quindi anche biochimiche) come ad esempio tremolii delle mani e delle braccia (per la rabbia), delle gambe (per la paura), movimenti clonici del torace accompagnati da un pianto, movimenti automatici delle anche o del bacino, vibrazioni di tutto il corpo ecc. Dopo una seduta di terapia corporea il paziente ha un aspetto più sereno, un colorito più roseo, uno stato d'animo alleggerito e una sensazione di maggiore forza. Ovviamente il lavoro va poi continuato e ripetuto e integrato con una presa di coscienza affinché siano modificati certi modelli comportamentali o "fissazioni" che sono alla base del suo malessere sia fisico che psichico.

Le psicoterapie corporee sono indicate nei casi in cui sia necessario un lavoro psicoterapeutico di

modifica strutturale della personalità di un paziente. Sono utili nel trattamento delle malattie psicosomatiche, nelle depressioni, nelle sindromi ossessive compulsive, nelle crisi di ansia acuta come ad esempio attacchi di panico.

Ogni terapeuta psicorporeo deve essere in grado sia di integrare verbalmente le emozioni risultanti dal lavoro terapeutico corporeo, sia di introdurre tali tecniche quando il paziente è in grado di lavorare a un livello emotivo più profondo. Ciò presuppone pertanto che il terapeuta abbia anche una buona preparazione di tipo psicanalitico.

Le psicoterapie corporee hanno di solito una frequenza settimanale e sono particolarmente efficaci quando vengono attuate in gruppo. Il gruppo ha il vantaggio di favorire l'effetto catartico delle emozioni e l'attivazione di dinamiche relazionali che possono accelerare determinati processi psicologici.

Le terapie comportamentali e il biofeedback

Lo scopo delle terapie a orientamento analitico e delle psicoterapie è quello di liberare le emozioni represses dell'individuo e di integrarle nella struttura della personalità, perché si realizzi un buon equilibrio psicosomatico. Le terapie comportamentistiche hanno invece lo scopo di portare un paziente a un maggior controllo delle proprie emozioni (30). Riteniamo che tale approccio rischi di proporre un'impostazione che ripeta uno schema riduttivo e meccanicistico, che comporti l'eliminazione del sintomo senza intervenire sulle cause dello stesso.

Tuttavia dobbiamo anche considerare che esistono processi psicodinamici nel paziente che talvolta tendono ad autoalimentarsi, generando uno stato di frustrazione e di stress permanente per cui si renda necessario un intervento finalizzato all'interruzione di tali processi. In altri casi si può riscontrare una certa refrattarietà da parte del paziente ad affrontare un lavoro psicoterapeutico che comporti una rielaborazione del proprio vissuto con un certo impegno emotivo.

In questi casi può essere utile allora ricorrere a degli approcci che consentano al paziente di poter comunque intervenire sulle proprie emozioni. Nella cultura orientale esistono tecniche millenarie come ad esempio lo yoga, lo zen, la meditazione ecc. finalizzate a un buon controllo del proprio stato emotivo ad esempio attraverso un'azione diretta sul respiro e sul battito cardiaco. Tali tecniche sono efficaci anche perché consentono sia un orientamento dell'attenzione della persona su di sé che un ritiro dagli stimoli esterni e interni, ciò comporta inevitabilmente una riduzione dello stress.

Uno degli strumenti fondamentale del comportamentismo è il *biofeedback* (31). Tale metodica parte dal presupposto che sia possibile correttamente valutare ed interpretare un cambiamento di un sistema attraverso la percezione degli organi di senso e intervenire direttamente sul cambiamento in atto, attraverso un gruppo di comandi. Quando un sistema è strutturato in modo tale da poter controllare i propri cambiamenti di stato si può definire sistema a feedback, cioè un sistema che funziona attraverso il reinserimento, nel sistema stesso, dei risultati della precedente prestazione. La seduta di biofeedback si basa sulla misurazione di uno o più parametri e l'invito a modificare tali parametri attraverso il rilassamento.

Il biofeedback usa per operare una serie di apparecchiature che vengono utilizzate singolarmente oppure assieme e che hanno la funzione di misurare alcuni parametri fisiologici suscettibili di variazione in relazione a determinati stati emotivi. Ne indichiamo qui di seguito alcune fra le più usate:

- L'EMG (l'elettromiografo) che misura il potenziale elettrico muscolare, viene applicato prevalentemente sul muscolo frontale poiché questo muscolo rivela meglio di altri lo stato di rilassamento del soggetto;
- l'EEG (l'elettroencefalogramma) che misura le onde *alfa* indicative di uno stato di rilassamento e quelle *teta* relative a uno stato ipnagogico;
- il misuratore della temperatura corporea applicato alla fronte o a una mano;
- l'apparecchio GSR o psicogalvanico che misura la variazione delle resistenze elettriche a livello cutaneo;
- il misuratore della frequenza cardiaca;

- l'apparecchio che monitorizza la pressione arteriosa.

Tutte queste apparecchiature sono corredate da un'apposita segnaletica che rivela l'andamento dei parametri misurati. Le sedute di terapia devono essere ripetute nel tempo ed essere effettuate con tempi ravvicinati (due, tre volte la settimana); inoltre sono precedute da alcune sedute di apprendimento della tecnica.

Le applicazioni di questa metodica hanno dimostrato risultati contrastanti. Pare che i risultati migliori si abbiano comunque quando viene associata anche una psicoterapia o il trattamento viene gestito da un esperto di psicoterapia. Il biofeedback può essere comunque indicato in disturbi della personalità che hanno a che fare soprattutto con l'ansia, quindi insonnia, attacchi di panico, fobie varie.

Possiamo dire che la scelta di una terapia può essere dettata dalla disponibilità del paziente a scegliere un percorso terapeutico rispetto ad un altro, ma sta anche nel medico aiutare il paziente a maturare una scelta che gli consenta di riconoscere l'origine non organica dei suoi problemi e ad individuare la terapia più appropriata. Tale valutazione dipenderà molto anche dal tipo di relazione che esiste fra medico e paziente e dalla capacità di lettura dei segnali che il medico saprà cogliere nel suo paziente. In questo senso una buona informazione da parte del medico e una buona guida saranno anche la premessa per una buona psicoterapia.

Training autogeno, tecniche di rilassamento, ipnosi¹

Il training autogeno, le tecniche di rilassamento e quelle immaginative ed ipnotiche sono differenti modalità di approccio terapeutico, che prevedono la presenza di un terapeuta (induttore) e di un paziente (soggetto dell'induzione) nell'ambito di un rapporto interpersonale particolare. Si distinguono per la diversa e variabile prevalenza di effetti di rilassamento psicofisico, di stimoli e rappresentazioni immaginative e di alterazioni di stato di coscienza. Esse hanno in comune la visione in chiave di medicina olistica, dove l'uomo è considerato come unità psicosomatica a cui avvicinarsi nella totalità dell'esperienza relazionale e terapeutica.

Training autogeno

Il training autogeno (32) (33) fu elaborato da Johannes Heinrich Schultz fra il 1908 ed il 1912, e consta di un insieme di tecniche psicoterapeutiche fondate sull'autodistensione da concentrazione e capaci di influire positivamente sul sistema neurovegetativo e di controllare e ripristinare il buon funzionamento di organi e sistemi su cui si scaricano le tensioni e i conflitti psichici. Si tratta di una forma di autosuggestione per programmazione, che fu definita da Schultz uno "yoga occidentale", perseguendo l'analogo obiettivo dell'autorealizzazione e del passaggio dall'io al Sé, attraverso l'autodistensione da concentrazione, il distacco e la commutazione alla calma, l'attivazione dell'autoconoscenza; è un intervento su se stessi, per mezzo della ripetizione per due o tre volte al giorno degli esercizi (sei nel ciclo inferiore) in un processo di continua crescita di un atteggiamento positivo interiore. È indicato in situazioni nevrotiche poco strutturate, di complessi e inibizioni, di disturbo del ritmo sonno-veglia, di scarsa capacità di concentrazione e di riduzione di efficienza e rendimento da stress.

Tecniche di rilassamento

Le tecniche di rilassamento (37) sono numerose: le più seguite sono il rilassamento muscolare progressivo e la distensione immaginativa di Jacobson; esse mirano dapprima a far concentrare l'attenzione sul ruolo fisiologico della tensione/distensione muscolare con esercizi ed attività dinamiche, che attivano un circuito cerebro-muscolare mettendo a riposo progressivamente la componente corticale, ed in seguito ad attivare progressivamente le componenti immaginative, autoindotte nella distensione immaginativa ed eteroindotte nell'immaginazione guidata. Esse sono

¹ Questa sezione è stata redatta dal dr. Carlo Piazza, psichiatra psicoterapeuta, Istituto Italiano Studi di Ipnosi Clinica e Psicoterapia H. Bernheim, Verona.

particolarmente indicate in sindromi d'ansia generalizzata e somatizzata, in situazioni nevrotiche poco strutturate e nell'ambito di psicoterapie brevi indirizzate alla rimozione, trasformazione o sostituzione del sintomo.

Ipnosi

L'ipnosi terapeutica (34-38) è un processo di apprendimento a sviluppare molteplici fenomeni, neuropsicologici e neurofisiologici, tra loro intimamente correlati, ed è ad un tempo uno stato fisiologico ed una relazione interpersonale. Non si può disgiungere infatti il particolare stato fisiologico, diverso dai conosciuti primo, secondo e terzo (veglia, sonno profondo e sonno rem), chiamato quindi anche quarto stato (non sonno - non veglia), dalla relazione terapeutica a due.

Lo stato fisiologico, passante per il corpo che si fa mediatore della comunicazione, è caratterizzato da vari fenomeni come la riduzione della vigilanza, il rallentamento di molte funzioni corporee, le sensazioni di pesantezza e leggerezza, di freddo e di calore, la rigidità, l'immobilità, il rilasciamento muscolare; la potenza evocativa di parole ed immagini simboliche, libere e guidate, favorisce l'emergere ulteriore di sensazioni ed emozioni, in un dialogo continuo tra corpo e mente, che si fondono insieme, dalla sensazione al ricordo, dall'atmosfera al sogno, attraverso le più diverse percezioni, che investono i cinque sensi amplificandone o riducendone la funzionalità.

La modalità relazionale si struttura in rapporto al tipo di induzione, caratterizzata da aspetti di direttività o permissività, da linguaggio prevalentemente diretto o indiretto, da forme di comunicazione verbale e non verbale, e possono tendere alla rimozione, alla sostituzione, al trasferimento e alla diversa interpretazione del sintomo, o alla reazione ed alla presa di coscienza.

Si distinguono infatti tecniche ipnotiche suggestive dirette, con sostituzione e rimozione diretta del sintomo secondo la comprensione del suo significato, e tecniche con presa di coscienza, con e senza analisi del transfert: ipnoanalisi classica, controllata, rieducativa e catartica desensibilizzatrice.

Il linguaggio e la modalità usata orientano la relazione secondo il progetto terapeutico, e possono essere adeguatamente suggestivi ed efficaci nella promozione di cambiamenti migliorativi, nell'ambito di una relazione di aiuto e di fiduciosa e motivata collaborazione.

Nella particolare relazione ipnotica è molto importante l'uso esperto e consapevole della voce, delle parole, dei loro significati simbolici, del loro ritmo, della cadenza e delle pause, della gestualità, del contesto che varia tra vicinanza e distanza, tra silenzio, musica e suoni, tra luce e penombra.

I campi di applicazione delle tecniche ipnotiche sono molteplici: psicoprofilassi ostetrica, analgesiologia in chirurgia e odontoiatria, vari disturbi psicosomatici e nevrotici, anche strutturati, nell'ambito di diversi approcci psicoterapici, da quelli più brevi e strategici indirizzati al controllo del sintomo a quelli ipnoanalitici che prevedono la presa di coscienza con analisi del transfert.

Dal punto di vista della validazione d'efficacia delle tecniche ricordiamo alcune ricerche volte a studiare il ruolo delle endorfine e dell'ACTH nella anestesia ipnotica, studi controllati di comparazione tra ipnosi, agopuntura, naloxone e placebo, tra induzioni ipnotiche e tecniche meditative, ricerche sul rapporto tra responsività ipnotica e valutazione del dolore, su ipnotizzabilità e reti neurali artificiali e sul possibile utilizzo dell'ipnosi come strumento di formazione in campo socio-sanitario. Per uno studio più approfondito si rimanda alla bibliografia citata (34-38).

Conclusioni

La salute è il frutto di un buon equilibrio della mente e del corpo e di un fluido scorrere dell'energia vitale. L'energia vitale viene acquisita attraverso un'interazione continua con l'ambiente circostante (cibo, acqua, relazioni sociali, stimoli culturali ecc.). I fattori genetici hanno sicuramente una grande importanza, ma non dobbiamo dimenticare che un cattivo cibo, un'aria inquinata, una cattiva educazione, delle relazioni sociali insoddisfacenti possono influire sulle reazioni biologiche dell'organismo e favorire l'insorgere di malattie. Tutti i sistemi viventi sono sistemi aperti, e come tali in costante interazione con l'ambiente circostante.

La medicina organicista ha sicuramente portato a grandi scoperte e ha permesso di debellare molte malattie, ma la medicina moderna ha bisogno di acquisire anche nuove conoscenze e allargare i suoi

orizzonti. La sfida per il futuro è una medicina più a misura d'uomo e meno a misura della macchina, che lotti per la vita di ogni uomo, senza differenza di censo, di razza, di cultura; una medicina che si occupi anche di prevenzione, della nocività dell'ambiente intendendo per ambiente l'acqua che beviamo, l'aria che respiriamo, la terra in cui viviamo; una medicina che si occupi anche dei modelli culturali che possono facilitare o ostacolare il ritmo della vita sia degli individui e anche degli altri esseri viventi che occupano il pianeta. Poiché, come sostiene Fritiof Capra: "La somma di queste relazioni, che legano gli universi della psiche, della biologia, della società e della cultura è una rete. La rete della vita" (39)

Bibliografia

- 1) Alexander F: *Medicina Psicosomatica*. Firenze, Ed. Universo, 1951
- 2) Morin E: *Introduzione al pensiero complesso*, 1996
- 3) Popper K: *Congetture e confutazioni*. Mulino, 1972
- 4) Bertalanfy LV: *Il sistema uomo*. Istituto Librario Internazionale, 1971
- 5) Edelman G: *Sulla materia della mente*, Adelphi, 1933
- 6) Pancheri P: *Trattato di Medicina Psicosomatica*. Firenze, Ed. Scientifiche, 1984
- 7) Beck D: *La malattia come autoguarigione*. Cittadella Ed., 1985
- 8) Pomeranz B: In: *Journal of the American Medical Association*. Aprile 1998
- 9) Gelhorn E: *Principles of Autonomic - somatic integration: physiological basis and psychological and clinical indications*. Minneapolis, University of Minnesota free Press, 1967
- 10) Biondi M: *Mente, cervello e sistema immunitario*. McGraw-Hill, 1971
- 11) Klein M: *Scritti*. Torino, Boringhieri Ed., 1978
- 12) Mahler M: *La nascita psicologica del bambino*. Torino, Boringhieri Ed., 1978
- 13) Bergeret J: *La personalità normale e patologica*. Milano, Raffaello Cortina Ed., 1984
- 14) Winnicott DW: *Il bambino e il mondo esterno*. Firenze, Giunti - Barbera Ed., 1973
- 15) Balint M: *Medico, Paziente e Malattia*⁴. Milano, Feltrinelli Ed., 1961
- 16) Semi A: *Trattato di Psicoanalisi*, vol 1°, Raffaello Cortina ed., 1988, Milano
- 17) Schneider PB: *Psicologia Medica*. Milano, Ed. Feltrinelli, 1972
- 18) Cipolli C, Moja: *Psicologia Medica*. Roma, Armando Ed, 1992
- 19) Rusconi S: Aspetti relazionali della terapia farmacologica. In, "Il medico, Il Paziente e le loro medicine". Cap. II. Milano, Franco Angeli Ed., 1986
- 20) Bellantuono C, Balestrieri M, Ruggeri M, Tansella M: *I Disturbi Psicologici Nella Medicina Generale*, il Pensiero Scientifico ed. 1992, Roma
- 21) Rusconi S: *Il metodo di formazione dei gruppi Balint*. In, suppl. al bollettino n° 5 dell'AMIGB (Associazione Medica Italiana Gruppi Balint). Saronno, 1998
- 22) Guiotat J: *Le psicoterapie mediche*. Vol I e II. Milano, Masson Ed., 1980
- 23) World Health Organisation: *Psychiatry and Primary Medical Care, Report of a Working Group, Copenhagen*, Who Office for Europe, 1973
- 24) World Health Organisation: *The Development of Mental Health Care in Primary Health Care Settings in the European Region, Report of a Working Group, Copenhagen*, Who Office for Europe, 1990
- 25) Reich W: *Analisi del carattere*. Sugar Ed., 1973
- 26) Lowen A: *Il linguaggio del corpo*. Feltrinelli Ed., 1978
- 27) "Atti del 10° Congresso SIMP 1985: *Il corpo e la comunicazione*
- 28) Boadella D, Liss J: *La psicoterapia del corpo*. Astrolabio, 1986
- 29) Laborit H: *L'Inhibition d'Action*. Masson & C., 1979
- 30) Wolp J: *Tecniche di terapia del comportamento*. Franco Angeli Ed., 1977
- 31) Biondi M: Applicazioni cliniche e tecniche di terapia in biofeedback: recenti tendenze e stato attuale in *Biofeedback. Prospettive di una medicina comportamentale negli anni 80* - a cura di P. Pancheri - Roma, Il Pensiero Scientifico.
- 32) Schultz JH: *Il training autogeno*. Milano, Feltrinelli Ed., 1975

- 33) Eberlein G: *Training autogeno per progrediti*. Milano, Feltrinelli, 1983
- 34) Guantieri G, Ischia S: *L'ipnosi nelle istituzioni. Ruolo e contributo*. Atti Congresso Nazionale, Verona 1985. Verona, Ed. Istituto Bernheim, 1985
- 35) Guantieri G: *L'ipnosi*. Milano, Rizzoli Ed., 1973
- 36) Guerra G, Guantieri G et al.: Livelli plasmatici di beta-endorfine e analgesia ipnotica. Atti IX Congr. Internaz. Ipnosi e Medicina Psicosomatica, Glasgow, Agosto 1982
- 37) Parietti P: Il rilassamento ipnotico in psicosomatica. In, *Terapia in psicosomatica*, Atti IX Congresso Nazionale SIMP, Torino, 1983
- 38) Piazza C, Brugnoli A, Guerra G: L'utilizzazione dell'ipnosi nel dolore cronico. Relazione presentata al VII° Congresso Nazionale SIMP, Siena, 5/11/1999. Istituto Bernheim, Verona. In press in: Atti del Congresso: Significato e senso della malattia.
- 39) Capra F: *La rete della vita*. Milano, Ed. CDE spa, 1997

Commento degli Editori

Questo capitolo non presenta fundamentalmente alcun problema interpretativo e costituisce un "ponte" lanciato tra i diversi approcci all'unico problema della medicina: curare le malattie e preservare la salute. Si sottolinea solo l'affermazione che considerare il paziente nella sua unità psico-fisica e spirituale dovrebbe essere un obiettivo di qualsiasi tipo di medicina e non è una caratteristica esclusiva delle medicine complementari. Chiaramente, gli aspetti neurofisiologici e neuroimmunologici delle problematiche sollevate dalla medicina psicosomatica meriterebbero approfondimenti molto maggiori e molto più documentati di quelli che sono qui trattati. Quanto e come ciò possa influenzare la metodologia e l'operatività del medico nel suo lavoro quotidiano è difficile da valutare secondo parametri oggettivi e statistici. Il contributo dell'approccio psicosomatico alla professione medica non sarà mai sottolineato a sufficienza.

Attualmente la banca-dati PubMed della National Library of Medicine recensisce 6894 lavori che trattano di "psicosomatica", 554 lavori di "psychoneuroimmunology", 829 di "stress management", 3994 di "relaxation techniques", 422 di "hypnotherapy", 901 di "autogenic training", 4192 di "biofeedback" e un centinaio di lavori sull'esperienza dei gruppi Balint.