

Centro italiano di ipnosi clinico sperimentale e
Istituto Franco Grانونe - C.I.I.C.S.

DIRETTORE SCIENTIFICO: Gen. Med. Prof. Dott. Antonio Maria Lapenta

L'IPNOSI CLINICA QUALE TRATTAMENTO ELETTIVO DELLE PSICOSOMATOSI

RELATRICE:
Nunzia GIORDANO, Didatta C.I.I.C.S.

CANDIDATO:
Francesco MALVASI

Anno Accademico 2017

in memoria di Franco Granone,
padre dell' Ipnosi Medica e Scientifica italiana ed europea

(α 18.IX.1911 - Ω 21.X.2000)

Piccola nota biografica sul nostro Fondatore

Nato in Sicilia, nell'Isola di Favignana dell'Arcipelago delle Egadi, trasferito a Bologna con la famiglia, qui compie gli studi superiori e si laurea in Medicina e Chirurgia con lode e dignità di stampa nel 1935. Si specializza con lode in Malattie Nervose e Mentali nel 1938 e a Torino consegue la libera docenza nella stessa disciplina nel 1943. I cattedratici di Torino, pur stimandolo, ne bloccano l'attività e la ricerca in Ipnosi. Molto caparbiamente, abbandona l'Università, concorre e vince un primariato ospedaliero a Vercelli. Qui, nel 1951, può aprire il primo *Centro per la disassuefazione di alcolisti e drogati* con l'ausilio dell'Ipnosi e nel 1965 il *Centro per gli studi della Ipnosi con intendimenti clinico - sperimentali*.

Dopo la guerra può appoggiarsi, soprattutto per l'attività didattica, all'Università Cattolica di Milano dove riporta i risultati della sua vasta sperimentazione nei vari campi dell'Ipnosi Medica svolta nella divisione neurologica di cui era primario, divulgata dapprima in saggi pubblicati su varie riviste e raccolta poi nel volume "*L'Ipnosi come fenomeno biologico, mezzo di indagine e strumento terapeutico*" (Boringhieri, Torino, 1962) che diviene nei successivi ampliamenti e rielaborazioni il monumentale "*Trattato di Ipnosi*" (1972, 1976, 1979, 1983 con lo stesso editore) le prime tre edizioni con il sottotitolo *Sofrologia*. L'ultima edizione, la sesta, in due volumi, è comparsa per i tipi UTET nel 1989.

Il Trattato, pur basato essenzialmente su apporti sperimentali e clinici personali, è stato dal 1972 il testo più completo al mondo.

La sua fama si estende oltre i confini: nel 1966 l'American Society of Clinical Hypnosis, fondata da Milton H. Erickson, lo nomina Honorary Fellow. Nel 1967 l'International Society of Clinical and Experimental Hypnosis lo invita a dirigere la sezione italiana dell'ISCEH (che abbandonerà poi per la faciloneria nell'accettare associazioni di scarsa serietà). Nel 1970 la Sociedade Brasileira de Hipnose Medica gli offre il diploma di Socio Honorario. Nel 1973 esce la traduzione in lingua spagnola del suo Trattato ("*Tratado de Hipnosis - Sofrologia*", Editorial Científico-Médica di Barcellona), adottato come testo basilare in America Latina.

Partecipa come membro del comitato d'onore nei congressi nazionali ed internazionali di Ipnosi ed organizza Simposi mondiali.

Con il Prof. Franco Granone l'insegnamento dell'Ipnosi Medica entra ufficialmente in una università italiana e per di più cattolica. Tiene infatti corsi di Ipnosi non solo presso l'Ospedale Generale Sant'Andrea di Vercelli, dove porta avanti la sua intensa attività di ricerca, affiancato da un nutrito e crescente numero di allievi provenienti da tutte le parti d'Italia, ma anche presso l'Università Cattolica di Milano e il Centro Culturale della Mendola.

Nel 1973, all'Università di Torino, la Scuola di Specializzazione in Psichiatria gli affida l'incarico dell'insegnamento di "*Psichiatria in rapporto con la patologia internistica*" ovvero "*Teorie e modelli dell'intervento psicoterapeutico*", perifrasi per evitare termini ancora tabù quali "Ipnosi" e "Medicina Psicosomatica". Se oggi il problema è superato, anche nelle università italiane più conservatrici, gran parte del merito è suo.

Si batte alacramente per la "regolamentazione legale delle pratiche ipnotiche" contro l'uso incontrollato e indiscriminato da parte di persone non qualificate (cioè non-medici o non-psicologi) sia negli spettacoli teatrali che in psicoterapia.

Nel 1965 fonda e dirige la *Rassegna di Psicoterapie ed Ipnosi* che con qualche vicissitudine e piccole varianti nel titolo è stata portavoce degli sviluppi e aggiornamenti della materia, palestra aperta alla sperimentazione di docenti ed ex-allievi della sua Scuola.

Nel 1996 una caduta accidentale con frattura di vertebra non subito individuata provoca serie complicanze che lo costringono a ritirarsi e ne causeranno la morte.

Lascia, sua creatura viva per merito dei suoi allievi, il *Centro Italiano di Ipnosi Clinica e Sperimentale (C.I.I.C.S.)*, da qualche anno ribattezzato "ISTITUTO FRANCO GRANONE – C.I.I.C.S." la cui Direzione Scientifica è stata da Granone stesso affidata al Prof. Antonio Maria Lapenta e, la Vice Direzione, al Dott. Massimo Somma. E' Istituto affiliato e riconosciuto sia dall'ISH che dall'ESH.

Caro Professor Granone, nel Paradiso in cui oggi si trova, spero possa udire la nostra voce: *grazie di esserci stato. La strada che Lei ci ha aperto senza di Lei sarebbe stata inaccessibile. La sua Scuola non è una scuola come le altre; Lei ha saputo dar forma ad una vera famiglia eterogenea di studiosi.*

PROEMIO

Nel suo *Liber fabularum*, il mitografo Igino, un autore latino del secondo secolo dopo Cristo, tramanda un racconto che merita di essere qui riportato per intero:

«Cura, nell'attraversare un fiume, vide del fango argilloso, lo raccolse pensosa e cominciò a modellare un uomo; mentre stava osservando ciò che aveva fatto, arrivò Giove. Cura gli chiese di dar vita alla statua e Giove la esaudì senza difficoltà; ma quando Cura volle dargli il proprio nome, Giove glielo proibì e rispose che voleva dargli il suo. Mentre Giove e Cura discutevano sul nome, intervenne anche la Terra, dicendo che la creatura doveva avere il suo nome, poiché era stata lei a dargli corpo. Elessero così a giudice Saturno, che a quanto pare, diede un parere equo: " Tu, Giove, perché gli hai donato la vita [...] ne riceverai il corpo. Cura, poiché per prima lo ha modellato, lo posseda finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami UOMO, poiché è fatto di *humus*».

La favola di Igino, anche se legata alla cultura e alla lingua latina, ha avuto riprese significative in epoca moderna, da Herder a Goethe, e fu ripresa in *Essere e Tempo* da Heidegger, surclassando implicitamente, a mio modo di vedere, il paradigma utilitarista nella relazione di cura e consentendo, invece, di ripensare il senso e il valore dell'atto del curare. Emerge, qui, l'idea che la cura è, in un certo senso, il punto di contatto enigmatico e non strumentale fra divino e umano, in una visione olistica e polisemantica: cura necessaria per continuare a vivere; cura necessaria all'esistere per dare corpo alla tensione alla trascendenza e nutrire l'esser-ci di senso; cura che ripara l'essere sia materiale che spirituale quando il corpo o la psiche si ammalano.

L'opera di Franco Granone e quella dei suoi epigoni è un *tertium quid*, frutto di un'autentica comunicazione che conferisce un'impronta etica al loro modus operandi inimitabile e inconfondibile.

Al pioniere dello studio sistematico e scientifico dell'Ipnosi Clinica e ai suoi diretti allievi, oggi miei Didatti dell'Istituto Franco Granone – C.I.I.C.S. , di ognuno dei quali ho potuto saggiare serietà e consolidata competenza scientifica è dedicato questo mio lavoro.

Francesco

*È più importante sapere che tipo di persona
ha una malattia piuttosto che sapere che tipo
di malattia ha una persona.*

Ippocrate di Kos

INTRODUZIONE

La prevalenza di pazienti che soffrono di sintomi somatici, spesso cronici, di cui però non si riescono a trovare plausibili cause mediche è molto alta negli ambulatori di Medicina Generale. Si stima, infatti, che da un terzo alla metà dei soggetti afferenti alla Medicina di Base siano pazienti con *medically unexplained symptoms* (MUS) (Kroenke, 2003) e che circa il 40% abbia sindromi psichiatriche non riconosciute o disturbi clinici o subclinici (Anseau et al., 2004).

In un *survey* inglese di popolazione è stato riscontrato che i pazienti che usano frequentemente le strutture ambulatoriali ospedaliere dopo il primo ricovero presentano nel 97% dei casi uno o più episodi MUS in tutte le specializzazioni mediche, soprattutto in gastroenterologia e neurologia in cui si registra il 50% di prevalenza di MUS fra tutte le richieste di consultazione (Reid et al., 2001). In una *review* su alcune patologie croniche (diabete, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva, artrosi, cardiomiopatia dilatativa congestizia, artrite reumatoide), è stato riscontrato un rapporto dose-risposta in associazione ad ansia e depressione, per cui i pazienti affetti da patologie croniche e con comorbidità psicopatologica accusano maggiori sintomi fisici rispetto ai pazienti con le stesse patologie mediche ma senza psicopatologia (Katon et al., 2007).

Un esempio importante del ruolo tanto clinico quanto sociale dell'associazione fra aspetti psicologici e malattie mediche è senza dubbio il rapporto fra depressione e patologie cardiovascolari, due fra i disturbi più diffusi nel mondo occidentale. I pazienti che sviluppano depressione dopo l'infarto hanno, rispetto agli altri pazienti infartuati, un rischio più elevato di avere ulteriori episodi infartuali nel tempo ma, soprattutto, un rischio da 2 a 2.5 volte maggiore di mortalità cardiaca sia nel breve che nel lungo periodo, indipendentemente dagli altri fattori di rischio. Le ragioni di questo intimo legame fra depressione e patologie cardiovascolari sono tante e chiamano in causa meccanismi multipli e complessi, come fattori biologici (ipertensione, ipercolesterolemia, dislipidemia, sedimentazione di placche nelle arterie, processi infiammatori, bassa variabilità del battito cardiaco, tossicità cardiaca di alcuni antidepressivi), stile di vita (fumo, consumo di alcol, scarsa attività fisica, obesità) e comportamento di malattia (scarsa aderenza al trattamento, scarsa attenzione per le proprie condizioni di salute).

Una considerazione più ampia del concetto di malattia, necessaria a causa dell'accumularsi di evidenze empiriche in questa direzione, implica un ripensamento tanto della Medicina quanto della Psicologia in un'ottica di integrazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali clinicamente significative nel determinare l'espressione della patologia somatica. Si tratta di una prospettiva che in psicosomatica è stata chiaramente delineata quarant'anni fa da George Engel (1977) con la proposta del *modello biopsicosociale*, ma che ancora stenta ad essere tradotta in strumenti operativi dell'azione clinica. La tendenza generale, purtroppo, almeno in Italia, è quella di considerare la Psicosomatica come una disciplina iperspecialistica più che di integrazione.

In questa breve dissertazione tratteggerò con dovizia di particolari origini, autori, concetti e recenti sviluppi della Psicosomatica Clinica. Passerò, poi, a rimarcare i concetti condivisi dalla comunità scientifica nazionale ed internazionale sull'Ipnosi Clinica come trattamento elettivo nelle Psicosomatosi, fornendo anche una piccola casistica personale.

1. LA PSICOSOMATICA DALLE ORIGINI AI NOSTRI GIORNI

È comunemente accettato che il funzionamento psichico e somatico siano strettamente interrelati. Nonostante tale evidenza, la Medicina ha privilegiato lo studio del corpo, la Filosofia e la Psicologia si sono invece focalizzate sull'attività mentale. L'origine di questa dicotomia è propria della cultura occidentale. Dalla filosofia greca antica alle neuroscienze contemporanee, le diverse teorie nel pensiero occidentale hanno tentato di comprendere variamente la relazione fra il corpo e le diverse manifestazioni della vita extrasomatica, la quale ha ricevuto etichette differenti a seconda delle varie epoche storiche: umori, anima, psiche, mente, personalità. Il concetto ionico di *physis* nella filosofia greca comprendeva sia gli aspetti somatici sia quelli psicologici come due risvolti della stessa sostanza, visti da prospettive diverse. **Ippocrate di Kos** (V secolo a.C.) riteneva che il sangue fosse uno dei quattro umori fondamentali, insieme a flegma, bile nera e bile gialla, che determinano la salute quando si trovano in equilibrio reciproco e, di contro, la malattia se squilibrati. Il sangue ha per Ippocrate un'attività, una vita che trascende l'attuale concezione materialistica di questo elemento: vive – fluisce all'interno del corpo e si mescola con gli altri umori – grazie all'aria che l'uomo respira. Insieme, sangue e aria, vivificano il corpo e il cervello determinando non solo la qualità della salute fisica ma anche la chiarezza del pensiero. Gli elementi della dottrina caratterologica di Ippocrate corrispondono ad altrettanti elementi indicati da **Empedocle**: il *sangue* corrisponde all'aria calda e umida e determina il temperamento sanguigno; il *flegma* corrisponde all'acqua fredda e umida e determina il temperamento flegmatico; la *bile nera* corrisponde alla terra fredda e secca e determina il comportamento melanconico; la *bile gialla* corrisponde al fuoco caldo e secco e determina il comportamento collerico. Il temperamento dell'individuo si svilupperà in base al prevalere di uno di questi quattro umori.

Mentre i filosofi presocratici hanno cercato di cogliere l'unità mente-corpo, **Platone** ha posto al centro della sua riflessione filosofica la separazione tra il mondo delle Idee e quello della materia informe. Il corpo, inteso come oggetto esteso percepibile con i sensi è stato, quindi, contrapposto all'anima. Platone, erede delle antiche religioni misteriche iniziatiche e delle concezioni orfico-pitagoriche, considera il corpo come il carcere o la tomba dell'anima

nel corso delle reincarnazioni. L'anima dell'uomo, invece, ha in sé un principio divino e vive nel corpo come in un mondo non suo. **Aristotele** (384-322 a.C.) prende decisamente le distanze dal dualismo platonico, considerando il corpo e l'anima come aspetti di un'unica sostanza individuale, unità di materia (potenza) e forma (atto); l'anima è la forma o atto del corpo e il corpo, in quanto materia o potenzialità, serve all'anima come strumento. L'intelletto assume un ruolo particolare e viene suddiviso in *attivo* e *passivo*. Il primo rappresenta la materia (potenzialità) ed è collegato alle percezioni dell'anima sensitiva, il secondo esprime la forma (attualità): è il principio che tutto produce per l'attività del conoscere, non è indissolubilmente legato al corpo e, pertanto, sopravvive alla morte. La dottrina del corpo come strumento dell'anima è stato ripreso da **San Tommaso d'Aquino** e dalla **Scolastica medievale**: San Tommaso, nella sua opera *Summa Theologiae*, sottolinea come il fine prossimo del corpo dell'uomo sia l'anima razionale e le operazioni da essa compiute. Egli cerca di conciliare il dogma cristiano con le teorie aristoteliche sostenendo che per l'anima è innaturale rimanere separata dal corpo. Anche **Plotino** aderisce alla dottrina del corpo come strumento dell'anima. Nelle *Enneadi* descrive l'allontanamento da e il ritorno all'Uno, definito da Plotino come Bene, unità assoluta e pienezza. L'Uno emana l'intelletto (*Nous*), rappresenta la sfera delle Idee ed è la forma più alta dell'essere. Il maturare dell'intelletto genera l'anima, come sua immagine ed "effetto", che collega la sfera intellettiva con quella materiale. L'anima del mondo penetra, modella, vivifica il cosmo e racchiude in sé le anime individuali, che si legano alla materia e danno origine al mondo sensibile. Plotino considera l'intero universo materiale, compreso il corpo umano, l'ultimo grado nella scala delle emanazioni dell'Uno. L'anima può liberarsi già nella vita terrena dal corpo attraverso l'estasi o l'unione mistica con l'Uno.

In età moderna, **Cartesio**, con la sua distinzione tra *res cogitans* e *res extensa*, ha posto le basi per una netta separazione tra mente e corpo, tra pensiero e materia, aprendo la strada a riflessioni destinate ad accompagnare tutto il pensiero contemporaneo. Per Cartesio, tutta la realtà fisica è composta di materia omogenea e misurabile: la *res extensa* rappresenta la sfera della materialità, in cui regnano leggi puramente meccaniche; la *res cogitans* è, invece, il mondo immateriale del pensiero. In tale concezione l'uomo assume

una posizione del tutto speciale in quanto luogo in cui si incontrano i due tipi di sostanze: può essere concepito come una macchina, un automa. Si viene così a determinare il dualismo mente-corpo, modello fondamentale del sistema cartesiano, che è alla base della tendenza riduzionistica e meccanicistica diffusa nel pensiero occidentale.

Le accese dispute che vedono da una parte coloro che, sulla scia delle scoperte del XIX secolo (Virchow, Pasteur e altri), rivendicano al medico lo studio del corpo e dall'altra coloro che, affascinati dalla teoria freudiana, considerano anche la mente come parte integrante dell'individualità del paziente, vedono negli anni a venire una progressiva attenuazione man mano che si realizzano nuove scoperte. **Sherrington** dimostra che il semplice arco riflesso è soggetto a continue alterazioni a opera dell'influenza cognitiva del SNC e definisce l'*emozione* come il punto di incontro della fisiologia e della psicologia.

È interessante notare come le neuroscienze, oggi, abbiano recuperato il concetto ippocratico di interconnessione somatico-mentale. Per esempio, secondo il *dual-aspect monism* (**Jaak Panksepp**, 2005) l'essere umano non è né un essere fisico né un essere mentale ma è costituito di una stessa sostanza (da cui il termine *monismo*) che viene però percepita in due modalità differenti (da cui l'aspetto *duale*): la mente viene considerata come proprietà emergente del cervello. Mente e cervello sono fatti della stessa sostanza e debbono essere visti come due aspetti della stessa moneta neurale. Per "proprietà emergente" si intende una o più caratteristiche che si verificano ad un livello più elevato di complessità di un sistema e che non possono essere predette dal livello inferiore. La mente è la proprietà emergente dell'interazione di migliaia di neuroni ma è fatta di elementi (pensieri, emozioni, ricordi, ecc.) che non esistono al livello inferiore delle cellule neurali. La difficoltà di considerare cartesianamente mente e corpo come entità separate la si ritrova anche nel linguaggio quotidiano. Parlo della "mia mente" allo stesso modo in cui dico "il mio corpo", come se la mente fosse una "cosa" al pari del corpo. Allo stesso modo, usiamo l'espressione "ho la testa piena", come se la mente fosse un contenitore fisico che può riempirsi e non accettare ulteriori contenuti. Ma mentre il corpo è un oggetto fisico, tridimensionale, la mente non è una "cosa", non ha sostanza materiale, non occupa spazio, non ha dimensioni, forma, peso. Eppure esiste. Nel mio giardino ho un albero di limoni. Se

assaggio un limone acerbo, inizio subito a salivare. Il limone esiste davvero? Ovviamente non nel senso dell'oggetto fisico appartenente al mondo materiale, bensì nel senso mentale: è reale nel mondo interno delle rappresentazioni. E ciò che è reale nella mente diviene reale nel corpo, essendo l'esperienza somatica l'insieme delle sensazioni e delle rappresentazioni interne di quanto accade nel corpo o, per dirla con **Antonio Damasio** (1999), *the feeling of what happens*.

La Psicosomatica Clinica è la disciplina scientifica che ha come scopo l'indagine delle cause e degli effetti delle complesse relazioni mente-corpo in ambito clinico. Si ritiene che il termine "psicosomatica" sia stato introdotto all'inizio del XIX secolo dallo psichiatra tedesco **Johann Christian August Heinroth** (1818). Nel 1882 **M. Jacobi** proponeva la dizione "*somatopsichico*" per indicare, originariamente in maniera letterale, qualcosa che apparteneva sia alla mente sia al corpo. Tuttavia, la prima fase della medicina psicosomatica moderna si colloca nella prima metà del '900, in special modo nel vigoroso periodo degli anni Trenta-Cinquanta, quando si diffuse l'ipotesi psicogenetica secondo cui le malattie fisiche potevano essere determinate da costellazioni specifiche di personalità. Nei primi decenni del Novecento, la Psicoanalisi freudiana costituiva senza dubbio il primo e influente tentativo di collocare la psicologia clinica su basi scientifiche più rigorose. Le prime teorie psicosomatiche applicarono quindi i concetti basilari della Psicoanalisi alla Medicina. La Psicosomatica analitica si è certamente diversificata da **Freud** ai giorni nostri, fermo restando che i pionieri della psicosomatica moderna furono principalmente psicoanalisti: **G. Groddeck**, medico non psicoanalista contemporaneo di Freud, con il quale l'analista viennese aveva uno scambio epistolare e dal quale prendeva in prestito il termine "Id", ha osservato per primo (1917) che esiste certamente nel malato un vero e proprio "simbolismo", un "linguaggio d'organo". La nozione di conversione pregenitale – la problematica non è né edipica come nell'isteria tipica, ma più arcaica, anale od orale - viene utilizzata anche da **Otto Fenichel** (insieme ad altri) che, in maniera relativamente sfumata, la prende in considerazione a proposito di malattie come l'asma e le emicranie.

Poco dopo, autori fondamentali come **Flanders Dunbar** e **Franz Alexander** (1950; Alexander et al. 1968) pongono l'accento sul ruolo del SNA e ormonale nel mediare le disfunzioni viscerali. Essi adottarono i principi

della corrente psicoanalitica maggiormente dominante negli Stati Uniti a metà Novecento: la Psicologia dell'IO, mutuando dal pensiero freudiano l'ipotesi di base della formazione dei sintomi nevrotici, secondo la quale i conflitti inconsci generano stati cronici di attivazione emozionale che possono avere un nesso diretto e causale con i disturbi somatici (modello della *conversione isterica*) o influenzare indirettamente l'attività del sistema neurovegetativo, che può condurre a vere e proprie alterazioni patologiche dei tessuti e degli organi (modello degli *equivalenti somatici*). Sorvolando sulle differenze fra i vari autori, l'atteggiamento generale fu di assumere il conflitto intrapsichico come nucleo centrale dei disturbi psicosomatici e, sulla base del tipo di conflitto e delle costellazioni difensive a esso relative, vennero anche individuate alcune patologie che non erano spiegate dalla medicina dell'epoca. Si tratta delle *sette classiche malattie psicosomatiche (Holy Seven)* che ancora oggi vengono ritenute psicosomatiche o malattie da stress, sia da parte dei medici di Medicina Generale, sia dalla opinione pubblica: ulcera peptica, rettocolite ulcerosa, asma bronchiale, ipertensione essenziale, disturbi della regolazione tiroidea, neurodermatiti e artrite reumatoide. Il *conflict-based paradigm* della psicoanalisi sedusse rapidamente ricercatori e clinici. Nel giro di qualche anno, negli USA esplose il fenomeno della Medicina Psicosomatica. Nel 1939 venne fondata la rivista *Psychosomatic Medicine*, che diventò l'organo ufficiale dell'American Psychosomatic Society (APS) fondata qualche anno dopo, nel 1942, e che è ancor oggi la più prestigiosa rivista di psicosomatica del mondo (vedi il sito Internet www.psycosomatic.org). Undici dei primi sedici presidenti dell'APS dal 1942 al 1958 furono psicoanalisti.

Franz Alexander, psicoanalista ungherese emigrato a Chicago, elabora la sua teoria intorno al 1932. In generale, egli pone in contrapposizione sul piano corporeo la *patologia della vita di relazione* (muscolatura striata a innervazione volontaria, sensibilità, sensorialità e coscienza, che si prestano per definizione all'espressione e al linguaggio eventuale della conversione isterica) alla *patologia della vita vegetativa* (muscolatura liscia, che non reagisce come la precedente a pensieri rimossi precisi, ma a tonalità affettive generali).

Da qui, osserva Alexander, l'aspetto impersonale dell'espressione somatica nella patologia psicosomatica: turbe funzionali delle "nevrosi d'organo" e turbe organiche psicogene. Le turbe della funzionalità viscerale, rileva tuttavia, contrariamente ai sintomi di conversione, non alleviano

affatto le tensioni affettive. Nei suoi lavori identifica schemi di conflitto limitati, caratteristici di talune malattie, e quindi fa appello alla nozione di *conflitti specifici*. Secondo la sua ipotesi, esistono due tipi di malattie psicosomatiche: una è espressione del fatto che tendenze ostili, aggressive, sono bloccate e non si possono tradurre nel relativo comportamento manifesto; l'altra è espressione del blocco nel soggetto di tendenze alla dipendenza e alla ricerca di appoggio. Come conseguenza di queste due situazioni, le risposte viscerali croniche che fanno intervenire il SNA e le regolazioni neuroendocrine sfociano allora in turbe della funzionalità viscerale, che diventano malattie psicosomatiche. Ad es., nell'ipertensione arteriosa essenziale si ha una inibizione della libera espressione di risentimento nei confronti di altre persone, a causa del desiderio di essere amati; l'ulceroso si obbliga ad essere attivo, non permettendosi di esprimere i suoi bisogni di dipendenza. Secondo Alexander, tuttavia, l'esistenza di uno schema affettivo conflittuale caratteristico non è sufficiente a giustificare la comparsa della malattia. Occorrono altri due fattori:

- una *vulnerabilità organica* costituzionale o acquisita: la chiama *fattore X*;
- una *situazione scatenante*, detta anche *situazione di vita*, che mette in gioco il conflitto essenziale del soggetto. La ricerca di un conflitto nodale dinamico al quale il terapeuta deve attenersi si giustifica nella prospettiva di un trattamento mediante psicoterapia breve, fra cui spicca l'ipnositerapia.

Questo clima culturale generale si riflette subito nel DSM-I (1952) in cui *tutti* i disturbi mentali (eccezion fatta per quelli su base neurologica) sono denotati come "reazioni", incluse le psicosi. Alexander, tra il 1947 e il 1950, era fra i membri del comitato che formulò il DSM-I, in cui i disturbi psicosomatici erano classificati a metà strada fra le reazioni psicotiche e quelle nevrotiche e definiti "Disturbi psicofisiologici viscerali e autonomici" i cui sintomi erano visti come stati cronicamente elevati della normale espressione fisiologica delle emozioni il cui contenuto rappresentativo (gli *affetti*) era stato rimosso. Il DSM-II (1968), confermò nella sostanza l'impianto del precedente, abbreviando il nome della rubrica in "Disturbi psicofisiologici".

Man mano che cominciavano ad apparire le traduzioni degli Autori americani di opere sia psicoanalitiche che di psicosomatica, secondo i ritmi dettati dalle politiche editoriali ma, soprattutto, dai contatti dei primi pionieri europei con la realtà d'oltreoceano, anche in Europa i clinici incominciarono

ad interessarsi di malattie psicosomatiche. Va detto, però, che in Francia è da sempre esistita una tradizione psicosomatica di area psicoanalitica e che ha generato la c.d. “scuola psicosomatica francese” la cui espressione più eclatante è il centro clinico del famoso Institut de Psychosomatique (IPSO) fondato da **Pierre Marty** e **Michel de M’Uzan** – l’ex Hôpital de la Poterne des Peupliers di Parigi fondato nel 1968, oggi rinominato Hôpital Pierre Marty in onore del suo fondatore, deceduto nel 1993 – che garantisce ancor oggi il trattamento dei pazienti affetti da psicosomatosi totalmente coperto dal servizio sanitario pubblico. In Germania la psicosomatica si è sviluppata nei primi decenni del Novecento – esempio forse unico al mondo – non a opera di psicoanalisti o di psichiatri ma grazie a Medici Internisti come **Viktor von Weizsäcker** e **Thure von Uexküll** che, con **Alexander Mitscherlich**, fondarono la “Scuola di Heidelberg”, facendo proseliti illustri fra cui **Helmut Thomä di Ulm** e **Johannes Cremerius** al quale dobbiamo l’apertura di un reparto di medicina psicosomatica presso il Policlinico di Monaco. In Italia c’è stato un movimento di interesse per la psicosomatica attorno alla metà del Novecento. Nel 1956 venne fondata da **Ferruccio Antonelli** (deceduto nel 2000), insieme ad altri studiosi italiani e a **Franz Alexander**, la rivista *Medicina Psicosomatica*, prima rivista di psicosomatica in Europa, che è a tutt’oggi molto attiva (la direzione è affidata a Massimo Biondi). Nel 1966 Antonelli e altri pionieri, fondarono a Roma la Società Italiana di Medicina Psicosomatica (SIMP).

Il DSM-III (1980) modifica radicalmente lo schema concettuale della diagnosi psichiatrica e i disturbi psicosomatici sono distribuiti fra i “Disturbi somatoformi” e i “Fattori psicologici che influenzano una condizione fisica”. Tale impostazione è riconfermata nel DSM-IV (1994) in cui la seconda rubrica è spostata nelle “Altre condizioni oggetto di attenzione clinica”. Il DSM-5 (2015) si propone come ateorico: non si basa su nessun tipo di approccio teorico, né psicoanalitico, né comportamentista, né cognitivista, ecc. Qui le psicosomatosi sono raggruppate sotto la dicitura “Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati”. Questo è il nuovo nome dei disturbi somatoformi.

Cos’è la Psicosomatica oggi? La situazione è molto cambiata dagli anni Settanta in poi. Anzitutto, la nozione originaria di psicogenesi è stata definitivamente abbandonata e i modelli teorici lineari di causalità hanno cominciato ad essere sostituiti da modelli circolari e complessi. Inoltre, il

paradigma originario della psicoanalisi applicato in Psicologia e Medicina è stato sempre più messo in secondo piano a favore di un paradigma basato sul *deficit evolutivo* e di modelli teorici più integrati con il cognitivismo, con una rivalutazione sempre crescente della Teoria dell'Attaccamento di **John Bowlby**.

Al di fuori del campo della psicoanalisi ci sono stati contributi epocali per lo sviluppo di una moderna concezione della psicosomatica. L'internista e psicoanalista, ma non psichiatra, **George Engel** (Engel, 1977; 1980) elabora il *modello biopsicosociale* di malattia, per il quale la malattia è concepita come il risultato di una interazione multifattoriale di sistemi a vari livelli dell'essere umano: cellulare, tissutale, organistico, interpersonale e ambientale. Se qualsiasi malattia viene vista in quest'ottica, comprendere la sua origine non significa trovare *la causa primaria* ma valutare il *contributo* e il *peso relativo* di ciascun fattore e ciascun sistema nel co-determinare l'esito finale.

Oggi possiamo affermare che non esiste *la* medicina psicosomatica ma ci sono *tante medicine psicosomatiche* quanti sono i modelli ancillari di funzionamento psicosomatico che derivano dalle rispettive principali teorie psicologiche o di personalità. All'interno di ciascun modello psicosomatico poi, vi è una pluralità di teorie locali sull'interesse tra mente e funzioni fisiologiche in determinati disturbi (per es., patologie cardiovascolari, sindrome del colon irritabile ecc.). Inoltre, vi sono molte discipline sorte all'intersezione di campi sovrapposti in:

- Medicina (psiconeuroendocrinoimmunologia o PNEI, uso di farmaci psicotropi in medicina per il trattamento della comorbilità psichiatrica);
- Psicologia (psicologia della salute, medicina comportamentale, qualità di vita, trattamento del comportamento disadattivo di malattia, stili di personalità);
- Segmenti di pratica clinica (psichiatria di consultazione, psiconcologia).

La Psicosomatica, oggi, è approccio globale al paziente e alla malattia, e comprende la valutazione dei fattori psicosociali nell'influenzare la vulnerabilità individuale, il decorso e l'esito di ogni tipo di malattia; la considerazione olistica (biopsicosociale) del paziente nella pratica clinica; l'applicazione di terapie psicologiche nella prevenzione, nel trattamento e nella riabilitazione delle malattie. Aspetti che approfondiremo più avanti.

2. IL PARADOSSO DEL RAPPORTO MENTE-CORPO

Definire la Psicosomatica potrebbe sembrare molto semplice, a prima vista: è lo studio delle interazioni fra mente e corpo (o psiche e soma). Ma vi sono alcuni aspetti paradossali. A livello logico, la base di partenza sembra addirittura banale; nell'essere umano, è corporeo ciò che è fisico – e quindi non è mentale – e, viceversa, è mentale ciò che non è corporeo. Tuttavia, **Ignacio Matte Blanco** (in Pancheri, 1984), sottolinea come non si riesca a fare a meno di uno dei due concetti quando si deve definire l'altro. Per avere la percezione (evento fisico-sensoriale) di un oggetto (materia) e la relativa rappresentazione mentale (evento psichico), abbiamo ovviamente bisogno della presenza fisica dell'oggetto. Eppure, perché ci sia l'esperienza soggettiva del toccare un oggetto, l'evento deve essere accompagnato dalla consapevolezza di aver toccato qualcosa. Per avere l'idea che sto toccando una penna, è necessario che ci sia la penna stessa ma è altresì necessario che io abbia la consapevolezza di stare toccando qualcosa, altrimenti questo "qualcosa" – pur esistendo nel mondo materiale esterno – non esisterebbe affatto per me a livello di esperienza individuale. A livello logico, siamo quindi, per dirla con Matte Blanco, nella "paradossale situazione che per avere ed esprimere l'esperienza di ciò che è somatico, corporeo o materiale abbiamo bisogno di impiegare qualcosa che è considerato materiale: l'esperienza psichica della percezione; e per avere comprensione di questa esperienza psichica facciamo uso dell'esperienza materiale o somatica" (Pancheri, 1984, pag. 3).

A livello epistemologico, è arcinota la questione del dualismo nel pensiero occidentale iniziata, come detto più sopra, già alle origini della filosofia greca e culminata nella formulazione teorica di Cartesio. Il dualismo ha comportato una connotazione "forte" nel nostro modo di pensare e di concepire la scienza, una sorta di *condizione di verità* del discorso scientifico, nel senso che la nostra idea di salute e di malattia è stata possibile a patto che gli enunciati scientifici fossero compresi all'interno di queste due categorie. Non dubitiamo che le due entità, fisico e psichico, interagiscano mediante determinate funzioni o addirittura grazie a un luogo preciso del cervello (come la ghiandola pineale cartesiana); siamo quasi intimamente convinti che i meccanismi che governano il corpo siano distinti da quelli che governano la

mente. Il dualismo è un orizzonte imprescindibile del nostro modo di pensare, tanto da rispuntare ogni volta che si tenta di salvaguardare le competenze professionali di medici da un lato e di psicologi dall'altro. Con questo non intendo dire che il dualismo sia necessariamente negativo: grazie ad esso si è sviluppata la medicina, è oggi possibile guarire da malattie che sarebbero state ancora mortali se affrontate in modo quasi "esoterico", e si è sviluppata la psicologia moderna basandosi giustamente sul presupposto che la psiche abbia modalità di funzionamento autonome da quelle biologiche.

Tuttavia, esiste un'area di fenomeni, clinici e non, per cui le categorie del dualismo non solo non ci aiutano a comprendere ma ostacolano la comprensione. A titolo esemplificativo, la causa principale di morte nel mondo è data da malattie cardiovascolari e oltre tre quarti di queste sono dovute alla combinazione di fumo, ipertensione e tassi elevati di colesterolo nel sangue (WHO, 2002). Possiamo concludere che le malattie cardiovascolari siano causate da problemi esclusivamente biologici?

O piuttosto che i maggiori fattori di rischio siano dovuti a modelli comportamentali (ossia psicologici) di assunzione di sostanze, stili di vita e alimentazione? Per definire una patologia organica – malattia coronarica – dobbiamo quindi necessariamente ricorrere ad un costrutto psicologico - stile di vita - e per definire il rischio di tale costrutto dobbiamo necessariamente ricorrere a meccanismi biologici – occlusione delle arterie - . Entrambi gli aspetti, fisico e psichico, sono necessari per indurre una modificazione psicosomatica.

2.1) I CONCETTI DI "MALATO", "RUOLO DI MALATO" E "COMPORTAMENTO DI MALATTIA"

Nella cultura anglosassone la differenziazione tra approccio biomedico e approccio psicosociale ai disturbi si riflette nel ricorso a vocaboli differenti per indicare il concetto di *malattia*. Il termine *disease* appartiene al dominio biomedico e descrive un disturbo fisiologico o mentale oggettivo a livello organico. I termini *illness* e *sickness* invece riguardano rispettivamente la dimensione soggettiva e sociale della malattia. *Illness* descrive la percezione soggettiva del proprio stato di salute o di malattia ed è definita come una consapevolezza psicologica di una disfunzione a livello personale. Un fatto è

avere una certa patologia, un altro fatto è “sentirsi malati” di quel disturbo. Due persone possono avere una stessa diagnosi, ma affrontare la condizione di infermità in modi diversi e il vissuto individuale di malattia, inoltre, può essere discordante dalle condizioni fisiche oggettive. *Sickness* introduce la dimensione sociale dello stato di malattia, uno stato di disfunzione sociale, un ruolo sociale assunto dall’individuo, che varia in base alle aspettative della società di appartenenza e che va oltre la prospettiva individuale per includere le relazioni con gli altri. Il sociologo americano **Talcott Parsons** (1951) ha coniato il termine *sick role*, ruolo di malato, per descrivere aspettative sociali, privilegi e obblighi attribuiti alle persone malate. L’assunzione del ruolo di malato prevede l’obbligo di impegnarsi per stare meglio, di rivolgersi ai servizi considerati dalla società come competenti per diagnosticare e curare la propria malattia e di collaborare con il medico o lo psicologo per aderire alle prescrizioni. Per quanto riguarda i privilegi, la persona malata è considerata bisognosa di cure, non responsabile della sua condizione e ha il diritto ad essere esonerata dai doveri e dalle responsabilità abituali, tenuto conto dell’età e della gravità della malattia. I concetti di *sickness* e di *sick role* servono dunque a discriminare lo stato individuale di malattia dalla posizione sociale riconosciuta ad una persona malata dalla sua società di appartenenza. Per *comportamento di malattia* si fa generalmente riferimento al modo in cui i sintomi possono essere differentemente percepiti, valutati, manifestati o nascosti da ogni essere umano. Il comportamento di malattia è espressione della tendenza più o meno pronunciata ad assumere il ruolo di malato, cioè a cercare l’aiuto del professionista sanitario per i propri sintomi, ed è influenzato da fattori personali, sociali e culturali interagenti fra loro. Non ha di per sé un significato patologico e si caratterizza per un’ampia variabilità interindividuale ed intraindividuale: può cambiare sia da un soggetto all’altro in risposta agli stessi sintomi, sia nella stessa persona in base alle situazioni in cui si trova o al tipo di malattia.

2.2 LA SOMATIZZAZIONE

In medicina generale si stima che tra il 10% e il 30% dei pazienti presenti sintomi somatici per i quali non è identificabile una spiegazione organica. Più del 20% delle visite specialistiche, inoltre, non giunge

all'individuazione di una diagnosi specifica (Reid et al., 2001). Sintomi fisici non riconducibili a patologie medico-internistiche né ad alterazioni tissutali ma che sono accompagnati da sintomi psicologici evidenti sono molto comuni nella popolazione generale. Per descrivere questi casi viene spesso impiegato il termine "somatizzazione". Sono state proposte diverse definizioni per la somatizzazione, accomunate dall'idea che i sintomi somatici non spiegabili da un disturbo medico siano l'espressione della sofferenza psicologica o dello stress (Baldoni, 2010). In realtà, è assolutamente normale che le nostre emozioni si manifestino a livello sia comportamentale (ad es., cambiamenti nella mimica del volto) sia somatico (ad es., aumento della frequenza cardiaca). Il sistema nervoso vegetativo o autonomo, in particolare, svolge un'azione di mediazione tra stimoli stressanti e risposta psicofisiologica. Il SNA è quella componente del sistema nervoso deputata alla regolazione di organi interni, ghiandole e vasi che controllano diverse funzioni, come la pressione arteriosa, la sudorazione, la temperatura corporea, la motilità e l'attività secretoria dell'apparato gastrointestinale, lo svuotamento della vescica urinaria. Il SNA è composto da due sezioni, simpatica (o ortosimpatica) e parasimpatica, che dal punto di vista anatomico si compongono di centri e vie di innervazione differenti e, dal punto di vista funzionale, esercitano azioni fisiologiche antagoniste sugli organi innervati (tachicardia-bradicardia; miosi-midriasi; vasocostrizione-vasodilatazione) (Pancheri, 1984).

Stress fisici o stati emozionali molto intensi provocano l'attivazione simultanea di più settori della sezione simpatica del SNA, portando in pochi secondi a cambiamenti fisiologici, tra i quali aumento della pressione arteriosa, della forza muscolare, della glicemia, del flusso ematico ai muscoli. Tale risposta adattiva dell'organismo per affrontare situazioni di pericolo è stata definita da **Cannon** (1929) "reazione di allarme" o "risposta di lotta o fuga", perché il soggetto decide immediatamente se rimanere e combattere oppure fuggire. Nella reazione di allarme le modificazioni operate dal SNA sono accompagnate dall'attivazione del sistema muscolo-scheletrico, con l'aumento del tono muscolare, e del SNC, con il miglioramento di capacità cognitive quali l'attenzione, la concentrazione e i tempi di reazione, detto *arousal*. La risposta neurovegetativa dell'organismo nelle situazioni stressanti

è fortemente influenzata dalla valutazione cognitiva individuale e dallo stile di *coping*.

Il termine *somatizzazione* è stato introdotto dallo psicoanalista **Steckel** (1943) per indicare un ipotetico processo attraverso il quale una nevrosi profondamente radicata poteva causare un disturbo somatico. **Lipowsky** (1988) definisce la somatizzazione come la "tendenza a provare e a comunicare sofferenza psicologica sotto forma di sintomi fisici e a cercare aiuto medico per questi " e identifica tre componenti della somatizzazione:

- 1) esperienziale: è la percezione soggettiva di sensazioni, cambiamenti o sintomi provenienti dal proprio corpo ed è conoscibile direttamente solo dal soggetto stesso.
- 2) cognitiva: riguarda l'interpretazione delle sensazioni somatiche come segno di una malattia grave e la presa di decisione sul da farsi rispetto ai sintomi.
- 3) comportamentale: consiste nella comunicazione verbale e non verbale della sofferenza fisica e le azioni messe in atto dalla persona

L'autore precisa che non basta la presenza di sintomi non attribuibili a un disturbo medico-internistico per parlare di somatizzazione: l'elemento che caratterizza il processo di somatizzazione è *l'interpretazione pessimistica* dei sintomi, come segno di una malattia, e la conseguente ricerca di visite e cure mediche. Distingue, inoltre, una somatizzazione *transitoria*, che è una modalità limitata nel tempo e non patologica di reagire ad una situazione stressante, da una somatizzazione *persistente*, la quale diventa oggetto di attenzione clinica per durata e intensità. I clinici non sono immuni da errori; a volte vengono attribuiti a un processo di somatizzazione i sintomi prodromici di una patologia non ancora diagnosticata, ad es. la sclerosi multipla o il lupus eritematoso sistemico. Altre volte non vengono riconosciuti i sintomi iatrogeni di un trattamento farmacologico oppure la somatizzazione non viene sufficientemente differenziata dalla produzione o simulazione intenzionale di segni o sintomi fisici per ottenere incentivi esterni (per es., vantaggi economici).

Il rischio di sviluppare somatizzazione in età adulta è significativamente aumentato nei soggetti che da bambini sono stati esposti alla presenza di dolore e di malattie fisiche nei loro familiari e sembrano coinvolti meccanismi

psicologici di identificazione e di modellamento con gli adulti significativi (Lipowski, 1988). Inoltre, la somministrazione di rinforzi durante episodi di malattia in infanzia sembra predisporre allo sviluppo di somatizzazioni. Pazienti con sindrome dell'intestino irritabile, ad es., riferiscono di aver ricevuto da bambini attenzioni quando erano malati in misura significativamente superiore rispetto ai soggetti di controllo, inclusi pazienti con ulcera peptica (**Whithead & Schuster**, 1985). Eventi stressanti precoci, come crescere con un padre mentalmente disturbato o alcolista, o subire abusi sessuali, sono associati ad un aumentato rischio di somatizzazione (**Reilly** et al., 1999; **Salmon** et al, 2003).

2.3) NOSOFOBIA, TANATOFOBIA E ANSIA PER LA SALUTE

La *Nosofobia* è definibile come una paura persistente e infondata di essere affetti da una malattia, con la persistenza del dubbio nonostante il sanitario abbia rassicurato il paziente dopo un esame clinico. E' caratterizzata da ansia, inibizione della rabbia e bassa tolleranza al dolore. La nosofobia può riguardare anche una patologia diagnosticata nel soggetto; in questo caso l'oggetto della paura spesso concerne il decorso, l'esito o le possibili complicanze della malattia. Se nell'ipocondria il soggetto teme di poter sviluppare vari disturbi fisici, la nosofobia si caratterizza per la paura di essere affetti da una malattia specifica. La qualità fobica delle paure fa sì che queste si manifestino in attacchi piuttosto che in preoccupazioni costanti, come invece avviene nell'ipocondria.

La *Tanatofobia* è descrivibile come una sensazione di morte imminente (*angor animi*) e/o la convinzione di morire presto. Essa non è, quindi, la comprensibile paura umana della morte, ma la sensazione o la convinzione di essere proprio sul punto di morire.

L'*Ansia per la salute* è tipica di quei soggetti che nonostante le rassicurazioni mediche o psicologiche, richiedono continuamente ripetuti controlli. Comporta una diminuzione della qualità di vita e costi sanitari elevati. La teoria della "percezione selettiva" di Kellner individua un circolo vizioso che collega sensazioni somatiche e preoccupazioni per la salute. Un evento stressante spesso porta a sintomi ansiosi o depressivi con alcuni sintomi somatici associati, che possono essere interpretati come segni di una

malattia in atto e diventare fonte di apprensione per la propria salute. Se, tuttavia, la convinzione di avere una malattia persiste, è probabile che la preoccupazione aumenti e che il soggetto focalizzi la propria attenzione sulle sensazioni somatiche tanto da amplificarle. L'aumento dei sintomi somatici, a sua volta, favorisce un ulteriore aggravamento della paura e delle convinzioni disfunzionali.

3. IL RUOLO DEGLI EVENTI DI VITA STRESSANTI

La parola *stress* è di frequente uso e il suo significato viene abitualmente fatto coincidere con quello di ritmi e stili di vita caotici dove il sovraccarico di stimolazioni e pressioni ambientali comportano un'usura e uno squilibrio psicofisico. Ad una osservazione più attenta, lo stress è un fenomeno che rientra nella più ampia relazione organismo-ambiente, in cui l'adattamento dell'organismo avviene attraverso l'attivazione di risposte fisiologiche che, solo in alcune condizioni possono avere esiti patologici. Fin dalla sua teorizzazione, il termine "stress" è stato utilizzato per indicare sia gli stimoli stressanti, sia le risposte psicofisiologiche a tali stimoli (Cannon, 1929; Selye, 1936). Nel 1929, **Walter Cannon** ha approfondito il concetto di "costanza dell'ambiente interno", introdotto dal fisiologo francese **Claude Bernard** (1865) che usò per primo il termine *omeostasi*. Con questo termine Cannon intendeva la presenza, all'interno dell'organismo, di un equilibrio dinamico tra i diversi sistemi fisiologici mantenuto da complesse reazioni biochimiche. Ogni cambiamento ambientale determina una serie di modificazioni fisiologiche il cui scopo è quello di ripristinare l'omeostasi. Egli è stato il primo a sottolineare che il processo evolutivo ha prodotto lo sviluppo di una relazione funzionale tra particolari emozioni e determinate reazioni fisiologiche, il cui scopo è l'aumento delle probabilità di successo nella lotta per la sopravvivenza. Per Cannon, se la paura sollecita l'istinto di correre e scappare, la rabbia sollecita l'istinto di attaccare, ed ha definito queste reazioni come risposta di "lotta o fuga". In seguito ad una minaccia, l'attivazione di tale risposta rende possibile all'organismo di mobilitare risorse fisiche ed ambientali per affrontare efficacemente la situazione. La teoria di Cannon è stata successivamente approfondita da **Hans Selye** (1936, 1956) il quale ha notato, nel corso di una serie di esperimenti condotti su animali di laboratorio, la tendenza di tutti gli animali a reagire allo stesso modo alla somministrazione di stimoli nocivi differenti. La risposta degli animali agli stimoli, aspecifica e indipendente dalle caratteristiche dello *stressor* è stata definita da Selye "stress". L'insieme di tutte le reazioni fisiologiche derivanti dall'attivazione dell'asse *ipotalamo-ipofisi-surrene*, dall'asse *ipotalamo-ipofisi-tiroide* e l'asse *ipotalamo-ipofisi-gonadi*, in seguito

all'esposizione ad uno stimolo stressante, è stata invece da lui definita "sindrome generale di adattamento". Consta di tre fasi:

1) allarme: l'individuo esperisce una minaccia reale o immaginata e viene attivata la risposta di lotta o fuga. Lo shock attiva il SNA e l'asse HPA determinando il rilascio di adrenalina, noradrenalina e cortisolo. Segue la fase di contro-shock, in cui le modificazioni biochimiche e fisiologiche indotte dallo stressor vengono invertite per ritornare alla normalità. L'attivazione del sistema ortosimpatico determina l'aumento della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca, della frequenza respiratoria e della sudorazione, la dilatazione delle pupille e la contemporanea diminuzione dell'attività gastrointestinale.

2) resistenza: qui l'individuo si adatta allo stimolo stressante. Si avvia il ripristino della costanza dell'ambiente interno e gli ormoni dello stress ritornano ai livelli basali. Se invece la situazione stressante persiste, l'organismo non riesce a ristabilire l'omeostasi e rimane in stato di *arousal fisiologico* che lo conduce alla terza fase.

3) esaurimento o decompensazione: l'individuo non ha più risorse a sua disposizione e si può verificare la compromissione di uno o più organi o addirittura la morte dell'organismo stesso.

Successivamente (1956) Selye affermerà che lo stress non rappresenta solo una reazione adattiva dell'organismo al suo ambiente fisico e sociale, ma è parte integrante della vita stessa. La completa libertà dallo stress è la morte, quindi non lo si può evitare. Distinguerà il *distress*, lo stress nocivo in quanto può portare l'individuo alla fase di esaurimento, dall'*eustress*, che rappresenta invece un'esperienza di cambiamento positiva come il superamento di un esame o la vittoria in una gara. L'attivazione di una risposta di resistenza o di esaurimento dipende dalle risorse individuali.

3.1) PSICOBIOLOGIA DELLO STRESS

La risposta di stress coinvolge dunque molti organi e sistemi sia a livello del SNC sia a livello periferico, ma l'elemento centrale di questa reazione è l'asse *ipotalamo-ipofisi-surrene*. Il punto fondamentale di tale sistema è il *nucleo paraventricolare dell'ipotalamo* (NPV) sede di produzione del

CRF (fattore di rilascio della corticotropina). A tale nucleo giungono afferenze dalla periferia e dal SN, sia dalla corteccia associativa sia dal sistema limbico. Hanno un effetto attivatorio le afferenze noradrenergiche provenienti dal *locus coeruleus* e le afferenze colinergiche e serotoninergiche da altre aree e alcune citochine. Hanno un effetto inibitorio su tale nucleo gli ormoni glucocorticoidi, i peptidi oppioidi endogeni e il sistema GABA intraipotalamico. Il NPV, una volta attivato, produce CRF ed ha un effetto inibitorio sul nervo vago e sugli altri fattori di rilascio influenzando, così, gli altri assi ipotalamici. Il rilascio di CRF a livello ipotalamico produce il rilascio di ACTH (ormone adrenocorticotropo) che, agendo sulla corticale del surrene, determina la liberazione a livello periferico di corticosteroidi, i quali, a loro volta, determinano effetti sul circolo sanguigno modificando i valori pressori e sul controllo metabolico attraverso un incremento della glicemia; agiscono, inoltre, a livello della mucosa e della muscolatura liscia del tratto gastrointestinale ed a livello bronchiale.

A livello comportamentale, i corticosteroidi determinano un aumento della aggressività mediata dal sistema limbico, il quale è dotato di specifici recettori per tali ormoni. Il CRF ha molteplici effetti, sia centrali che periferici, non mediati dalla attivazione ormonale ipotalamica e surrenale; a livello comportamentale determina una attivazione in ambienti noti ed una inibizione in ambienti nuovi, modifica gli schemi di apprendimento, rafforza la tendenza a nascondersi, è attivatorio su reazioni di sorpresa e paure condizionate, inibisce le condotte sessuali e l'assunzione di cibo. E' un potente attivatore del sistema neurovegetativo simpatico ed è un inibitore del vago; induce aumento delle *catecolamine* plasmatiche; a livello periferico aumenta il ritorno venoso, la frequenza e la gittata cardiaca, la pressione arteriosa e la glicemia; inibisce l'attività gastrointestinale e varie risposte immunitarie. Il NPV attiva il sistema ortosimpatico e, attraverso esso, l'attivazione della midollare del surrene, con la liberazione di una cascata di catecolamine che giocano un ruolo determinante nelle prime fasi dello stress.

Lo stress non è di per sé patologico: piccoli stress ripetuti, con la possibilità di esprimere a pieno le proprie reazioni sul piano emozionale e fisico (ad es. l'attività sportiva amatoriale) non sono dannosi, e favoriscono una maggiore capacità di fronteggiare stress più severi.

Vi sono invece quattro condizioni che producono patologia:

- 1) stress acuto di elevata intensità o iperstress;
- 2) stress acuto e cronico in condizione di blocco dell'azione;
- 3) stress cronico iperprotratto (analogo alla fase di esaurimento di Selye);
- 4) stress acuto in un sistema con inibizione cronica della reazione di stress.

In buona sostanza, si può dire che produca patologia una stimolazione stressante che sia sproporzionata alle possibilità di risposta sia per intensità, in acuto, sia per durata, in cronico; ma, ancor più importante, è sottolineare che ciò che produce patologia è ogni ostacolo alla espressione della reazione allo stressor, sia fisica che emotiva: si sta male se ci si trova nella situazione in cui non possiamo, o ci viene impedito, tentare di allontanare la minaccia o difendersi da essa. In particolare, sembra che questa modalità sia quella più significativa nel determinare patologia nell'uomo data la complessità delle relazioni interumane. L'attivazione dell'organismo si è filogeneticamente strutturata per consentire agli individui di sopravvivere in un ambiente ostile ed in condizioni difficili, rendendoli adatti a rispondere a richieste improvvise ed intense da parte dell'ambiente interno ed esterno che possano essere realmente o simbolicamente minacciose. Non è sopprimendo lo stress che eviteremo le malattie ma attraverso una adeguata gestione di esso, fino a ridurre o azzerare le reazioni da stress. Come vedremo più avanti, l'Ipnosi Clinica è un valido ed ottimo strumento a disposizione dello Psicologo o del Medico per insegnare ai propri pazienti a modulare la risposta ad uno stressor.

3.2) STRESS ED ESPRESSIONE GENICA

Il coinvolgimento di diverse vie neuroendocrine rende la risposta agli stressor una risposta *multiormonale*. Oltre al rilascio del CRF da parte del NPV, la cascata di eventi connessi all'attivazione dell'asse HPA determina la secrezione da parte del nucleo arcuato dell'ipotalamo della *pre-oppio-melanocortina* (POMC), che a sua volta provoca il rilascio di altri neuropeptidi (β -endorfine, encefaline, somatostatina, ossitocina, vasopressina) (Biondi & Pancheri, 1999). I neuropeptidi sono sequenze composte da 3 a 100 residui aminoacidici, il che li rende strutturalmente 50 volte più grandi dei classici neurotrasmettitori (adrenalina, noradrenalina, acetilcolina), consente loro di

disporre di un maggior numero di siti recettoriali e di esercitare effetti ampi anche quando rilasciati in piccole concentrazioni. I neuropeptidi coesistono con neurotrasmettitori e neurotrofine (proteine che regolano sopravvivenza, differenziazione e neuroplasticità). L'importanza dei neuropeptidi è data dalla loro duplice funzione: quella di neurotrasmettitori, influenzando sulla comunicazione interneurale quando rilasciati nello spazio extracellulare a livello cerebrale, e quella di ormoni che hanno come bersaglio organi periferici quando vengono rilasciati nel circolo ematico. Oltre alla loro duplice funzione, i neuropeptidi regolano l'espressione genica cellulare (Biondi & Pancheri, 1999).

La maggior parte dei recettori per i neuropeptidi è di tipo transmembrana; il legame tra un neuropeptide e il suo recettore ne induce una modifica strutturale che consente l'adesione di una proteina intracellulare di connessione (proteina G) (Stahl, 2000). Così modificato, il recettore può legare un enzima in grado di sintetizzare il secondo messaggero, ovvero l'*adenosina monofosfato ciclico* (cAMP), in grado di attivare la sintesi di RNA a livello nucleare. Tale sintesi determina l'attivazione di una proteinchinasi, che aggiungendo un gruppo fosfato ad un fattore di trascrizione gli permette di legarsi a livello nucleare alla regione regolatrice di un gene: il legame innesca la trascrizione del gene in mRNA e, quindi, la codifica della proteina inscritta nella sequenza genica (Stahl, 2000).

In definitiva, il rilascio dei neuropeptidi nella risposta di stress svolge, nel breve termine, un effetto benefico, teso a garantire l'adattamento dell'organismo nel fronteggiare una possibile minaccia ma, nel lungo termine, può determinare un aumento della vulnerabilità individuale allo sviluppo di malattia (Biondi & Pancheri, 1999).

3.3) STRESS E SISTEMA IMMUNITARIO

La risposta fisiologica allo stress coinvolge anche il sistema immunitario (SI). Il SI è composto da cellule leucocitarie con diverse funzionalità. I leucociti comprendono: neutrofili, monociti e macrofagi, cellule fagocitarie che inglobano e distruggono attraverso enzimi intracellulari agenti estranei e detriti; eosinofili e basofili, che proteggono invece da parassiti e sono coinvolti nelle reazioni allergiche; linfociti, che si dividono in linfociti B

(cellule B) e linfociti T (cellule T), specifici rispetto agli agenti esterni e linfociti *Natural Killer* (NK) che agiscono riconoscendo i cambiamenti che si verificano a livello delle membrane cellulari dell'organismo infettate da virus o modificate da una trasformazione neoplastica. Le cellule NK, dopo aver riconosciuto queste modificazioni, si legano alle cellule infette e le eliminano attraverso un meccanismo citotossico (Biondi et al, 1997). Il SI difende l'organismo dall'invasione di agenti esterni e da danni tissutali e cellulari attraverso risposte aspecifiche come l'infiammazione e risposte specifiche di tipo umorale e cellulare. Le risposte non specifiche sono efficienti, in quanto vengono massicciamente concentrate sul singolo agente in un brevissimo lasso di tempo, ma non sono completamente efficaci perché non selettive. Al contrario, la risposta specifica richiede tempi di sviluppo maggiori, ma disponendo della memoria immunologica, è altamente selettiva rispetto al singolo antigene. In seguito a un primo contatto con l'agente riconosciuto come "non-sé", la cellula immunitaria sviluppa la capacità di ricordare il contatto e di rispondere, ad incontri successivi, con maggiore efficacia e rapidità. La risposta immunitaria umorale deriva dall'attivazione dei linfociti B in seguito al contatto con specifici antigeni sulla membrana del batterio. La risposta immunitaria cellulo-mediata, invece, si attiva quando i linfociti T riconoscono alcuni frammenti dell'antigene che derivano dalla digestione enzimatica operata da cellule definite "presentanti l'antigene". Una volta riconosciuti questi frammenti peptidici, i linfociti T eliminano citotossicamente l'agente oppure aiutano i linfociti B ad espandersi e reagire all'antigene. Il SI è in grado di produrre sostanze che facilitano le risposte difensive favorendo la crescita e lo sviluppo delle cellule immunitarie o facilitando la comunicazione tra il SI ed altri sistemi come il SN e il sistema endocrino.

Catecolamine e corticosteroidi esercitano una azione soppressoria sul SI.

3.4) CARICO ALLOSTATICO E SVILUPPO DI MALATTIA

Se la situazione stressante persiste nel tempo e si cronicizza, la continua attivazione dei diversi sistemi fisiologici potrebbe portare ad un progressivo logoramento dell'organismo, che è sottoposto a quello che **McEwen & Stellar** (1993) hanno definito *carico allostatico*. Il termine "allostasi" si riferisce alla

capacità dell'organismo di garantire la stabilità dei diversi sistemi fisiologici, con una fluttuazione continua che permette l'adattamento all'ambiente, aumentando o diminuendo i livelli dei parametri che garantiscono funzioni vitali. La variabilità deve essere sempre mantenuta entro limiti precisi, in modo da garantire condizioni costanti nell'ambiente interno che aiutino l'adattamento dell'individuo. Il "carico allostatico" è invece il prezzo che l'organismo paga per essere sollecitato ad adattarsi alle diverse situazioni ambientali e psicosociali in modo continuativo, nel corso di settimane, mesi o anni, inducendo un progressivo indebolimento organico e aumentando la vulnerabilità individuale allo sviluppo di varie patologie, fra cui le psicosomatosi.

4. IL RUOLO DELLA PERSONALITÀ

Tra i fattori che influenzano la vulnerabilità individuale alle psicosomatosi, la personalità gioca un ruolo fondamentale. L'intuizione secondo cui determinati stili di personalità predisporrebbero l'individuo a sviluppare determinate patologie organiche, ha avuto i primi natali nei primi del '900 durante la prima fase dello sviluppo della Medicina Psicosomatica (anni 1930 - 1960). La psicoanalista americana **Flanders Dunbar** (1935, 1947), basandosi su osservazioni sistematiche condotte su pazienti affetti dalle medesime patologie mediche, ipotizzò che la struttura della personalità, oltre ad influenzare la reattività all'ambiente, potesse predisporre allo sviluppo di determinate malattie. Ella delineò due specifici profili di personalità in grado di definire una relazione tra tratto personologico e specifica lesione d'organo:

- 1) "Personalità coronaropatica", caratteristica di persone dedite al lavoro, ambiziose, con grande controllo e perseveranza, orientate al successo e al pieno raggiungimento degli scopi prefissati;
- 2) "Personalità predisposta agli incidenti", tipica di soggetti impulsivi che vivono giorno per giorno incuranti del futuro, ricercando gratificazioni immediate, manifestando spesso ostilità conclamata verso le persone investite di autorità e che, ad un tempo, sembrano sviluppare una tendenza all'insuccesso e all'autopunizione per espiare un profondo senso di colpa.

Alla fine del 1950, **Friedman & Rosenman**, due cardiologi americani di formazione cognitivo-comportamentale, cominciarono ad osservare il comportamento e le peculiarità temperamentali di pazienti con patologie coronariche e di individui altamente predisposti allo sviluppo di disturbi cardiovascolari. Giunsero ad evidenziare come i maggiori fattori di rischio (ad es., ipertensione, ipercolesterolemia e dipendenza da nicotina) non fossero da soli sufficienti a spiegare il grave incremento di eventi cardiaci e coronarici che si era registrato a partire dalla prima metà del ventesimo secolo nelle aree geografiche americane industrializzate. Misero in luce come in tali popolazioni tendesse a ripresentarsi una costellazione di comportamenti disfunzionali che chiamarono *"modello comportamentale di TIPO A"*, caratterizzato da grado eccessivo di coinvolgimento nel lavoro; sensazione costante e pervasiva dell'incalzare del tempo; impiego delle modalità espressivo-motorie che indicano la sensazione di essere sopraffatti dal tempo

(parlata rapida ed esplosiva, bruschi movimenti del corpo, tensione dei muscoli facciali, gesticolazione accentuata); ostilità e cinismo; umore irritabile; alto grado di ambizione di successo, di riconoscimento e alta competitività. All'opposto del modello comportamentale di tipo A, i due ricercatori identificarono il "*modello comportamentale di TIPO B*" che sarebbe caratteristico di persone non particolarmente competitive e ambiziose, con una maggiore capacità di fronteggiare situazioni potenzialmente stressanti, rendendo di conseguenza inferiore il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari. Si tratterebbe quindi di soggetti solitamente rilassati e calmi, non assillati dal tempo che scorre ed in generale equilibrati nei confronti delle richieste della vita quotidiana.

All'inizio degli anni '80, una psichiatra californiana, **Lydia Temoshock** (Temoshock & Heller, 1981), in seguito alle osservazioni condotte su pazienti affetti da melanoma, rilevò come la durata della sopravvivenza di tali persone non fosse connessa alla gravità della diagnosi. Coniò la definizione di "*Personalità di TIPO C*", per riferirsi alla tranquillità, passività, e alle tendenze rinunciatricie nel non cercare supporto quanto piuttosto a darne, delle persone malate di cancro. Questi tratti nascondono una grave compromissione del funzionamento della persona, che si caratterizza per l'incapacità di riconoscere i propri segnali interni, sia fisici che emotivi, dalla mancanza di una genuina espressione emotiva e di una esplicita comunicazione dei propri bisogni e dei propri stati d'animo: da un orientamento verso i sentimenti e i bisogni altrui, a discapito dei propri. Queste modalità comportamentali di ridotta espressione emotiva e tendenza all'inibizione indurrebbero uno stato cronico di stress non riconosciuto e non espresso, con la concomitante comparsa di disfunzioni nelle risposte omeostatiche, incluse reazioni fisiologiche inappropriate agli eventi stressanti. **Denollet** (1998, 2000) introduce il profilo di "*personalità di TIPO D*", o "*personalità stressata*". I tratti caratteristici che la distinguono sono la tendenza ad esperire emozioni negative, disforia e sentimenti di preoccupazione, scarsa autostima ed anche l'inibizione sociale, ovvero la propensione ad inibire l'espressione delle emozioni, dei pensieri e dei comportamenti nelle interazioni con gli altri allo scopo di evitare potenziali "pericoli sociali" derivanti dal timore del rifiuto e della disapprovazione. Da un punto di vista clinico, le persone di tipo D tendono ad avere una visione

cupa della vita e a sentirsi tesi ed infelici. Si irritano facilmente, hanno difficoltà a creare legami con le altre persone e si sentono spesso a disagio con gli sconosciuti.

Secondo la concezione di **Cloninger** (1994), la personalità sarebbe costituita da un sistema gerarchico complesso suddiviso in due distinte dimensioni psicobiologiche: il *temperamento* e il *carattere*. Il temperamento rappresenta la disposizione biologica derivante da un substrato genetico o costituzionale alla base delle differenze individuali nelle risposte automatiche agli stimoli emozionali. Il carattere, invece, costituisce l'insieme delle differenze inter-individuali riguardo agli obiettivi volontari e ai valori basati sull'apprendimento per mezzo dell'esperienza, che permette o meno l'adesione dell'individuo a valori e costumi della società. Mentre si ritiene che le dimensioni del temperamento siano ereditabili e geneticamente determinate e che si manifestino interamente a partire dall'infanzia, rimanendo stabili per tutta la vita, quelle del carattere sarebbero influenzate dai fattori sociali e culturali propri dell'individuo.

5. FATTORI PSICODINAMICI, RELAZIONALI E SOCIOAMBIENTALI NELLA PATOLOGIA PSICOSOMATICA

La più importante acquisizione in campo psicosomatico deriva dalla scoperta del significato comunicativo dei sintomi e del valore che essi assumono nella più ampia cornice relazionale del soggetto che ne è portatore. Sulla scorta delle osservazioni di McLean e altri (1959), la struttura psicosomatica viene descritta come caratterizzata dal c.d. *pensiero concreto*, cioè dal vuoto relazionale e dalla incapacità a fantasticare che condurrebbe a scaricare a livello somatico pulsioni legate a emozioni e scarsamente elaborate a livello mentale.

Nel 1972 **P.E. Sifneos**, psichiatra di Boston, secondo altri autori **J.C. Nemiah** nel 1976, conia a questo proposito il termine *allessitimia*, parola derivata dal greco antico che sta a significare l'incapacità da parte di coloro che sono portatori di patologia psicosomatica di esprimere con parole i propri sentimenti. Questi soggetti, oltre a manifestare ipercontrollo della vita emotiva e povertà della vita fantasmatica, non sanno dire come ci si sente quando si è tristi, nervosi o arrabbiati e non sono capaci di localizzare dentro di sé i sentimenti, riuscendo a considerare insieme reazioni autonome e sentimenti soltanto quando coincidono con i sintomi di una malattia fisica. Nel paziente psicosomatico la comunicazione viene agita nella sofferenza dell'organo bersaglio o di tutto il corpo. Il che ha portato vari autori, tra cui **C. R. Rogers** e **G.M.Kinget** (1970), a identificare, secondo una prospettiva psicomotiva, l'intervento terapeutico in questi soggetti con la creazione di condizioni che permettano all'esperienza bloccata di liberarsi e di mettersi al servizio del comportamento.

L'avvento della *teoria relazionale*, che fonda le sue basi anche sulla Teoria della Comunicazione, ha portato importanti contributi alla conoscenza della patologia psicosomatica. La constatazione che i pazienti psicosomatici presentano un blocco della fase di decodificazione dei processi soggettivi (ideativi, affettivi e volitivi), che sono il veicolo della definizione della relazione personale ed interpersonale hanno portato due autori, Murray Bowen e Salvador Minuchin, a interessarsi delle caratteristiche di certe famiglie psicosomatiche e dei legami esistenti tra interazione familiare e salute fisica.

Murray Bowen, tentando di scoprire come delle difficoltà nella relazione tra persone arrivino a creare una disfunzione in un individuo, ha osservato che ogni situazione relazionale tende alla fusione, che si attua mediante la cessione di una certa parte dell'individualità di un soggetto all'altro. Questa perdita del Sé, considera l'autore, comporta l'esperienza di uno sgradevole stato di tensione, e se è possibile viene evitata oppure compensata dall'investimento di parte di sé su un'altra relazione. Il fattore per cui un'eccessiva vicinanza può divenire un problema in una famiglia è da ricercarsi nel basso livello di differenziazione, e quindi in un alto livello di fusione, che i genitori hanno potuto raggiungere nei confronti delle loro famiglie di origine. All'ulteriore minaccia di fusione vengono opposti pattern compensatori caratteristici (**Pierri**, 1993):

- i genitori evitano un'eccessiva vicinanza creando conflitti coniugali;
- un coniuge diviene disfunzionale attraverso lo sviluppo di una malattia psicosomatica o puramente emotiva;
- le tensioni presenti nella coppia sono proiettate sul figlio.

La tensione diminuisce quando il genitore che si sente più minacciato può identificare in un figlio un problema che, in quanto tale, richiede una soluzione. In questo caso, secondo Bowen, la malattia psicosomatica originerebbe dalla combinazione degli ultimi due pattern con una predisposizione biologica.

Salvador Minuchin pone invece l'accento sulla presenza nella struttura familiare di caratteristiche relazioni specifiche per le malattie psicosomatiche, tra le quali riserva un posto importante all'anoressia mentale. Esse sono riconducibili a quattro aspetti: invischiamento, iperprotettività, rigidità, mancanza di risoluzione del conflitto. L'*invischiamento* si riferisce alla mancanza di confini ben definiti tra i vari membri della famiglia ed è rappresentato dalla loro tendenza a parlare o a pensare al posto dell'altro. L'*iperprotezione* si manifesta attraverso un'opposizione pervasiva da parte di ognuno dei componenti del sistema familiare a che l'altro possa sperimentare appropriati livelli di sofferenza: vi è una costante preoccupazione per la salute dell'altro e un'ipersensibilità ai segnali di dolore e di angoscia reciproci. La *rigidità* è rappresentata da un eccessivo impegno a mantenere una condizione omeostatica nella famiglia, di non-cambiamento, e la

*manca*za di soluzione dei conflitti fa riferimento all'incapacità di alcune famiglie di consentire che, rispetto ad alcuni problemi, vi sia un disaccordo e che su di esso ci si possa confrontare. Anche Minuchin sottolinea alcune modalità utilizzate dalle famiglie psicosomatiche per eludere le tensioni: coalizioni stabili genitori-figlio, spostamento del conflitto su un figlio messa in atto da parte dell'uno o dell'altro coniuge, di comportamenti di evitamento, quali l'alcolismo o l'abbandono della famiglia. Comunque, osserva che tali fattori non siano da soli responsabili dell'eziologia della patologia psicosomatica: vi è invece una significativa evidenza che quest'ultima sia determinata da conseguenze di certi tipi di interazioni ripetitive.

Da un *punto di vista socioculturale e ambientale* l'interesse è stato rivolto ad avvenimenti che si verificano nella vita, quali problemi finanziari o di carriera, e al loro legame con l'insorgenza, il decorso e l'esito delle varie malattie.

6. ALCUNI ESEMPI DI PSICOSOMATOSI E L'IPNOSI CLINICA QUALE TRATTAMENTO ELETTIVO

Quando il *distress* causato da ansia ed emozioni incontrollate causa un circolo vizioso nell'organismo le persone possono manifestare quadri clinici diversi. Per comprenderne il motivo bisogna recuperare, e rivedere, l'antico concetto di *locus minoris resistentiae*: la patologia colpirà l'individuo in quell'apparato o organo che risulterà più debole, con segni indiscutibili di lesione, e questo dipenderà dall'interazione tra patrimonio genetico, interferenze ambientali e vissuto soggettivo della persona. Tra queste malattie elenchiamo: l'ipertensione arteriosa, l'asma bronchiale, la sindrome iperventilatoria, la dispnea, il singhiozzo, la colite ulcerosa, l'ulcera gastro-duodenale, la rettocolite emorragica, la gastrite cronica, l'iperacidità gastrica, il pilorospasmo, il colon irritabile o spastico, la stipsi, la nausea e il vomito, la diarrea funzionale (scatenata dalle emozioni), la cefalea emicranica, le algie precordiali, l'eczema, la psoriasi, l'eritema pudico (rossore da emozione), l'acne, la dermatite atopica, il prurito, la neurodermatosi, l'iperidrosi, l'orticaria, la calvizie, la secchezza della cute e delle mucose, la sudorazione profusa, la canizie, i crampi muscolari, il torcicollo, la mialgia, l'artrite, dolori al rachide (cervicale e lombo-sacrale), la cefalea nucale, i dolori mestruali, disturbi minzionali, enuresi, l'ipertiroidismo, l'ipoglicemia, il diabete mellito.

La lettura psicosomatica altro non è se non la *decodificazione del sintomo*. Il corpo è come un palcoscenico sul quale si drammatizzano e si manifestano conflitti più o meno profondi che la persona non conosce o, meglio, non riconosce. Perché una malattia psicosomatica possa essere guarita, bisogna decodificarne il messaggio, e renderlo superfluo. Affinché ciò sia possibile deve esserci, dopo una presa di coscienza del problema di fondo, un cambiamento comportamentale e dello stile di vita tali da ottenere consapevolmente ciò che prima si otteneva con il sintomo. La gravità della malattia è sempre in relazione con la gravità del conflitto sottostante. La "decapitazione" rapida del sintomo costringe l'unità psicosomatica a costruirne altri di valenza e portata sempre superiore (*sostituzione del sintomo*). D'altra parte, ogni sintomo porta con sé un *vantaggio secondario*, riparando la persona da paure e conflitti o consentendogli altri tipi di gratificazione.

Quando mi si presenta un paziente psicosomatico, lo ascolto calandomi nel suo malessere e annoto quali metafore usa per descrivere il proprio sintomo o la propria malattia. Seguo le stesse regole che mi dò quando visito anche tutti gli altri miei pazienti:

- a) elimino tutti gli elementi di disturbo, ad es. spengo il cellulare ed inserisco la segreteria telefonica al telefono fisso. Faccio sì che la temperatura del mio studio sia gradevole, e che vi sia penombra.
- b) dedico al paziente un tempo definito, che va da un minimo di 60' ad un massimo di 90';
- c) mi pongo in una situazione di ascolto attivo e partecipe e sollecito moderatamente il racconto del paziente;
- d) raccolgo accuratamente l'anamnesi relativa sia ai disturbi fisici sia agli eventi relazionali concomitanti significativi e la relativa sequenza cronologica;
- e) chiedo la/le diagnosi mediche, che non devono mai mancare, per evitare di sottovalutare la necessità di un intervento medico, anche specialistico, che in quel momento potrebbe risultare indispensabile;
- f) fornisco al paziente, se necessario, le indicazioni di professionisti adatti, evitando di sostituirmi al paziente per il primo contatto, perché penso che l'assunzione di responsabilità della propria guarigione passi anche attraverso l'assunzione dell'onere del primo contatto con il professionista che lo seguirà.

Per incominciare ad ottenere dei cambiamenti significativi, uso l'ipnosi in modo da facilitare uno stato di rilassamento di psicosomatico e somatopsichico tale da consentire una naturale modificazione dello stato di coscienza. Solo con il paziente in *trance* le mie parole (suggerzioni) arriveranno a influenzare l'inconscio, che a sua volta produrrà guarigione.

Ritengo che la *conoscenza di sé* sia uno degli obiettivi di una psicoterapia, non solo ipnotica, da intendere come un rafforzamento dell'autenticità e dell'identità, ma non il solo. Preferisco partire dal presupposto che il compito fondamentale della psicoterapia ipnotica sia sollevare il più possibile il paziente da una sofferenza, un disturbo, una convinzione invalidante, un atteggiamento svantaggioso verso la vita.

L'effetto non può essere la cancellazione o l'abolizione del dolore dalla sua vita, poiché in molte circostanze è sano e naturale provare dolore, ma il raggiungimento di un'armonia psicofisica che permetta all'individuo di "vivere", di "esserci" autenticamente e nella piena consapevolezza e accettazione di sé, poter "giocare le proprie carte". Io lo aiuto solo a rimuovere impedimenti e ostacoli interni di varia natura. Come psicoterapeuta mi sforzo di riconoscere e attivare le risorse inconsce e le capacità del paziente di *autoripararsi* (tendenza naturale del corpo, ma anche della mente umana, che cerca di evitare il dolore e di protendersi verso uno stato di benessere), faccio leva sulla capacità di ogni essere umano di evolvere e di modificarsi sulla spinta di nuove esperienze e di nuovi apprendimenti. Inoltre, stimolo nel paziente la ricerca di alternative alle *tentate soluzioni* da lui trovate fino a quel momento e che sono divenute parte esse stesse del problema o, a volte, coincidono con i sintomi; amplio la sua visuale e aumento le sue possibilità di scelta: gli offro punti di vista e prospettive diverse e più vantaggiose da cui considerare se stesso e il mondo, da opporre a concetti e schemi mentali appresi disfunzionali. *Ristrutturo* la sua percezione di fatti ed esperienze, portandolo ad attribuirvi significati e valenze emotive diverse. In l'ipnosi è il paziente stesso a compiere il proprio processo di guarigione. Io sono solo un facilitatore: là dove possibile, innesco il meccanismo, cogliendo e sfruttando le *sue* potenzialità e lo guido standogli davanti di qualche passo. Gli mostro più strade e più direzioni possibili, sollecitando la sua curiosità e mobilizzando le sue capacità di iniziativa per fare in modo che sia lui stesso a inventarne e crearne di nuove, a sperimentarle, lasciando a lui/lei la scelta, dal momento che nessuno meglio del paziente può sapere ciò di cui ha bisogno e ciò che è in grado d'apprendere. Il/la paziente selezionerà, fra i molti stimoli che gli presento e fra le tante idee e proposte, quelli che gli servono e che sente più suoi. Una volta innescato, questo processo può proseguire oltre i limiti e i confini di tempo della terapia e – si spera – inserirsi nell'evoluzione spontanea della persona.

L'ipnosi permette di accedere all'inconscio del paziente per attingere ad una sorgente di risorse profonde, a un potenziale di immaginazione, di fantasia e di creatività che spesso non utilizza o non sa nemmeno di possedere. Ciò permette ai miei pazienti (in verità spesso, ma non sempre e

non in tutti i casi) di uscire dagli schemi abituali della razionalità e della logica, propri della vita vigile, con cui leggono e interpretano la propria realtà, esterna ed interna. Scardina stili di pensiero radicati e rigidi, li mette in contatto con la propria sfera emotiva più intima e profonda, fa vacillare convinzioni e concetti cristallizzati, li rende più resilienti di fronte alle avversità vivendo il presente, apprendendo dal passato, per poter progettare un futuro migliore.

IL CASO DI GIOVANNA: **IPERIDROSI ESSENZIALE**

Giovanna è una ragazza di 25 anni intelligente e brillante negli studi che chiede aiuto perché affetta da una forma di iperidrosi essenziale alle mani. Il disturbo si presenta con frequenti "attacchi" spesso inaspettati e senza causa apparente e comporta un vero e proprio "gocciolamento" delle mani. Questa condizione è particolarmente fastidiosa e imbarazzante per la paziente, soprattutto quando si trova a conoscere e ad avere contatti con nuove persone (tante mani nuove da stringere!). Riferisce di aver tentato svariati trattamenti con pomate e preparati antitraspiranti, ma senza ottenere alcun risultato. Il suo disturbo la espone a sentimenti di vergogna e di imbarazzo.

Fin dalle prime sedute emerge un tema importante: la continua aspettativa e timore di disconferme da parte degli altri che non le rendono possibile assaporare le gratificazioni che riceve e i momenti belli della sua vita. Afferma di dover dare sempre il massimo per evitare di apparire quella che è "realmente" (secondo il suo modo di percepirsi): inadeguata, non all'altezza, "sbagliata" in tutte le relazioni, soprattutto in quelle affettive. Riesce a mantenere un'immagine di sé sufficientemente buona e accettabile solo se riceve continue conferme del proprio valore da parte del mondo esterno. Tuttavia, il più delle volte, non si accontenta della semplice approvazione: piuttosto deve andare continuamente a caccia di "*ammirazione ... voglio meravigliare il mondo*". È una sua dote naturale e quasi sempre ottiene negli altri l'effetto che ricerca, ma è incapace di godere della soddisfazione che potrebbe derivargliene, perché non si percepisce autentica. Si sente continuamente costretta a costruire e ad esibire un'identità fittizia, artificiale, sempre diversa e mutevole a seconda degli interlocutori e della richiesta del momento. Sostiene di possedere una certa abilità nell'indovinare ciò che piace ad una specifica persona, nonché nel presentarsi e comportarsi in maniera conforme.

Ha da poco avuto una relazione sentimentale con un ragazzo suo coetaneo e collega di studi che stimava molto, ma la relazione si è interrotta perché ad un certo momento ha percepito la difficoltà di "*mettersi nell'ombra ... mi annullavo io per farlo sentire speciale!*" Giovanna man mano che mi racconta le sue difficoltà (e si ascolta mentre mi dice quello che dice) incomincia a rendersi conto di un meccanismo paradossale che continua ad alimentare suo

malgrado: è convinta che per essere apprezzata dagli altri debba fare salti mortali e sacrificare la propria identità, ma non può mai provare soddisfazione per l'effetto che ottiene, anche se è quello sperato, *perché sente che non è la vera Giovanna ad essere investita di stima ed affetto!* E' evidente il suo bisogno di autenticità, che entra in conflitto con la paura di essere ferita e disconfermata qualora decida di gettare le numerose maschere che indossa.

La Psicoterapia

Durante la seconda seduta Giovanna sviluppa una trance ipnotica di profondità medio-lieve. Dopo una breve induzione, *le suggerisco di pensare ad un luogo in cui sono depositati un numero pressoché infinito di dati, di informazioni e di esperienze registrati nella sua memoria, che ha una capacità praticamente illimitata, ma non se ne rende conto, perché è consapevole solo di una piccola parte dei ricordi che sono immagazzinati nella sua memoria ... gli altri sono sprofondati nell'inconscio ... tuttavia non sono perduti, quindi ... potresti recuperare qualcosa del tuo passato perché ti sia d'aiuto nel presente Immagina di entrare in una cantina un po' nascosta e segreta di cui solo tu hai la chiave e che contiene tante cose belle che ti appartengono ... cose che avevi dimenticato e non sapevi più di avere: oggetti, bambole, pennarelli, immagini, esperienze e sensazioni che sono lì, a tua disposizione ... Lasciali affiorare ... lascia liberi i tuoi pensieri ... e poi, quando ti sentirai veramente pronta ... lascia emergere dalla tua memoria, senza sforzarti di ricordare, una situazione o un momento in cui ti sei sentita libera di lasciarti andare, di essere tranquillamente e semplicemente te stessa.* Dopo qualche istante mi risponde leggermente turbata : *" Non riesco a ... trovare ... un ricordo bello. È come se ogni ricordo bello fosse in parte anche un po' brutto ... "*

Approfondisco, allora, cercando nel passato (regressione d'età) altri elementi che possano esserle d'aiuto nel superare i limiti e i blocchi appresi: *"... immagina, ora, di trovarti comodamente seduta sul sedile di un treno in movimento ... lasciandoti cullare dal suo rumore dolce e monotono puoi guardare fuori dal finestrino le immagini mutevoli del paesaggio che scorrono ... che cambiano man mano che il treno si allontana ... puoi rincorrerne alcune con lo sguardo, se hanno attirato particolarmente la tua attenzione, ma poi anche queste diventano sfumate ... si trasformano in puntini e infine svaniscono, mentre ne appaiono delle altre Allo stesso modo potresti veder scorrere come sequenze di un film ricordi o frammenti di ricordi della tua vita, mentre il treno ti fa viaggiare indietro nel tempo E puoi ripercorrere e trattenere alcuni momenti che ti colpiscono di più, come*

cercavi di inseguire e trattenere le immagini del paesaggio che ti piacevano"
Con il sorriso sulle labbra, Giovanna ricorda una situazione di gioco in cui poteva avere 7-8 anni e si trovava in giardino con la sorella in bicicletta. Si sentiva libera e felice, era totalmente presa dall'euforia del gioco e non pensava a nient'altro. Sottolineo: " ... *uhm! Come è piacevole questa situazione! E come sarebbe bello se anche nel presente potessi smettere di sprecare tante energie a preoccuparti dei giudizi e delle aspettative altrui*" Concludo (proiezione nel futuro): " *Giovanna ... immagina come sarò quando starai bene ... senza i blocchi e i limiti che ti hanno condizionato fino a questo momento ... proprio come se tornassi quella bambina spensierata che è sempre rimasta dentro di te in tutti questi anni*".

Nella fase di riorientamento appare un po' confusa, ma parla come se avesse appena preso consapevolezza di qualcosa che prima non vedeva.

Mi dice che le ha dato molta soddisfazione immaginare come sarà quando si sarà liberata dalle paure e dai pensieri che la disturbano. Quel ricordo d'infanzia da tempo non era più accessibile alla sua coscienza e le ha fatto molto piacere recuperarlo.

Giovanna si presenta in terza seduta con aria soddisfatta, molto differente dall'atteggiamento e dall'espressione che aveva il giorno del nostro primo incontro. Racconta che per tutta la settimana non ha avuto le mani sudate, ha partecipato ad una cena con colleghi di Facoltà sentendosi libera di essere se stessa e vivendola come un evento piacevole. " *Dottore, non mi andava più di sforzarmi per essere al centro dell'attenzione e far colpo. Mi sentivo rilassata e spensierata*". In Ipnosi invito Giovanna a ricordare, attraverso una regressione parziale, anche sulla scia della mia pregressa formazione Ericksoniana, le sue prime esperienze di apprendimento, importanti in quanto antecedenti a condizionamenti educativi e culturali. Infatti, i primi apprendimenti non sono affatto semplici per un bambino; al contrario sono molto difficili e complessi, prima di trasformarsi in automatismi. Con tono pacato, stile ipnosi materna alla Ferenczi, ottenuta la chiusura delle palpebre e la catalessi del corpo: " ... *Sai, Giovanna ... imparare a camminare, a parlare e poi ... a leggere e scrivere sono vere e proprie grandi conquiste, ma con il tempo e tanti altri apprendimenti successivi ce ne siamo dimenticati ... abbiamo dimenticato la fatica ma anche la soddisfazione per questi successi mentre è impegnato ad apprendere cose nuove, un bambino, specialmente molto, molto piccolo non ha paura di non riuscirvi*

... il bambino piccolo difficilmente pensa che cosa potrebbe succedere se fallisse o si blocca ... perché teme di non essere in grado di riuscire nel suo intento. Prova ... fa dei tentativi ... sempre più raffinati e, anche se non raggiunge subito il traguardo finale, nel frattempo progredisce a piccole tappe successive ... su una nuova acquisizione si innesta un'abilità o una funzione ancora più complessa, finché con grande soddisfazione a un tratto si accorge di aver imparato a leggere ... magari perché girando con i genitori per strada riconosce le scritte delle insegne dei negozi ... o a scrivere ... o ad andare in bicicletta mantenendo l'equilibrio Non sa com'è riuscito: l'ha fatto e basta. Giovanna, da piccola, ha dovuto sicuramente compiere tanti sforzi e tanti tentativi per imparare a camminare ... prima è riuscita a sollevarsi sulle gambe ... e avrà sentito con grande soddisfazione che reggevano il suo peso poi un altro giorno deve aver spostato avanti un piedino e molto probabilmente avrà perso l'equilibrio e sarà caduta ... ed è molto difficile trovare la coordinazione di tutto il corpo per muovere in sequenza prima un piedino e poi l'altro ... all'inizio Giovanna avrà messo avanti per due volte di seguito lo stesso piedino e sarà caduta, finché un giorno, dopo aver provato e riprovato tante volte con tenacia ... fatica ... pazienza ... anche Giovanna è riuscita a trovare la sua coordinazione e a muovere i primi passi ... e all'inizio saranno stati un po' incerti ... magari i suoi genitori avranno sorriso nel vederla barcollare ... poi ... giorno dopo giorno ... Giovanna ha acquisito sempre più sicurezza e camminare è diventato qualcosa di semplice e naturale ... Bene. Molto bene. Brava. Ora fai due o tre bei respiri profondi e piano piano, con i tuoi tempi e a modo tuo sgranchisciti un po' e molto lentamente riprendi contatto con il tuo corpo mollemente adagiato su questa poltrona ... e ricordati di portare con te tutto quello che potrà servirti della bambina che hai ritrovato".

I pazienti, contattando il proprio Sé bambino, registrato ed impresso nella loro memoria, anche se di solito non immediatamente accessibile, se saputi guidare opportunamente ne rivivono alcune caratteristiche: l'entusiasmo, la curiosità, l'interesse per le cose nuove, ancora da esplorare e da scoprire, la spinta evolutiva ad impadronirsi di nuove capacità e conoscenze, la gioia e la soddisfazione per ogni apprendimento e ogni nuova conquista, la libertà da preconcetti e pregiudizi su di sé e sul mondo. Tutte forze vitali che spesso da adulti in parte disperdiamo a causa di dubbi, paure, insicurezze, concetti e labirinti di pensiero che ci bloccano, limitando l'espressione delle nostre potenzialità e la gratificazione che ne deriverebbe.

Giovanna si presenta in terza seduta affermando perentoriamente : *“ Dottor Malvasi, io non so più chi sono!”* A questa affermazione, che considero un bella presa di coscienza, ribatto: *“ A volte bisogna perdersi per poi ritrovarsi!”*, e l’invito ad accomodarsi in poltrona e a trovare una posizione confortevole in modo da sentirsi veramente comoda. La invito a fissare un punto sulla parete di fronte, accomodando lo sguardo all’infinito e le sue palpebre danno i primi segni di *flattering* e lentamente si chiudono. Il suo respiro è calmo e regolare. *“ Cara Giovanna, riecoti qui. Dopo aver svuotato la mente da quell’inutile ingombro di vecchi pensieri ed emozioni sgradevoli, puoi decidere di riempirla di tante cose belle, che già possiedi dentro di te e che ti appartengono da sempre, ma che fino ad ora non si sono potute esprimere pienamente ... tante parti di te buone e costruttive che vogliono il tuo bene e la tua realizzazione, ma che spesso hai inibito per fare solo ciò che gli altri potevano aspettarsi da te ... ora che la tua mente è già molto più libera e mentre continua a svuotarsi e ad alleggerirsi di tante cose inutili e fastidiose, puoi, forse, cominciare a percepire e ad ascoltare bisogni e desideri che hai ignorato per tanto tempo ... vedi, Giovanna ... è come ritrovare un prezioso tesoro rimasto a lungo nascosto e abbandonato sul fondo del mare, in profondità ... ti sei solo dimenticata della sua esistenza, ma puoi cercarlo e finalmente ... trovarlo. Ora puoi stringerlo e tenerlo fra le mani, appartiene solo a te e nessuno te lo potrà più togliere. Puoi aprire lentamente lo scrigno ... solo tu sai che cosa contiene, cose uniche, speciali, preziose, segrete ... certo che deve essere molto emozionante riscoprirle e riappropriarsene! ... Non sapevi quanto fossero belle e importanti ... così quando erano affondate pesantemente in profondità non le avevi cercate subito ... le avevi solo lasciate lì per anni ... ora puoi ammirarle, guardarle, toccarle, sentirne il profumo misto a quello dell’acqua marina, conoscerle meglio: ci puoi giocare. Sono tue! Noi non siamo i nostri pensieri e neanche le nostre emozioni ... siamo molto di più e possiamo lasciare che ci scivolino via, che ci attraversino: mica attaccano la nostra essenza! Come l’acqua di un fiume che scorre, si rinnova, cambia, finisce nel mare, evapora ... noi esseri umani siamo entità in continua trasformazione e in continuo apprendimento: ci modifichiamo, evolviamo, cresciamo ... nulla è costante nella nostra vita quanto il cambiamento ... e possiamo percepirlo come un flusso di idee, pensieri, emozioni che scivolano, che scorrono e si sciolgono in altri sempre nuovi e differenti ... mai definitivi e dati una volta per tutte ... ma noi continuiamo ad essere, ad esistere, e questa è l’unica realtà che conta ... **SONO SEMPRE IO.** ... anche mentre cambio e cresco ... quello che sono ora non è altro che ciò che ho imparato ad essere fino a questo momento ... quello che hai*

pensato, provato o vissuto fino ad ora non è "sbagliato": è l'unica strada che hai trovato in quel momento, che ti sembrava la migliore in quel momento, in quella fase della tua vita noi umani dobbiamo ringraziare quelle parti di noi che ci hanno permesso di arrivare fino a questo punto ... non ci sono parti cattive con noi, dentro di noi ... vogliono tutte il nostro bene e hanno sempre agito credendo di fare la cosa migliore per noi tuttavia, ci sono sempre più strade, più alternative per raggiungere un obiettivo ... ora puoi conoscerne ed esplorarne delle nuove, Giovanna ... lasciando che affiorino spontaneamente."

Giovanna si "risveglia" con un bel sorriso e mi porge la mano. Io gliela prendo e, con delicatezza, la aiuto ad alzarsi dalla poltrona e la invito ad accomodarsi sulla sedia, davanti alla mia scrivania. Mentre compilo la Ricevuta Sanitaria, mi accorgo che la paziente è ancora nella c.d. "fase grigia" e le ingiungo: *"Tutta l'energia mentale trattenuta fino ad oggi è ora libera di circolare e potrai finalmente impiegarla per raggiungere traguardi e obiettivi importanti per te."* Quindi la congedo.

La paziente si presenta in quarta seduta con un'espressione felice, stupita e sembra entusiasta. Ancora nell'anticamera dello studio afferma, camminando, di non aver mai raggiunto picchi così elevati di soddisfazione e di realizzazione personale. Il suo sorriso aperto e luminoso, la nuova acconciatura dei capelli, non lasciano dubbi. Si accomoda in poltrona e dichiara: *"Dottore, le mani non mi sudano più. L'ho scoperto due giorni fa. Ho un po' di timore ad affermarlo, per scaramanzia: stavo pensando che adesso posso essere me stessa e quando avrò un fidanzato potrò sentirmi davvero amata per la prima volta nella mia vita"*. In Ipnosi la invito ad immaginare di essere un'aquila che può volare molto in alto, *negli strati più puliti e più incontaminati dell'atmosfera*. Ogni tanto può scendere leggermente di quota per dare distrattamente un'occhiata in basso, ai resti lontani della vecchia Giovanna, con tutte le sue abitudini (la paziente mostra un leggero ma ben visibile sorriso e annuisce lentamente e ritmicamente con il capo) ... *ma adesso che sai di essere un'aquila non c'è più niente che ti trattenga, non ci sono più limiti e paure. Puoi andare dove vuoi, Giovanna!"*

Non fisso un appuntamento successivo, perché siamo a ridosso del Ferragosto di quell'anno. Le dico semplicemente : *“Un po' di vacanza ti farà bene. Goditela fino in fondo. Se ti va, chiamami quando vuoi, però ci tengo a ricevere una cartolina dal posto in cui mi hai detto che andrai.”*

Un mese dopo mi arriva una e-mail con le seguenti parole:

“Caro dottore, non so come ringraziarla. Mi sento piena di forza e di energia. I miei vecchi pensieri sono come i file del mio pc che non leggo più. Ogni tanto si riaprono da soli ma io li richiudo senza fatica. E' tutta roba vecchia. Non mi serve più. Finalmente! Ancora grazie. Giovanna”.

IL CASO DI GIUSEPPE : **CRAMPI ADDOMINALI E DISSENTERIA FUNZIONALE**

Giuseppe mi fu inviato nell'aprile del 2014 da un collega psichiatra del Policlinico di Bari che lo seguiva, in maniera molto discontinua, dal 2000, per "Disturbi d'ansia con somatizzazioni a livello gastrointestinale" (crampi addominali e dissenteria). L'invio fu preceduto da una telefonata dello psichiatra nella quale mi fu sommariamente illustrata la storia clinica del paziente dal suo punto di vista e le motivazioni dell'invio a me: nel marzo dello stesso anno, Giuseppe si era sottoposto volontariamente a ricovero presso una casa di cura privata e alla dimissione gli era stato consigliato di intraprendere un percorso psicoterapeutico, cosa che il paziente sembrava deciso a fare. Il collega psichiatra inoltre espresse difficoltà, a volte un vero fastidio, ad occuparsi di questo paziente che gli appariva piuttosto chiuso, di poche parole, a volte quasi bloccato. Nonostante lo seguisse da tempo nutriva dei dubbi anche sulla diagnosi, nel senso che eventi ultimi lo avevano indotto a "pensarlo" strutturalmente molto più grave. Il collega espresse il bisogno di tenerci in contatto per la migliore conduzione possibile del caso. Autorizzai il collega psichiatra a dare il mio numero di cellulare al paziente, in modo che fosse lui stesso a contattarmi e insieme avremmo concordato data e orario del nostro primo incontro.

Al primo colloquio arrivò accompagnato da sua moglie: donna attiva ed energica dalla quale il paziente sembrava dipendente. Giuseppe non era molto alto ed era in visibile sovrappeso. Aveva un'espressione del viso dolce ma uno sguardo triste. Per il suo modo di fare mi sembrò un bambino in un corpo di adulto. Le sue movenze, inoltre, mi indussero a sospettare tendenze omosessuali.

Era visibilmente a disagio, impacciato. Parlava lentamente e con tono di voce basso. Rispondeva a monosillabi. Nel corso del colloquio, mi chiese più volte: *"Mi faccia delle domande ... mi interroghi lei, dottore ... non so cosa dire ... mi faccia delle domande, è meglio, **non so esprimere quello che provo**".* Tutto ciò indusse in me una notevole attivazione: provai a sollecitarlo, mettendolo a suo agio, a riempire i vuoti facendogli molte domande ben mirate ma, alla fine, mi resi conto che era stato comunque molto vago ed impreciso nelle sue risposte.

Disse che il suo malessere *"erano questi crampi addominali che, spesso, lo costringevano a doversi assentare durante il lavoro per correre urgentemente in bagno per evacuare"* .

Sperava di guarire anche se sapeva di essere ammalato ormai da troppo tempo. Mi confidò che forse in quel momento avrebbe preferito la morte poiché solo così avrebbe potuto risolvere definitivamente i suoi problemi.

Questo desiderio di morte lo accompagnava da bambino, da quando aveva 9-10 anni. Alla mia domanda se ne ricordasse i motivi, mi rispose che suo padre era spesso lontano da casa per lavoro ma, quando tornava, bisognava stare in silenzio. *"Mio padre è padre-padrone"* : sentenziò.

Accennò ad alcuni tentativi di tagliarsi le vene, messi in atto in passato, soprattutto in momenti in cui si sentiva molto solo.

Ciò che mi colpì fu il fatto che Giuseppe parlasse di tutto ciò sfoggiando un incongruo ed inadeguato sorriso. Gli chiesi, quindi, perché sorridesse mentre diceva cose così gravi. Si fece serio e, con occhi lucidi, rispose: *"Sorrido per non piangere"* .

Quando provai a sondare se avesse un'idea del motivo dei suoi disturbi gastrointestinali e della conseguente ossessione di *"farsela addosso"*, mi rispose che da piccolo, fino all'età di 5 anni, lui era spesso a casa di una coppia di amici dei suoi genitori. Costoro erano molto affettuosi con lui, da loro riceveva le coccole: dai suoi genitori mai.

Verso la fine della prima visita, chiesi al paziente il permesso di far entrare in studio la moglie, che nel frattempo avevo fatto accomodare in sala d'attesa. Costei espresse la sua fatica a sopportare il costante stato d'angoscia che le provocava la malattia di Giuseppe e raccontò che una volta il marito aveva avuto alcuni agiti aggressivi rivolti verso oggetti – aveva quasi distrutto il water della loro casa – anche se non era stato mai violento con lei, con i loro figli o con le altre persone.

La prima visita si concluse con la proposta di intraprendere un percorso psicoterapeutico con me e con l'invito a riprendere i contatti con lo psichiatra referente per eventuali aggiustamenti posologici. Giuseppe, infatti, mentre compilavo la Ricevuta Sanitaria, aggiunse che in quel momento il suo malessere si era nuovamente acuito; da qualche giorno era giù di morale, dormiva poco e male di notte, si sentiva molto stanco, faceva le cose a fatica e perché doveva. Era in trattamento con due antidepressivi, una benzodiazepina

e un neurolettico di seconda generazione (Olanzapina). Prima di congedarlo lo invitai pure a camminare per 30-45 minuti al giorno e a mettersi a dieta. Accompagnando marito e moglie verso la porta d'ingresso del mio studio chiesi a Giuseppe l'autorizzazione a potermi confrontare telefonicamente di tanto in tanto, mano a mano che proseguivano i nostri incontri, con il collega psichiatra inviante, nel suo interesse. E l'ottenni.

Nella seconda seduta il paziente apparve più rilassato e collaborativo. Raccolsi quindi alcuni dati anamnestici che qui riporto: il paziente aveva 45 anni e lavorava in una ditta di autotrasporti. Sua moglie, di 35 anni, era infermiera professionale. Avevano 4 figli: tre maschi di 15, 12 e 8 anni ed una femmina di 13 anni. Aveva sposato sua moglie perché incinta. Il bambino era nato e poi era morto mentre erano in viaggio di nozze. Di quel figlio parlava come di un suo angelo custode. Il paziente era secondogenito di 3 figli. La sorella maggiore aveva 50aa e lavorava come segretaria. Era coniugata ed aveva una figlia. Passava molto tempo nella casa dei suoi genitori e con la loro anziana madre aveva un rapporto che per come veniva descritto dal paziente sembrava simbiotico. Con lui, invece, sua madre *da sempre* era chiusa, di poche parole, evitava lo sguardo e si mostrava irascibile. Il fratello aveva 32 anni e lavorava come agente assicurativo. Sposato con figlia, per motivi lavorativi tornava nella casa coniugale solo nei fine settimana, mentre nei giorni lavorativi era ospite della sua famiglia d'origine. Due anni prima aveva presentato un lungo e grave episodio depressivo curato, pare, con prodotti omeopatici.

I genitori erano viventi: il padre aveva 78 aa ed era in pensione. Titolare di una ditta di autotrasporti, l'aveva ormai chiusa trasformandone gli spazi in area attrezzata per i camper. Giuseppe lo descriveva come un padre assente, impositivo e severo. La madre aveva 75 aa ed era casalinga. Veniva descritta come affetta da problemi psichiatrici non ben definiti (non aveva mai accettato di consultare un medico). Non si sedeva mai a pranzo con gli altri membri della famiglia, neppure con il marito. Nelle varie ricorrenze ed occasioni di festa (Natale, Pasqua, anniversari) tendeva a manifestare dei problemi somatici o a scappare via in camera da letto, chiudendo la porta a chiave, o a cercare continui pretesti per litigare. La donna era gravemente ipoacusica e non aveva mai voluto correggere questo suo deficit indossando l'apparecchio. Aveva rapporti conflittuali con i vicini da cui si sentiva

perseguitata: pensava che udissero tutto ciò che lei diceva o la spiassero quando usciva di casa. Il paziente ricordava l'ossessione per l'ordine e la pulizia nella casa e, parimenti, la trascuratezza affettiva nei suoi confronti: era contenta di lui solo quando stava fermo, in ordine, tranquillo, senza sporcare. Giuseppe aveva frequentato la Scuola dell'Infanzia. Ricordava come dolorosi i primi giorni di scuola quando la madre lo lasciava promettendogli che dopo la spesa sarebbe tornata a riprenderselo e invece non si presentava, mentre lui, piangendo, l'aspettava. Delle Scuole Elementari ricordava il rimprovero ricevuto dalla sua maestra per aver dipinto la Cattedrale del suo paese color verde scuro e non grigia come la maestra avrebbe voluto. Ancora adesso faceva fatica a capire quel rimprovero: vedeva ancora la Chiesa color verdone.

Il paziente aveva frequentato l'Istituto Professionale per l'Industria e l'Artigianato, poi aveva provato a sostenere l'esame di ammissione all'ITI, ma non era riuscito a superare la prova di italiano. Era molto più portato per le materie tecniche. Dopo la scuola aveva seguito un corso di idraulica. Ricordava molto positivamente quel periodo, in cui aveva numerosi amici, proprio lui, che era sempre stato piuttosto solo, difficile alle amicizie e nuove conoscenze. Si sentiva condizionato dalla timidezza.

Da ragazzo passava molto tempo a casa, da solo, a leggere libri di avventure. Aveva timore a relazionarsi con gli altri e questo, a suo dire, da quando era stato escluso dall'Oratorio.

Aveva iniziato il suo percorso lavorativo come benzinaio nei periodi estivi e come idraulico in un paio di ditte. Si era poi licenziato sia perché suo padre faceva pressioni perché lavorasse nella sua ditta, sia perché litigava spesso con i colleghi. Non ne ricordava i motivi. Nella ditta paterna, il paziente si era prima occupato della manutenzione dei camion e poi, conseguita la patente, aveva cominciato a fare l'autotrasportatore. Dal padre aveva sempre ricevuto aspre critiche al suo operato ed era stato delegato a mansioni meno importanti rispetto al fratello e alla sorella.

Dopo dieci anni aveva scelto di cambiare lavoro, diventando autista di autobus. Pare che il cambio di lavoro fosse stata una imposizione della moglie che lo voleva di più a casa e non sempre in giro per il mondo.

La Psicoterapia

Proposi quindi a Giuseppe delle sedute di psicoterapia ed ipnosi, con frequenza di 1 seduta alla settimana. Nell'intervallo fra i nostri incontri gli suggerii di compilare un quaderno al quale avrebbe potuto consegnare momentaneamente accadimenti, pensieri ed emozioni che, volendo, avrebbe poi potuto discutere con me in ogni successiva seduta. Questo perché mi sembrava utile proporgli un oggetto transizionale che lo aiutasse a "guardare" il tempo tra le nostre sedute. Gli proposi i nostri incontri come uno spazio in cui avrebbe potuto parlare di sé, del suo malessere, ma anche provare a lavorare con me per imparare ad esprimere le sue emozioni con assertività, in particolare la **rabbia** che, gli dissi quasi casualmente ... è *nient'altro che come quel fiore chiamato rododendro*. Aggiunsi che avremmo potuto rivalutare la validità del nostro lavoro dopo un tempo che avremmo deciso insieme. Di certo avevo in mente che nonsarebbe stato facile. Ma so, per esperienza, che l'inconscio ha i suoi tempi che la coscienza non conosce. Giuseppe si presentò in seconda seduta con 15' di anticipo, da solo, senza la moglie.

Partii con una domanda aperta: "Parlami ancora un po' di te, della tua vita ..."

Il volto del paziente si fece triste, cupo e ipomimico. Annaspava per trovare le parole giuste per descrivermi il suo stato di malessere. Mi disse: "*Mi sento pieno di rabbia*". Ma non era diretta verso nessuno in particolare (se non verso sé stesso). Per aiutare il paziente a dare voce a questa emozione, eventualmente ad estinguerla un po' per volta e per ricercare materiale represso, procedo come segue:

" Bene, Giuseppe. Fai qualche respiro profondo e poi lascia andare il respiro al suo ritmo naturale, senza forzare, senza volere nulla, senza desiderare nulla ... solo il tuo respiro ... aria che entra fresca attraverso le tue narici, e poi esce tiepida ... mentre il tuo addome si solleva e si abbassa ... ecco, bravo, così ... naturalmente ... piacevolmente ... senza forzare nulla, senza desiderare nulla in particolare e mentre il tuo respiro ti respira ... puoi sentire quanto sia piacevole lasciarsi andare ... abbandonarsi ... com-ple-ta-mente ... ad ogni espirazione ... ad ogni espirazione più giù, sempre più giù ... sprofondando in uno stato simile a quello che sperimenti ogni sera ... dopo una giornata di intenso lavoro ... e ti senti stanco ... mooolto stanco ... e ti distendi a letto per dormire ...e tante immagini velocissime si presentano alla tua mente e ti addormenti "

Immagina ora di essere seduto sulla riva di un bel fiume mentre stai osservando l'acqua che scorre la giornata è bella, luminosa, tiepida siamo nel mese di maggio e la natura è come risvegliata dal lungo riposo invernale ... sei seduto sulla sponda, in un tratto vicino alla sorgente, tanto è che scorgi in lontananza le cime dei monti coperte da ghiacciai eterni dai quali origina il fiume ... l'acqua scende lenta e forma qua e là dei piacevoli vortici ... è limpida e puoi vedere chiaramente il fondo Rivolgi ora lo sguardo di fronte a te, al panorama che si estende a perdita d'occhio oltre la sponda opposta del fiume ... è un vedere bellissimo ed invitante: ci sono distese di prati verdi, di boschi di alberi che svettano verso il cielo e ... qua e là ... tra il verde chiaro dei prati e quello verdone degli alberi, qualche casetta ...

*Desideri attraversare il fiume e raggiungere quel posto che ti piace tanto perciò ora ti alzi in piedi con questa precisa intenzione ... sei animato da questo vivo desiderio, comprendendo che questo è una specie di compito che hai come assegnato a te stesso ti volti un attimo indietro per osservare il luogo che avevi alle spalle e resti meravigliato e sorpreso nel vedere come, al contrario di quello che hai di fronte a te, il panorama alle tue spalle è invece brullo l'erba dei prati è secca, i tronchi degli alberi contorti, le fronde senza vita ... senza foglie ... è una visione deprimente che ti infonde tristezza e ansia ... stai a lungo ad osservare questa visione così nettamente contrastante con quella che hai invece di fronte sulla riva opposta e ti senti cogliere da un senso di angoscia che fa aumentare in te il desiderio ... che si fa sempre più vivo e profondo ... di lasciare questo posto, e di cercare di attraversare il fiume per andare oltre la riva opposta ... in quel luogo così bello ed invitante ... non puoi fare a meno, però, di soffermarti a confrontare i due panorami tanto diversi
.....*

Il fiume rappresenta lo scorrere in avanti della tua vita anche il fiume, come l'esistenza di ciascuno di noi, ha un inizio ... la sorgente ... ed in termine ... la foce e come le nostre vite hanno un passato ed un futuro, così anche il fiume è contenuto tra due sponde: ... quella che stava dietro le tue spalle e che rappresenta la tua vita trascorsa e quella che sta di fronte a te ... e che ... simboleggia il domani, il tuo avvenire, il prolungarsi della vita nel futuro ... e avverti ora in te una carica di vitalità che raramente avevi provato prima d'ora ... senti in te un desiderio profondo ed intenso di lasciarti definitivamente dietro le spalle il passato, scrollandoti le spalle come per scrollarti una volta per tutte di dosso tutte quelle cose che del passato ti hanno fatto soffrire ... (mi accorgo che il paziente sta sudando abbondantemente, ma soprattutto che lacrime di tristezza scendono copiose dagli occhi e inondano il suo volto, finendo per bagnargli la maglietta) ...

Cosa sta accadendo ora, Giuseppe? Puoi svegliarti come mente ma non come corpo ... ti svegli dal collo in su.

Il paziente apre a fatica le palpebre e piangendo, prima sottovoce e poi, su mia richiesta, a voce alta, ma con tono di voce infantile, riporta:

P. " Pa-pà. Perché così?"

T. " *Si. Papà perché? ... Cosa così??*"

P. " Papà mi dice ... mi ricordo ... "

T. " *Dove siamo, Giuseppe? Quanti anni hai?*"

P. " A casa ... papà mi sta dicendo cose brutte ... ho 10 anni!"

T. " *Bene. Ora voglio, Giuseppe, che tu mi dica cosa sta succedendo. Cosa vedi, cosa senti? Chi c'è con te?*"

P. " Papà picchia mamma ... e ... mi dice ... se solo potessi ucciderei anche te! Vali meno della feccia, **pezzo di merda** ... non vali nulla ... vali meno della **feccia! Pezzi di merda, tu e mam't ... ti voglio togliere anche l'aria che respiri ... ti voglio togliere anche l'acqua che bevi. . . a te e ... a quella zocc'l d' mam'tl... Ng'sepp: s'è 'na latrina chiena di sciolta!**

T. " *Bravo, Giuseppe. Hai fatto un ottimo lavoro ... tuo padre è quello che è, un ignorante, violento, aggressivo. Tu, invece, sei Giuseppe, unico ... ed ... irripetibile GIUSEPPE! Ora, come sfogliando velocemente le pagine di tanti calendari, hai 15 anni ... Fai un bel respiro e ... coraggio ... dove ti trovi? Chi c'è con te?*"

P. " Sono ... sulla mountain-bike"

T. " *Dove? Con chi?*"

P. " Con S."

T. " *Chi è S.? Io la conosco?*"

P. " Mia sorella Sono caduto dalla mountain-bike ... siamo tornati a casa e c'è papà. Mi rimprovera forte ... "

T. " *Cosa ti sta dicendo? E' arrabbiato?*"

P. " **Ng'sepp, s'è nu' strunz.... Vaffancul' a mam't. Maledett' ch'era d' che t'agjh fatt! ... Non ne fai mai una buona!**"

Il paziente è visibilmente provato, per cui, poggiando i miei piedi sopra i suoi per ancorarlo il prima possibile al presente, lo riporto gradualmente fuori dalla trance mentre gli dico:

" L'importante ... nella vita ... quando si cade ... è imparare a rialzarsi e ripartire Su, Giuseppe, oggi siamo nell'oggi che è il domani del passato e sarà lo ieri di domani ... e l'avantieri di posdomani. 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1".

Giuseppe si riorienta lentamente, ma la sua espressione è più rilassata. Rivivificando quei momenti, a dir poco terribili, vissuti con un padre maldestro, incapace di svolgere il suo ruolo in una famiglia ad alta conflittualità e con un livello di Emotività Espressa evidentemente molto alto, si alza dalla poltrona e si dirige verso una delle tre finestre del mio studio. Io lo seguo e mi pongo leggermente dietro di lui. Mostra apprezzamento per gli alberi e le piante che osserva nel mio giardino. Gli offro un pocket-coffee. Mentre l'assapora, aggiungo: *"È un giardino che per crescere e svilupparsi ha richiesto molta cura ... acqua, i raggi caldi del sole, e molto, molto letame ... che altro non è che **merda ormai stagionata e secca** ... sai, Giuseppe, dall'oro e dai diamanti non nasce niente. Dalla **merda** possono nascere i fiori più profumati e anche i tronchi degli abeti che vedi si sono irrobustiti e ingrossati col tempo, proprio grazie al letame."*

Il paziente è uscito dalla trance, si ricompone, lo invito a seguirmi in soggiorno e gli offro una cedrata. Nel cambiare stanza, noto che cambia anche la sua fisiologia. E' visibilmente rilassato: ha appena abreagito. Mentre insieme sorseggiavamo la cedrata, gli dico:

*"Un uccello posto sul ramo di un albero non ha mai paura che il ramo si rompa, perché la sua fiducia non è nel ramo, ma nelle sue ali ... fidati sempre delle tue capacità, Giuseppe! I genitori non ce li scegliamo e non li possiamo cambiare ... comunque, vedi ... la cosa più importante che un genitore può trasmettere ad un figlio è **come andare avanti senza di lui**".*

Prima di congedarlo, gli chiedo come giudicherebbe, con gli occhi di oggi, oggi che è anche lui marito e padre, il comportamento di suo padre. Si ferma un attimo, pensoso. Poi esordisce: "Dottò, mio padre è stato violento con noi, soprattutto con me. Anche se non sono responsabile del suo comportamento. Ero troppo piccolo e *fragile*"

Volutamente non fisso un appuntamento per la settimana successiva, dicendogli che ho l'agenda piena di impegni, ma che avrei comunque desiderato che mi chiamasse quando avrebbe voluto, magari dopo aver *"cagato duro"*.

Mi giunge la sua chiamata circa tre settimane dopo e mi racconta che i crampi erano scomparsi subito dopo la nostra prima visita e che il giorno prima della telefonata in corso aveva evacuato feci solide, due sole volte al giorno. Mi congratulo con lui e mi rendo disponibile per eventuali altri incontri di *consolidamento* (il termine non è scelto da me casualmente) dei risultati ottenuti qualora mai ne avesse avvertito la necessità. Non l'ho più sentito.

IL CASO DI VERONICA: LICHEN ORALE IATROGENO, GASTRITE E DOLORI CERVICO-DORSALI

Questo caso, infine, mostra come non sempre sia facile per uno psicoterapeuta identificare tutti gli elementi che hanno concorso alla genesi di una psicosomatosi. E di come sia ancor più raro riuscirci nella prima seduta, tanto da poter subito intervenire, su quelle somatizzazioni che insorgano in personalità già problematizzate, dove trovano un terreno emotivo favorevole e si collegano ad una miriade di fattori preesistenti.

Veronica ha 40 anni. Da due anni soffre di lichen orale, di una leggera gastrite e di una sintomatologia di dolori cervico-dorsali, caratterizzata da frequenti cefalee e diagnosticata come "artrite cervicale" pur in totale assenza di segni radiografici. Osservandola mentre espone il suo problema di salute, mi accorgo che, effettivamente, i muscoli del collo e delle spalle sono notevolmente contratti. La tensione muscolare è evidente, anche mentre parla, nei masseteri e sembra incidere anche su quel suo particolare modo di parlare "a denti stretti".

Entra in ansia e dimostra una preoccupazione eccessiva solo quando parla del lichen. Mi racconta che circa due anni prima le è comparsa in bocca, sulla guancia sinistra a livello del secondo dente inferiore, una lesione dolorosa ed urente, che lì per lì, a parte il dolore e il fastidio, non l'ha preoccupata: pensava fosse un'afta, come quelle che hanno i bambini, che sarebbe scomparsa da sola. Le chiedo se al momento della comparsa di quella che ha considerato un'afta stesse attraversando un periodo della sua vita particolare anche se, per esperienza clinica, ho imparato che spesso una psicopatologia si sviluppa quando un periodo critico sembra superato. In quel periodo era in cura per delle carie. Dopo qualche seduta dall'odontoiatra, compare l'"afta" e chiede al professionista un consiglio per eliminarla più rapidamente. L'odontoiatra esamina attentamente la lesione, si allarma molto e diagnostica una brutta forma tumorale. Quando lei cerca di minimizzare, costui le risponde con queste precise parole: *"Al posto suo mi preoccuperei molto!"*

Da quel momento si è scatenata in lei un'angoscia mai sperimentata prima di allora, sono cominciate le tensioni e, la sera stessa di quel giorno, i bruciori allo stomaco. Imitando il tono di voce dell'odontoiatra, aggiunge che lo

specialista l'ha poi indirizzata ad una luminare, professoressa ordinaria di Odontostomatologia presso l'Università di Roma "Sapienza", affermando che era l'unica in Italia in grado di formulare una diagnosi esatta della malattia e, forse, anche di salvarle la vita.

Per sfortuna, la superprofessoressa superspecialista, davvero molto competente, era assente in quel periodo e Veronica riuscì ad avere un appuntamento solo un mese dopo. Un mese di ansia, angoscia, tensione nervosa, in cui comparvero la cefalea ed i dolori cervico-dorsali.

La lesione, invece, in pochi giorni guarì, ma al suo posto ne comparvero altre, maculo-papulose ma non molto dolorose: il fastidio era percepirne il prurito e il pizzicore. L'angoscia era sapere che c'erano, sentirle con la lingua, guardarle allo specchio e non conoscere cosa fossero e quale reale pericolo rappresentassero.

Ed eccoci alla visita tanto angosciosamente attesa. La diagnosi di lichen orale fu immediata, senza il minimo dubbio. La professoressa, tuttavia, la tranquillizzò: si trattava di una malattia solitamente non grave e non pericolosa, ma che andava controllata e curata. L'esimia professoressa le raccomandò di non andare a cercare immagini e spiegazioni sul lichen in internet, perché si sarebbe spaventata. Non lo faccia mai".

Con il trascorrere dei mesi e delle visite di controllo, in due anni, tuttavia, nonostante le terapie farmacologiche generali e locali, il lichen era rimasto fondamentalmente stabile: sempre nella stessa guancia, accadeva che alla scomparsa di una lesione seguiva la comparsa di un'altra.

Abitando nelle Puglie, in un paese molto vicino a Matera, venne indirizzata da me dal suo Medico di Base.

Mentre ascoltavo tutta questa storia, per stimolare cambiamenti utili nel suo vissuto, punteggiavo le sue sequenze comunicative con commenti decisamente poco deontologici: sulla competenza medica e sul comportamento negativo dell'odontoiatra, apprensivo, ansioso ed incompetente, allo scopo di chiarire meglio alcuni punti ma soprattutto per disconfermare il messaggio iatrogeno patogenetico. Per il tono enfatico e irridente che volutamente davo al mio paraverbale, dopo 40' circa ottengo il primo cambiamento emotivo: riesco a farla ridere, aggiungendo : "*Che fai? Ridi? ... Mah sì ... tanto di troppo ridere non è mai morto nessuno!*". Induco lo stato di modificazione della coscienza (Ipnosi), che sviluppa facilmente. E' di palmare evidenza il suo rilassamento

fisico completo e profondo. La rima orale le si apre, smette di deglutire, la testa è flessa sul lato destro della poltrona ipnotica. Mi limito a fornirle generiche suggestioni di rilassamento: un'ipnosi *neutra*. Però, accompagnandola nella sua unica e personale *trance*, cambio idea e le ingiungo dolcemente: " ... *fai quello che vuoi, lascia solo una piccolissima parte della tua mente a seguire, se vuole, con calma, lentamente, tranquillamente, il suono delle mie parole ... per il resto ... fai tutto quello che vuoi ... quello che ti piace ... solo una piccolissima parte della tua mente, mentre il tuo respiro ... piano piano ... diventa ... un po' ... più ... l e n t o ... un pochino più tranquillo* *così ... scorrendo così lento, tranquillo, ci porta ... un po' più lontano, un po' più lontano ... magari in un altro posto, mentre intorno il rumore che proviene dalle lancette dell'orologio posto sul comodino accanto a te ci culla, avvolge ancora un po' questo riposo ... e possiamo scivolare ... l o n t a n o ... indietro. Possiamo scivolare pian piano, poi, magari a quando eravamo un po' più piccoli, indietro, lontano. A volte riaffiorano dei ricordi, di tanto tempo fa ... IO ricordo ... da piccolo ... amavo tanto gli spartiti per pianoforte ... amavo gli spartiti ... per quel loro odore ... un po' ... particolare ... e per la carta ... antica.*

Spartiti di musiche che avevano assorbito tanti sogni ... ti tante altre persone prima di me ... io leggevo quegli spartiti e suonavo il pianoforte ... Guardavo quelle note ... che scorrevano ... una dopo l'altra, davanti ai miei occhi di bambino. .. e piano piano, suonando, le note mi suggerivano immagini ... ricordi ... colori ... arcobaleni, una dopo l'altra. Ogni pezzo di musica era una porta ... portava in un mondo diverso. Ogni pezzo di musica era una porta che si apriva su un sogno diverso. A volte le note erano solo note, come a volte le parole sono solo parole. Altre volte, invece ... si trasformavano in un mondo intero ... un po' ... come ... come quando, a volte, un oggetto è solo un oggetto, e un'immagine è solo un'immagine. Nel giardino, qui sotto, c'è un albero di limoni a volte ne prendo uno, lo guardo, lo ... mordo ... e tutto ... è finito lì. A volte può essere così per un lungo periodo Però, a un certo punto può darsi ... che quel limone ... abbia ... un colore ... un po' più bello del solito. Può darsi che quel limone abbia un giallo ... molto particolare, che scintilla sotto la luce del sole ... e quel giallo sfuma pian piano in un altro colore. E su quella buccia ... lucida ... la luce intreccia giochi di colori ... luminosi ... la luce del sole del tramonto, poi, si riflette specchiandosi in quella buccia lucida ... IO allora il limone in quel momento di fine giornata posso aver voglia di coglierlo Di tenerlo nella mia mano, quel limone, finché la luce della buccia, nella mia mano ... (non sequitur) ... fresco è quel limone ... posso sentire il peso di quel limone fresco che c'è

nella mia mano ... e posso, se voglio ... avvicinarlo alle labbra ... (il braccio sinistro della paz. comincia a levitare in direzione della bocca) ... e sentirne la fragranza, il profumo ... avvicinare sempre più quel prodotto profumato alle mie labbra, sentirne la freschezza ... e aver voglia di morderlo ... sentirne il sapore aspro nella bocca ... sentirne il succo ... nella bocca. Eppure, sembrava solo un ... limone. E poi, il limone si fa un pochino più piccolo, più verde, più verde, più piccolo ... limone un pochino più giovane. (la mano è ora a contatto con le labbra). Adesso questo limone è tornato ... più indietro ... è ritornato ad essere un candido fiore bianco ... con i petali così delicati ... mossi dall'aria ... accarezzati dal vento ... petali di limone scaldati dal sole ... tutto intorno è una festa. Quel piccolo fiore ... nuovo ... appena sbocciato, nuovo ... che si apre sul mondo, che vibra nell'aria ... accarezzato dal sole. Possiamo ora contare da 5 fino a 1. Andremo dal 5 e ci avvicineremo all'uno. 5, avremo la sensazione che questo gioco ci avrà lasciato ... 4, una traccia ... che potrà esserci utile, 3 ... la tua voce scivola come seta ... 2, e ritorni qui ... ora, oggi, 1, adesso. Ciao, Veronica! Fai qualche respiro profondo, sgranchisci braccia e gambe senza fretta e dimmi come è andata".

La paziente mi guarda basita: è positivamente stravolta e mi dice di sentire di essersi liberata di un peso enorme dalla testa, dal collo e dalle spalle, infatti noto che ha cambiato espressione e parla anche in un modo diverso, con un tono più "soave" e l'eloquio è più fluido. Le sensazioni di prurito e pizzicore non sono sparite ma si sono attenuate.

Affermo, convinto, fissando intensamente la sua glabella senza batter ciglio, come per guardarle un punto posto dietro la sua testa (fascinazione) che potremmo già aver eliminato il suo problema e le dico di rifarsi viva dopo due settimane, quando voleva, chiamandomi sul cellulare fra le ore 8.00 e le ore 9.00 del mattino, per raccontarmi di essere guarita o per finire di risolvere, definitivamente, quello che eventualmente fosse rimasto.

L'avevo già congedata, era l'ultima visita della mia giornata lavorativa, quando sento suonare il citofono. Era Veronica. Scendendo la scalinata che porta verso l'uscita, aveva notato l'albero di limoni in giardino. Esprime il desiderio di poterne prendere qualcuno da portare con sé. E io: " *Ma certo, cara! Cogliline quanti ne vuoi! Scegli tutti quelli che ti piacciono di più. Ciao.*"

Dopo 15 gg telefona, mi dice che ha ancora il lichen e un po' di prurito in bocca, mentre gli altri sintomi sono scomparsi. Quando si ripresenta, nel piccolo corridoio che separa la sala d'attesa dal mio studio, le domando perché non è guarita. A volte le domande più stupide ottengono le risposte

più utili. Accomodandosi in poltrona, mentre io mi sistemavo di fronte a lei, mi chiede: *“Perché la professoressa mi ha detto di non andare in internet e non cercare mai informazioni e immagini sul lichen perché mi sarei spaventata?”*

Ecco il punto. Questa è una suggestione negativa indiretta efficacissima perché stimola un’elaborazione fantastica pessimista ed illimitata, perché smuove l’ansia e si incista nella testa del povero paziente. Il messaggio della professoressa “lampadario” si collegava al precedente dell’odontoiatra (“se fossi in lei mi preoccuperei molto!”) e, fondamentalmente, lo confermava. Veronica avrebbe potuto cercare informazioni su internet, ma il terrore di trovarvi pessime notizie l’ha bloccata e l’ha fatta desistere; sono due anni che ogni tanto pensa o cerca di non pensare (il che è uguale) che cosa potrebbe leggere di terribile o terrificante sulla sua malattia e sul suo destino:

il sintomo tiene viva la preoccupazione che deve mantenere il sintomo per sentire e quindi controllare quello che succede nella propria bocca. Un *circolo vizioso dell’ansia tutto iatrogeno!*

Ha appena finito di dirmi la frase “clou” della professoressa luminare-lampadario che la invito ad alzarsi e a venire dietro la mia scrivania al mio fianco. Accendiamo il mio computer e l’invito a digitare su Google “lichen”. Lei legge qualche contenuto e dice : *“ Tutto qui?”* Aspetta ... ora andiamo in Google Immagini e cerchiamo “lichen”.

Veronica osserva interessata le foto di mani pieni di lichen ruber planus, bocche disastrose, ecc e dice ancora: *“ Tutto qui, dottore? Ma IO NON HO UN MALE DI QUESTO TIPO! Perché la professoressa mi ha così spaventata, perché mi ha detto di non leggere mai nulla sulla mia malattia??”* Ribatto: *“ Me lo chiedo anch’io, Veronica, e non riesco a trovare una risposta semidecente”*.

Insisto nell’affermare di aver letto in un qualche testo che il lichen ruber planus a volte può anche scomparire spontaneamente ed una visita di controllo ogni due o tre mesi per un lichen fastidioso e preoccupante non si nega a nessuno.

A quel punto, Veronica sorride e ride, anche con gli occhi. Sembra provare una sensazione di sollievo. Si accomoda in poltrona. Le suggerisco solo istruzioni di benessere e rilassamento. Al “risveglio” ha tutte le sensazioni positive e piacevoli della seduta precedente, però più intense. Lentamente, con stupore, mi dice di non avvertire più prurito in bocca. E’ incredula, felice, ma ha ancora timore che ricompaia. Non parla più a “denti stretti”. Le

annuncio con tono sicuro che non le fisso altri appuntamenti perché penso sia tutto risolto ma le chiedo di tenermi informato.

Quattro giorni dopo mi telefona, entusiasta e stupita, dicendomi che non solo dalla seduta non ha più avuto prurito ma allo specchio non riesce a vedere più alcuna lesione. Mi richiama dopo dieci giorni per annunciarmi che neppure la sua nuova dentista (ha deciso di non farsi più seguire dal "terrorizzatore") ha trovato la minima traccia di lichen o di altri tipi di lesioni. Mi richiama ancora, dopo due mesi, per farmi gli auguri di Natale. Anche lo stomaco è quasi del tutto a posto. Le consiglio di approfittare delle feste per godersi un po' di stravizi alimentari senza problemi, tanto in caso di necessità c'è sempre il MMG per prescriverle una compressina di antiacido.

La formazione accademica medica o psicologica, per una serie di ragioni, ci ha insegnato un comportamento che è spesso disumano e iatrogeno: ci hanno spesso insegnato a complicare anche le situazioni più semplici. Molti professionisti della salute, credendosi nel giusto, possono, senza rendersi conto delle reali dinamiche mentali che muovono, continuare a reiterare modalità comunicative patogenetiche.

Quando si drammatizza una patologia, sia fisica sia, soprattutto, psichica, la si rende veramente drammatica e invece di capire di aver suggerito ed alimentato il problema, aggravandolo o, addirittura, creandolo, si può essere convinti di aver correttamente prognosticato l'evoluzione della malattia.

Viene così violato il primo e più importante comandamento ippocratico:
PRIMUM NON NOCERE.

BIBLIOGRAFIA

- Alexander F. (1950), *Medicina psicosomatica*. Tr.it. Editrice Universitaria, Firenze.
- Alexander F., French T., Pollock G. (1968), *Psychosomatic Specificity*. University of Chicago Press, Chicago, IL
- Anseau M., Dierick M., Buntinkx F., Cnockaert P., De Smedt J., Van Den Haute M., Vander Mijnsbrugge D. (2004), *High prevalence of mental disorders in primary care*. In *Journal of Affective Disorders*, 78, pp. 49-55.
- Biondi M., Bonaccorso S., Di Fabio F. (1997), *Cervello e Sistema Immunitario*. In *Mente, Cervello e Sistema Immunitario* (ed. M. Biondi), pp. 41-62, McGraw-Hill, Milano.
- Biondi M., Pancheri P. (1999), *Stress: psiconeurobiologia e aspetti clinici in psichiatria*. In *Trattato Italiano di Psichiatria* (ed. P. Pancheri, G. Cassano), pp. 311-346, Masson, Milano.
- Cannon W.B. (1929), *Bodily changes in pain, hunger, fear and rage: an account of recent research into the function of emotional excitement* (II ed.). Appleton-Century-Crofts, NY.
- Cloninger C.R. (1986), *Unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states*. In *Psychiatry Development*, 3, pp. 167-226.
- Cloninger C.R. (1987), *A systematic method for clinical description and classification of personality variants*. In *Archives Of General Psychiatry*, 44, pp. 573-588.
- Cavallier F.J.P. (1993), *Manuale di visualizzazione*. Xenia, Milano.
- Damasio A. (1999), *Emozione e Coscienza*. Adelphi, Milano.
- Denollet J. (1998), *Personality and coronary heart disease: the Type-D*. In *Annals of Behavioral Medicine*, 20, pp. 209-215.
- Denollet J. (2000), *Type- D personality: a potential risk factor refined*. In *Journal of Psychosomatic Research*, 49, pp. 255-266.

Dunbar (1935), *Emotions and bodily changes: a survey of literature on psychosomatic interrelationships*, pp.1910-1933. Josiah Macy jr., Foundation by Columbia University Press, NY

Dunbar (1947), *Mind and Body: psychosomatic medicine*. Random House, NY.

Engel G.L. (1977), *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. In *Science*, 196, pp. 129-136.

Engel G.L. (1980), *The clinical application of the biopsychosocial model*. In *American Journal of Psychiatry*, 137, pp. 535-544.

Friedman M., Rosenman R.H. (1959), *Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings: blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease*. In *Journal of the American Medical Association*, 169, pp. 1286-1296.

Greco M. (1998), *Illness as a Work of Thought. A Foucauldian Perspective on Psychosomatics*. Routledge, London.

Green J.R., Shellenberger R. (1991), *The Dynamics of Health and Wellness. A Biopsychosocial Approach*. Holt, Rinehart and Winston, Orlando, FL.

Groddeck G. (1923), *Il libro dell'Es*. Adelphi

Kroenke K (2003), *Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management*. In *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12, pp. 34-43.

Lipowski Z.J. (1986), *Psychosomatics medicine: past and present*. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 2-21.

McEwen B.S., Stellar E. (1993), *Stress and individual: mechanisms leading to disease*. *Archives of Internal Medicine*, 153, 2093-2101.

Panksepp J. (2005), *Affective consciousness: Core emotional feelings in animals and humans*. In *Consciousness and Cognition*, 14, pp. 30-80.

Pierri G. (1993), *Compendio di Psichiatria*. Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Rogers C.R., Kinget G.M. (1970), *Psicoterapie e relazioni umane*. Bollati Boringhieri, Torino.

Selye H. (1936), *A syndrome produced by diverse noenous agents*. Nature, 138, 32.

Selye H. (1956), *The stress of life*. McGraw-Hill, NY.

Sifneos P.E. (1973), *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*. In *Psychoterapy and Psychosomatics*, 22, 255-262.

Solms M., Turnbull O. (2003), *Il cervello e il mondo interno*. Raffaello Cortina, Milano.

Stahl S.M. (2000), *Psicofarmacologia essenziale*. Centro Scientifico Editore, Torino.

Temoshock L., Heller B.W. (1981), *Stress and "Type-C" versus epidemiological risk factors in melanoma*. In *Proceedings of the 89th Annual Convention of the American Psychological Association*, Washington, DC

Todarello O., Porcelli P, (2003) (a cura di), *Medicina Psicosomatica. Valutazione scientifica, integrazione organizzativa e costo sociale*. Franco Angeli, Milano.

Wainwright N.W., Surtees P.G., Wareham N.J., Harrison B.D.W. (2007), *Psychosocial factors and incident asthma hospital admissions in the EPIC-Norfolk cohort study*". In *Allergy*, 62, pp. 554-560

INDICE

Piccola nota biografica sul nostro Fondatore.....	pag. 3
Proemio	" 5
Introduzione.....	" 7
Cap.1. La Psicosomatica dalle origini ai nostri giorni.....	" 9
Cap. 2. Il paradosso del rapporto Mente – Corpo	" 17
2.1) I concetti di "malattia", "ruolo di malato" e "comportamento di malattia"	" 18
2.2) La somatizzazione.....	" 19
2.3) Nosofobia, Tanatofobia, Ansia per la salute	" 22
Cap. 3. Il ruolo degli eventi di vita stressanti	" 24
3.1) Psicobiologia della stress	" 25
3.2) Stress ed espressione genica	" 27
3.3) Stress e sistema immunitario.....	" 28
3.4) Il concetto di carico allostatico	" 29
Cap. 4. Il ruolo della personalità	" 31
Cap. 5. Fattori psicodinamici, relazionali e socioambientali nella patologia psicosomatica.....	" 34
Cap. 6. Alcuni esempi di Psicosomatosi e l'Ipnosi Clinica come trattamento elettivo	" 37
▪ Il caso di Giovanna: iperidrosi essenziale	" 41
▪ Il caso di Giuseppe: crampi addominali e dissenteria funzionale	" 48
▪ Il caso di Veronica: lichen orale, gastrite e dolori cervico-dorsali	" 56
Bibliografia	" 62