

La debolezza psicosomatica

Stefano Canali

Sapere, 2003, 69, 4, pp. 35-41

Il termine psicosomatico veniva introdotto nel 1818 dal medico tedesco e docente di psichiatria a Lipsia, Johann Christian Heinroth e riproposto più compiutamente nel 1824 da Friedrich Groos. Groos riteneva che le malattie rappresentassero gli effetti somatici delle passioni e delle emozioni negative. Tale idea venne sviluppata dallo psichiatra inglese Henry Maudsley all'alba della psicoterapia moderna. Così egli scriveva nel 1876: «Se l'emozione non è scaricata all'esterno con l'attività fisica o con una idonea azione mentale, agirà sugli organi interni alterandone le funzioni», anticipando singolarmente l'idea psicoanalitica di sintomo di conversione somatica.

L'approccio unitario e psicosomatico della medicina classica

La necessità dell'approccio "psicosomatico" in medicina era già chiaro allo stesso Platone quando nel *Carmide* scriveva: «Perché, caro Carmide, questo carne non è capace di guarire la testa separatamente; ma come forse anche tu sai per aver udito dei bravi medici se per esempio ci va uno con male agli occhi, gli dicono che non si può cominciare a sanare gli occhi soli, ma che bisognerebbe curare anche la testa se si vuole guarire gli occhi; e dicono ancora che è un'assurdità pensare di curare la testa per se stessa senza tenere conto dell'intero corpo. Così in base a questo ragionamento, cercano di curare e sanare la parte applicando un regime all'intero corpo. [...]

Il nostro Zalmosside, che è un dio, vuole che come non si deve cominciare a sanare gli occhi senza tenere conto del capo, né il capo senza il corpo, così neppure si deve cominciare a sanare il corpo senza tenere conto dell'anima, anzi questa sarebbe proprio la ragione per cui tante malattie la fan franca ai medici greci, perché essi trascurano il tutto di cui invece dovrebbero prendersi cura, quel tutto che è malato e dunque non può guarire in una parte. In realtà, soggiungeva, ogni cosa, il male o il bene, non irrompe nel corpo e in tutto l'uomo se non dall'anima, dalla quale tutto proviene, come dalla testa proviene tutto ciò che corre agli occhi; così che si deve cominciare a curare soprattutto quella, se si vuole che la testa e le altre parti del corpo stiano bene».

Zalmosside è un eroe della mitologia tracia che, secondo Erodoto (V, 97), prima di essere dio fu uomo e schiavo, discepolo del filosofo e matematico Pitagora. La figura leggendaria di Zalmosside, tuttavia, rivela come l'antica riflessione greca sull'arte della terapia ancora non avesse infranto l'unità 'psicobiologica' del paziente, dimostrando, così, che ai suoi albori la pratica della medicina era fondamentalmente psicosomatica. In questo senso aveva ragione English (1952) quando definiva il termine psicosomatica come una parola relativamente nuova per designare un rudimento della pratica clinica antico come la medicina stessa.

Anche Ippocrate, il padre della medicina, affermava, nel IV secolo a.C., che tutte le funzioni organiche sono influenzate dalle passioni. «Una buona disposizione spirituale garantisce la bontà della prognosi», scriveva, infatti, nei *Pronostici*. Mentre nel trattato su le *Epidemie* affermava che «se l'anima si ammala essa consuma il corpo». Secondo Ippocrate, le emozioni possono alterare gli equilibri fisiologici del corpo ed indurre patologie, in quanto «gli organi ubbidiscono ai sentimenti» (*Sugli umori*). In questo senso, egli propone una dottrina della psicogenicità di certe malattie.

Più in generale, è lo stesso impianto di base della medicina ippocratica, col suo approccio olistico e l'idea della corrispondenza tra costituzione umorale, personalità e malattia, a precorrere gli assunti fondamentali della psicosomatica. Secondo Ippocrate la costituzione naturale dell'uomo era

costituita da quattro fluidi primari, gli umori: il sangue, la bile gialla, la bile nera, e il flemma. Vi è salute quando gli umori sono in equilibrio e ben temperati. Al contrario, la malattia risulta dalla rottura dell'equilibrio tra questi quattro fluidi. Il prevalere nel singolo individuo di uno dei quattro umori dà luogo al suo carattere, al temperamento. Dalla prevalenza del sangue tra i quattro umori originava la personalità sanguigna o collerica; la preponderanza della bile gialle al carattere bilioso, la prevalenza della bile nera (in greco melas cole) portava al temperamento malinconico, la preminenza del flemma, fluido che originava dal cervello, si associava invece alla personalità flemmatica. Il profilo psicologico di una persona era così strettamente legato alla complessione fisica e di conseguenza certi tratti di temperamento venivano tipicamente associati a relativi gruppi caratteristici di malattie.

Nello stesso solco teorico e condividendo la dottrina dei quattro umori, Galeno, nel secondo secolo dopo Cristo, aveva notato la correlazione tra malattia e profilo emotivo, rilevando una maggiore incidenza di tumori in donne affette da melanconia rispetto a quelle «sanguigne». Ciò lo portava a postulare una dottrina della specificità, secondo la quale specifici tipi di personalità sono correlati a specifiche predisposizioni a certe malattie.

Psicosomatica e psicoanalisi

Il problema psicosomatico, peraltro, rappresenta il nucleo originario attorno al quale si è originato il movimento psicoanalitico. L'elaborazione teorica di Freud, infatti, si avviava dal problema della sintomatologia organica dell'isteria. Tale problema era stato spettacolarmente messo in evidenza già dal 1878 da Jean Martin Charcot nel corso dei suoi famosi esperimenti di ipnotismo del venerdì mattina all'ospedale parigino della Salpêtrière. Charcot era in grado di rimuovere sotto ipnosi i più diversi sintomi somatici dell'isteria, come l'anestesia, le contrazioni e la paralisi e su questa base sperimentale aveva ipotizzato (1890) la possibilità che la paralisi potesse essere prodotta da un'idea, visto che un'idea opposta poteva farla sparire. Freud era rimasto fortemente impressionato da una delle dimostrazioni preferite da Charcot, nella quale una malata psichica colpita da paralisi isterica indotta in stato ipnotico si alzava, camminava ed eseguiva i vari comandi impartiti da Charcot, per poi ricadere al suolo, rattrappita e rigida, non appena l'ipnosi veniva interrotta. La riflessione su tali fenomeni è all'origine della nozione di "conversione", un'idea fondante per la prima psicosomatica, esposta da Freud nel saggio del 1894, *Neuropsicosi da difesa*, e negli *Studi sull'isteria*, opera scritta con Joseph Breuer nel 1895. La disposizione alla conversione è un tratto caratteristico dei pazienti isterici, attraverso la quale tali soggetti «rendono inoffensive rappresentazioni ed idee insopportabili, incompatibili, trasformando la loro somma di eccitazione in qualcosa di somatico». Quando un contenuto psichico - un'immagine, una pulsione, un desiderio - è incompatibile con l'Io, intollerabile, inammissibile alla coscienza e alla morale, come certe fantasie sessuali, come l'impulso ad uccidere o a spezzare particolari legami affettivi, l'affetto ad esso associato è rimosso dalla coscienza con la repressione e convertito in un disturbo senso-motorio che simboleggia ed esprime a livello corporeo il contenuto inaccettabile, così risolvendo parzialmente il conflitto psicologico originario.

Nel fenomeno della conversione risiedeva dunque il problema del «salto dallo psichico al somatico» che Freud intendeva risolvere in termini fisiologici, ma per il quale, come riconobbe egli stesso più tardi, non riuscì mai a fornire una spiegazione soddisfacente.

Nel saggio del 1894, Freud evidenziava anche un'altra causa dei sintomi somatici psichicamente condizionati: l'«equivalente dell'attacco d'angoscia» nelle nevrosi d'angoscia. In questa sindrome, infatti, associati all'angoscia, si manifestano sintomi fisici (gli equivalenti dell'attacco d'angoscia, appunto) che possono includere palpitazioni, sudorazione, nausea, diarrea, tremore, alterazioni della respirazione, mal di testa, insomma le sofferenze fisiche che purtroppo acquiscono spesso il dolore di un'anima angosciata. Correttamente Freud non riteneva che i sintomi somatici delle nevrosi

d'angoscia fossero il prodotto di una rappresentazione rimossa o di un conflitto intrapsichico in quanto non riusciva ad affrontarli psicanaliticamente. Essi sono infatti il risultato dell'attivazione del sistema nervoso autonomo. E così sostanzialmente ipotizzava Freud, intendendo il sintomo organico come una deviazione dell'eccitazione somatica a cui è impedito l'accesso allo psichico. In questo senso, dunque, esso doveva essere lasciato all'indagine biomedica. A questo proposito, quindi, Freud anticipava teoricamente quella spaccatura del movimento psicosomatico in due approcci distinti e non comunicanti, l'uno orientato in senso fisiologico, l'altro in senso psicanalitico, che si verificherà circa cinquanta anni più tardi con l'applicazione razionale del concetto di stress alla fisiopatologia.

Oltre la conversione, la malattia psicosomatica come simbolizzazione corporea dell'inconscio

L'approccio psicoanalitico imperò incontrastato fino agli anni '40 soprattutto nei paesi di lingua tedesca, ed ebbe in Georg Groddeck e Felix Deutsch la sua ala estrema. Il primo, che si definiva psicoanalista selvaggio, aveva esteso il dominio delle affezioni psicosomatiche ben oltre il modello della conversione freudiana. La malattia organica, secondo Groddeck (1917) infatti, in modo analogo al sogno, rappresentava l'espressione somatica simbolica di processi psichici. Egli riteneva così che tutte le malattie costituissero i segni corporei attraverso cui l'inconscio comunica all'esterno l'esistenza di un blocco psicologico: le stigmate di un conflitto emotivo irrisolto e non razionalizzato.

Analogamente in Deutsch (1924 e 1953), la «continua corrente di conversione nel somatico», in azione anche nei soggetti sani, era vista come una sorta di linguaggio corporeo che serviva a scaricare, in maniera simbolica, l'inconscio sovraccarico da frammenti di emozioni e altri complessi psichici.

L'idea del linguaggio corporeo e del disturbo psicosomatico come simbolo di un conflitto psichico poneva una serie di problemi oggettivamente non affrontabili oltre a quelli che hanno condotto la psicanalisi e la psicologia analitica ad un inaridimento irreversibile, attraverso le mille convulsioni del fiorire di scuole e modelli interpretativi. Esiste una "grammatica" fisica dell'inconscio, una regola di correlazione tra significati inconsci, contenuti e conflitti psicologici e segni materiali, sintomi delle malattie? E se sì, questo codice di rappresentazione che l'inconscio utilizza nel processo di somatizzazione è assolutamente individuale, personale, o è condiviso dagli uomini come patrimonio biologico, genetico, culturale? Come avviene la scelta dell'organo che sarà colpito dal disturbo psicosomatico? Se ogni fenomeno di conversione è frutto di una storia individuale, unica ed irriducibile allora in che modo si possono fare ipotesi sulla trasposizione di un conflitto psichico sul versante somatico? Come è possibile eventualmente verificare la correttezza dell'interpretazione analitica del fenomeno di conversione?

La problematicità di tali domande fu compresa da due grandi figure della scuola psichiatrica americana: Helen Flanders Dunbar e Franz Gabriel Alexander. Entrambi, infatti, cercarono di rivedere l'idea che il disturbo psicosomatico potesse avere una funzione simbolica. Essi avevano inteso il significato delle nuove ricerche sui correlati fisiologici dell'emozione e sui processi attraverso i quali tali equivalenti biologici influenzano l'omeostasi fisiologica, il mantenimento e l'aggiustamento dei parametri vitali in relazione alle condizioni dell'ambiente interno dell'organismo e agli stimoli esterni.

La malattia psicosomatica come effetto degli stati di attivazione fisiologica emozionale e la questione della specificità dei fattori psichici nei sintomi organici

Sia la Dunbar che Alexander ritenevano che il sintomo psicosomatico fosse l'effetto di stati di attivazione fisiologica cronica ed anormale generata da emozioni inappropriate alla situazione e agli stimoli o inadeguatamente espresse (Dunbar, 1934, 1935; Alexander, 1934, 1939, 1950).

È esperienza comune. Quando una situazione esterna suscita in noi una reazione emotiva, rabbia, ansia, paura, il nostro corpo subisce delle vistose e rapide modificazioni fisiologiche. Alcune palesi: il cuore batte forte, la pressione sale, il respiro si fa più veloce e profondo, diventiamo più attenti agli stimoli percettivi, i muscoli si fanno più reattivi. Altre profonde e non direttamente apprezzabili dalla coscienza: gli zuccheri vengono mobilizzati nel sangue per fornire l'energia per la reazione emotiva, alcune ghiandole endocrine rilasciano ormoni utili a sostenere condizioni di allarme, lotta e fuga, le funzioni del canale alimentare vengono inibite, e così via. Se le condizioni esterne o le nostre abitudini, le inclinazioni personali, le nostre particolari valutazioni, i vincoli sociali e morali ci impediscono di eliminare la causa della reazione emotiva, ad esempio il traffico, la conflittualità col coniuge, con il capoufficio, il lavoro soverchiante, le scadenze improrogabili, i cattivi rapporti di vicinato e tutto il vasto campionario degli agenti logoranti che sono parte essenziale della realtà contemporanea, allora l'attivazione fisiologica legata alla reazione emotiva viene oltremodo mantenuta, non trova sfogo, si cronicizza, provocando alterazioni organiche più o meno pericolose.

A partire da questa prospettiva si iniziava a ipotizzare una qualche corrispondenza tra reazioni emotive e sintomi psicosomatici. L'idea era che le modificazioni somatiche e quindi le eventuali alterazioni patologiche provocate da un'ansia mai sopita fossero diverse da quelle causate dalla rabbia; così come le malattie prodotte dalla paura persistente si differenziassero da quelle determinate da un lutto, da un distacco o da una perdita. Così, la ricerca della specificità dei fattori psichici nella malattia *ex emotione* impegnava la tradizione psicosomatica dagli anni Trenta agli anni Cinquanta.

La dottrina della specificità dei fattori psichici nella malattia psicosomatica: alcune note epistemologiche

Dal punto di vista logico, la dottrina della specificità in psicosomatica ricalcava il modello dell'eziologia specifica proprio della medicina scientifica, per il quale un germe particolare costituisce la specifica causa di una malattia. Tale modello si era rivelato quanto mai semplice e potente per la ricerca e la cura delle malattie infettive, inoltre rappresentava lo schema esplicativo causale per eccellenza in medicina, quello che meglio si era concretizzato in terapie razionali ad accesso diretto. La psicosomatica tentò di coniugare tale modello di spiegazione biomedico con la struttura concettuale e la retorica della psicoanalisi nel tentativo di individuare i meccanismi causali specifici alla base delle evidenti relazioni tra mente e corpo.

L'approccio presentava alcune stridenti contraddizioni. Il modello della specificità aveva una forte accentuazione causale, era addirittura tendenzialmente monocausale, laddove la psicosomatica, nel richiamo alla comprensione dell'uomo nella sua totalità psico-fisica, si connotava come sistema di spiegazione a carattere radicalmente multifattoriale. La dottrina della specificità si concentrava sul fatto eziologico e sull'*ens morbi* (il particolare stato o blocco emotivo come il microbo o il parassita), tendendo a confondere la malattia con questi elementi. Ciò era in contrasto con due aspetti fondamentali della dottrina psicosomatica: l'appello alla dimensione storica e processuale della tradizione psicodinamica dei disturbi psichici e l'esortazione a considerare l'individualità della malattia e il ruolo della persona nella sua evoluzione, ovvero il fitto ed articolato intreccio dei processi patogenetici.

Fa quantomeno riflettere quindi che la psicosomatica abbia inizialmente mutuato il modello della specificità dalla medicina biomedica anche in considerazione del fatto che negli anni in ciò cui

avveniva questo modello di spiegazione delle malattie fosse ormai al tramonto, rimpiazzato da sistemi esplicativi più sofisticati e capaci di contemplare proprio la natura complessa e plurifattoriale degli stati morbosi cui tanta enfasi veniva data dalla psicosomatica.

Specificità della malattia rispetto alla personalità

La Dunbar (1943) intendeva la specificità della malattia soprattutto rispetto alla personalità. Lavorando su una vasta mole di interviste anamnestiche ed attraverso l'uso della diagnostica psicodinamica, essa affermava di aver individuato delle significative correlazioni tra malattie e profili di personalità: tutti i pazienti affetti, per esempio, da ipertensione hanno caratteristiche personologiche simili. Secondo la Dunbar, dunque, esisteva una sorta di *cliché* caratteriale per ogni malattia psicosomatica. Il soggetto sofferente alle coronarie, ad esempio, era una persona che lavorava e lottava con fermezza, che aveva grande autocontrollo e tendeva al successo e al pieno raggiungimento degli scopi prefissi. Mentre il malato di ulcera peptica era un tipo iperattivo ed eccessivamente intraprendente.

Le teorie della Dunbar venivano criticate da più parti. Sul versante psicoanalitico esse erano accusate di superficialità, di valutare soltanto gli aspetti del comportamento osservabili a livello esteriore, ovvero di non cercare ed analizzare il materiale inconscio da cui, secondo la prospettiva psicodinamica, traggono origine le azioni umane. Per gli esponenti dell'approccio psicofisiologico invece, la Dunbar non aveva offerto una spiegazione della correlazione tra malattie psicosomatiche e tratti di personalità e non aveva dato nessuna indicazione su come questi ultimi possono dare inizio al disturbo e mantenerlo.

Le idee della Dunbar tuttavia hanno avuto larga diffusione nella letteratura psicosomatica successiva. Esse sono rintracciabili nelle teorizzazioni di Friedman e Rosenman (1959, 1960) sulle associazioni tra disturbi e tipi di personalità, che si sono imposte con forza nel dibattito medico sino alla fine degli anni '80. Allo stesso modo l'influenza della Dunbar è evidente nell'opera di Claus Bahnsen (1969, 1980, 1981) sulle correlazioni tra personalità e cancro.

Specificità della malattia come corrispondenza tra emozioni e funzioni vegetative

Franz Alexander era convinto che le correlazioni tra personalità e malattie evidenziate dalla Dunbar avessero soltanto un valore statistico e che sostanzialmente erano "misteriose, vaghe e casuali". Al contrario, egli riteneva che "una distinta correlazione fra certe costellazioni emotive e certe funzioni vegetative" (1950/1968) fosse oggettivamente dimostrabile al pari degli equivalenti fisiologici delle emozioni. Questi ultimi, infatti, erano stati sperimentalmente definiti dalle ricerche di Cannon (1927) ed Hess (1925) e delineavano con precisione l'esistenza di due categorie principali dell'emozione: preparazione alla lotta o alla fuga in condizioni di emergenza, piacere ed acquiescenza. Queste due categorie corrispondevano alle due configurazioni fondamentali di attività vegetativa: l'attivazione del sistema nervoso simpatico in condizioni di allarme e l'azione del sistema nervoso parasimpatico verso la riparazione, l'accrescimento dell'organismo e il ripristino metabolico delle sue energie. Al contrario del simpatico, preposto alla mobilitazione delle risorse corporee dell'organismo in vista di condizioni di emergenza, il parasimpatico presiede al controllo delle funzioni vegetative dell'organismo, come la digestione, l'escrezione, come i meccanismi alla base dei comportamenti sessuali.

I disturbi psicosomatici, che Alexander definiva anche nevrosi vegetative, rappresenterebbero l'effetto della persistenza e della cronicizzazione dell'attivazione fisiologica tipica di una di queste due categorie emotive, dovuta ad uno specifico conflitto psichico che impedisce lo scarico delle emozioni in una azione esterna. Così, le patologie correlate alle emozioni legate alla lotta o alla fuga "sarebbero il risultato di inibizioni o di repressioni di impulsi ostili e di autoaffermazione". Tali

repressioni, infatti, impedendo l'estrinsecazione dei corrispondenti comportamenti di lotta o di fuga finiscono per indurre, con la cronicizzazione delle tipiche risposte vegetative di attivazione simpatica, l'alterazione delle funzioni di un organo dotato di fragilità costituzionale o acquisita. Ad esempio, alcune sindromi cardiache rappresenterebbero gli effetti dell'ansietà neurotica o della repressione della collera; mentre l'ipertensione essenziale, sarebbe il risultato di un incremento della pressione sanguigna mantenuto dall'attivazione del simpatico tipica delle emozioni di rabbia; allo stesso modo l'attivazione e il blocco dei sistemi neuro-endocrini legati alla lotta e alla fuga porta all'emicrania e l'ipertiroidismo, all'artrite reumatoide.

Le affezioni psicosomatiche dipendenti dal blocco delle emozioni connesse alle attività trofiche e riparative del parasimpatico erano, secondo Alexander, tutti i disturbi funzionali gastroenterici, l'asma, l'affaticamento cronico. Essi costituirebbero, infatti, l'esito di un fenomeno psicologico e quindi vegetativo di "ritirata" dall'azione e di disimpegno dall'adattamento ad un ambiente ostile. Per esempio, un individuo ansioso ed insicuro, sempre pronto a recedere dalla lotta e dai possibili pericoli, poteva mettere in atto, secondo Alexander, risposte viscerali paradossali, come la secrezione dei succhi gastrici, che si accompagnano a situazioni di sicurezza e di dipendenza, come l'alimentazione quando si è bambini. Reiterando tale atteggiamento e tale risposta fisiologica, il soggetto in questione, finirebbe per sviluppare un'ulcera peptica o la colite.

Il modello di Alexander presentava tuttavia alcune serie debolezze. In primo luogo i disturbi psicosomatici che egli pretese di descrivere, come l'emicrania, l'ipertensione, l'ipertiroidismo, l'artrite, la colite, l'asma avevano in realtà una natura eterogenea erano in effetti sindromi, piuttosto che entità nosologiche univoche. In questo senso cade l'idea stessa di specificità dei legami tra conflitti emotivi e disturbi somatici. In secondo luogo, l'ipotesi della specificità dei conflitti implica logicamente l'idea che possa sussistere una netta differenza tra i blocchi emotivi che innescano una patologia e quelli che la mantengono. Se vogliamo adottare la prospettiva di Alexander, è evidente che quando la malattia si manifesta l'individuo viene trasformato sia in senso fisiologico che psicologico.

Alexander credeva, inoltre, che i blocchi emotivi potessero innescare la malattia soltanto in presenza di una costituzionale vulnerabilità d'organo e di una situazione esterna scatenante. Egli aderiva così ad una concezione multifattoriale della malattia psicosomatica. Ciò era comunque in contrasto con l'idea forte della specificità dei conflitti per i disturbi psicosomatici. Quest'ultima, in Alexander e nella tradizione psicosomatica di quel periodo, si legava oltretutto alla rivendicazione di una identità particolare della patologia *ex emotione* che legittimava la stessa esistenza della medicina psicosomatica. Da un lato infatti in un modello multicausale della malattia, la specificità del conflitto viene a diluirsi e a smarrirsi tra le molte cause necessarie ma non sufficienti per provocare la condizione morbosa. Dall'altro la teoria della multifattorialità della malattia, peraltro avanzata con forza da molti psicosomatisti, contiene logicamente, finendo per annullarla, l'identità stessa della medicina psicosomatica, quest'ultima fondamentalmente radicata sull'idea dell'esistenza di malattie prodotte da cause psicologiche.

La specificità della risposta

Nello stesso periodo della teorizzazioni della Dunbar e di Alexander, lo psichiatra americano Harold Wolff tentava di applicare il concetto di specificità al di fuori della tradizione psicomodinamica. Wolff ipotizzava che le malattie psicosomatiche fossero l'effetto di un fallito adattamento ad eventi stressanti o fattori patogeni (Wolff, 1950).

L'idea prendeva origine dall'osservazione che gli individui tendono ad avere modi peculiari di far fronte agli stimoli e agli stress dell'ambiente e che queste reazioni caratteristiche tendono a somigliarsi tra i membri di una stessa famiglia. Secondo Wolff esisteva così una risposta protettiva adattativa specifica dell'individuo e ereditariamente determinata. Wolff rigettava l'idea di una

causalità lineare dalle emozioni alle malattie, il modello forte della psicosomatica di stampo analitico, e immaginava invece le modificazioni psicologiche, fisiologiche e comportamentali come elementi concomitanti della reazione individuale allo stress.

Un'altra teoria della specificità della risposta veniva avanzata da Lacey, Bateman e Van Lehn (1953). Essi avevano rilevato che gli individui tendono a manifestare quadri di attivazione fisiologica altamente caratteristici e coerenti nelle reazioni emotive verso un'ampia gamma di stimoli. Ad esempio un soggetto può rispondere allo stress con un aumento della tensione muscolare della testa e del collo, uno con un'innalzamento della secrezione gastrica, un altro ancora con una reazione prevalentemente cardiovascolare. Questi diversi individui saranno portati a sviluppare rispettivamente emicrania, ulcera peptica, ipertensione o patologie cardiache.

I modelli proposti da Wolff e da Lacey ponevano le basi per il superamento del paradigma psicodinamico in medicina psicosomatica e allo stesso tempo aprivano il programma di ricerca sperimentale sulla specificità dei correlati fisiologici della reazione emozionale di cui diremo più avanti.

Il pensiero operativo e l'alessitimia

Il problema dell'espressione comportamentale delle emozioni fu dunque uno dei punti essenziali dell'evoluzione della psicosomatica dalla psicodinamica, ma anche il puntello teorico col quale alcuni medici tentarono, non senza gravi problematiche epistemologiche, di introdurre nello spazio rarefatto della psicanalisi gli oggetti e i processi concreti della regolazione fisiologica che la ricerca in biologia andava descrivendo con crescente ricchezza di dettaglio e precisione.

La questione dell'espressione comportamentale delle emozioni, sia pure riveduta in alcuni suoi aspetti metodologici, costituisce un problema fondamentale anche per gli approcci più biologistici della psicosomatica contemporanea. Tuttavia, ancora in tempi non troppo remoti dai nostri, si è tentato nuovamente di indagare tale questione dal punto di vista linguistico e simbolico. Nel 1963, ad esempio, Marty, de M'Uzan e David introdussero il concetto di «pensiero operativo» per indicare una presunta povertà immaginativa ed una scarsa attitudine alla simbolizzazione dei pazienti psicosomatici. Secondo i tre psicanalisti francesi, il malato psicosomatico è di solito una persona efficiente ed apparentemente ben adattata, estremamente concreta ed incapace di staccarsi col pensiero dal presente immediato. Tale incapacità di vivere, intendere e verbalizzare le proprie emozioni venne chiamata «alessitimia» da due di psichiatri dell'Università di Harvard, Peter Sifneos e John Nemiah (1970). Il termine significa letteralmente «incapacità di leggere le emozioni». Una caratteristica che, secondo gli autori, costringerebbe i pazienti psicosomatici a sviluppare un linguaggio del corpo abnorme e patogeno.

La crisi del modello psicodinamico per l'interpretazione delle malattie *ex emotione*

Sia il concetto di pensiero operativo che quello di alessitimia, com'era prevedibile dai presupposti sui quali erano stati concepiti, sono rimasti allo stato puramente descrittivo e teorico. La problematicità della spiegazione dell'idea di linguaggio somatico di conversione in una termini fisiologici rappresenta, infatti, l'elemento che ha determinato la crisi dell'impianto tradizionale della psicosomatica. La teoria del pensiero operativo e quelle ad essa collegate si sono rilevate inutili persino sul piano psicologico, quello dal quale erano state formulate. L'impossibilità di valutare in termini quantitativi standardizzati il grado di "alessitimia" ha, infatti, impedito che tale concetto avesse una valenza tangibile per la comprensione della psicologia del paziente psicosomatico.

D'altra parte, sul piano medico, l'apogeo raggiunto dalla psicosomatica nei primi anni '50, in massima parte dovuto allo sviluppo concettuale dell'idea di linguaggio somatico delle emozioni, non ha avuto alcun impatto sul trattamento e la prevenzione dei disturbi psicosomatici, tanto che il

sospetto con cui si guardava alla spiegazione psicogenetica di talune malattie divenne negli anni '60 aperto rifiuto. La malattia psicosomatica non esiste, si affermava decisamente, essa rappresenta l'illusorio tentativo di interpretare una condizione morbosa per la quale non è stata ancora trovata una spiegazione scientifica.

L'approccio psicodinamico alla psicosomatica, finalmente, va inaridendosi parallelamente alla crescente crisi del modello interpretativo della psicanalisi e alla progressiva riduzione di talune paradigmatiche patologie *ex emotione* alla fisiologia, alla genetica, alla biochimica alla spiegazione infettiva, è il caso ad esempio della tireotossicosi, dell'asma, dell'ipertensione essenziale e dell'ulcera gastrica.

Bibliografia

- Alexander, F.G., 1934. «Psychological factors in gastro-intestinal disturbances», *Psychoanal. Q.*, 3, pp. 501-35.
- Alexander, F.G., 1939. «Psychological aspects of medicine», *Psychosom. Med.*, 1, pp. 17-18.
- Alexander, F.G., 1950. *Psychosomatic medicine*, Norton, New York; trad. it., *Medicina psicosomatica*, Giunti-Barbèra, Firenze, 1951, l'edizione consultata è del 1968.
- Bahnsen, C.B., 1969. «Psychophysiological complementarity in malignancies: past work and future vistas», *Ann. New York Acad. Sci.*, 164, pp. 319-31.
- Bahnsen, C.B., 1980. «Stress and cancer, state of the art, Part I», *Psychosomatics*, 21, pp. 975-81.
- Bahnsen, C.B., 1981. «Stress and cancer, state of the art, Part II», *Psychosomatics*, 22, pp. 207-20.
- Cannon, W.B., 1927. «The James-Lange theory of emotion: a critical examination and an alternative theory», *Am. J. Psychol.*, 39, pp. 106-24.
- Charcot, J.M., 1890. "Leçons sur les maladies du système nerveux", in *Oeuvres complètes*, vol. III, Lecrosnierr & Bobi, Paris.
- Deutsch, F., 1924. «Zur Bildung des Konversionssymptoms», *Int. Zeitsch. Psychoanalyse*, 8, pp. 290-306.
- Dunbar, H.F., 1934. «Physical mental relationship in illness», *Am. J. Psychiat.*, 91(3), pp. 541-62.
- Dunbar, H.F., 1935. *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships*, Columbia University Press, New York.
- Dunbar, H.F., 1943. *Psychosomatic diagnosis*, Paul B. Hoeber, New York.
- Deutsch, F., 1953. *The psychosomatic concepts in psychoanalysis*, International University Press, New York.
- English, O.S., 1952. *Médecine psychosomatique*, Delachaux & Niestlé, Neunburg.
- Freud, S. 1894/1968. "Le neuropsicosi da difesa", in *Opere*, vol. 2, Boringhieri, Torino.
- Friedman, M., Rosenman, R. H. (1959). Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 169, pp. 1286-1295.
- Groddeck, G. 1917/1961. *Psychoanalytische Schriften Psychosomatik*, Limes, Wiesbaden.
- Hess, W.R., 1925. «Über die Wechselbeziehungen zwischen, psychischen un vegetativen Funktionen», *Schweizer Arch. Neurol. Psychiat.*, 16, pp. 36-55 e pp. 285-306.

- Heinroth, J.C., 1818. *Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung*, Vogel, Leipzig.
- Groos, F., 1824. «Über etwas nicht Mönchisches, sondern Sokratisches, was der Heilkunst Noth thut», *Z. Anthropol.*
- Lacey, J.I., Bateman, D.E., Van Lehn, R., 1953. «Autonomic response specificity», *Psychosomatic Medicine*, 15, pp. 8-21.
- Maudsley, H., 1876. *The physiology of mind*, Macmillan, London.
- Nemiah, J.C., Sifneos, P.E., 1970. "Affects and fantasy in patients with psychosomatic disorders", in Hill, O., ed., *Modern trends in psychosomatic medicine*, Butterworth, London.
- Wolff, H.G., 1950. Life stress and bodily disease: a formulation, in *Life stress and bodily disease*, a cura di H.G. Wolff, S. Wolf, C.E. Hare, Willimas & Wilkins, Baltimore.