

La psicosomatica come approccio interpretativo alla persona

Carla Corbella*

Nel cercare di comprendere e spiegare chi sia l'uomo, si coglie in lui la presenza di aspetti che tradizionalmente si definiscono con i termini di corpo, mente e anima che rimandano a dimensioni diverse: biologica, psichica, spirituale. Quale rapporto sussiste tra di essi? Come si armonizzano e distinguono? Quale fa dell'essere umano un uomo e perché?

In particolare, l'interazione mente-corpo è oggetto di studio della psicosomatica: una scienza che si propone di studiare e aiutare l'essere umano considerando i suoi aspetti psicologici, sociali e biologici¹, dunque con un'attenzione precisa agli equilibri tra mente e corpo considerati nel contesto in cui le persone vivono e da cui sono influenzate in modi differenti. Sono in aumento i pazienti con sintomi somatici anche cronici che non presentano plausibili cause mediche (MUS: *medically unexplained symptoms*) e i disturbi psicosomatici sono trasversali ai vari *setting* clinici di diagnosi e cura. Inoltre, si è di recente colto come pazienti con malattie croniche tradizionalmente interpretate a livello biomedico come *ictus* e cancro presentino alti tassi, per esempio, di depressione.

Mente e corpo: compagni di viaggio o unico viaggiatore?

È una questione da sempre posta e mai del tutto risolta, in quanto le interazioni mente-corpo ci sono, ma non si presentano del tutto chiare: resta sempre una zona d'ombra che spinge la ricerca ad andare sempre oltre.

I termini corpo e mente sembrano chiari, per cui appare persino banale definire corporeo ciò che è fisico e mentale ciò che non lo è. Ma nella realtà la distinzione non è così assodata in quanto anche il rimando ad esperienze tangibili mostra come non si possa comprendere l'uno senza l'altro. Infatti senza attività mentale, un oggetto non esiste a livello di esperienza individuale anche se fisicamente lo si percepisce. È anche legittimo chiedersi: i comportamenti violenti o depressivi sono causati da determinanti genetiche oppure da esperienze vissute nel passato e interpretate in un certo modo? È l'alterazione somatica che causa la sensazione di angoscia o è la paura incontrollabile che procura le alterazioni corporee? Evidentemente una risposta non è scontata e soprattutto non è lineare.

* Insegnante di teologia morale presso il master di bioetica della Facoltà Teologica dell'Italia settentrionale, sezione di Torino e diplomata all'Istituto Superiore per Formatori.

A livello epistemologico il dualismo appare allora come una debole prospettiva. Esso esprime come corpo e mente, benché interagiscano e facciano riferimento entrambe al cervello, tuttavia si presentino come due realtà distinte per cui i meccanismi dell'uno sarebbero differenti dall'altra. La prospettiva dualista, se ha permesso lo sviluppo della medicina meccanicista, appare inadeguata nella misura in cui gli aspetti fisici e quelli psichici sono implicati in ogni modificazione psicosomatica.

Mente e corpo alla luce delle neuroscienze

Se il rapporto mente-corpo è sempre stato oggetto di analisi filosofica, oggi il problema è spostato sul tipo di rapporto sussistente tra mente e cervello nella misura in cui le neuroscienze, sul terreno delle misurazioni e dell'analisi empirica del cervello, sostituiscono la mente (oggetto di specifica indagine della psicologia cognitiva) con il cervello (oggetto di studio delle neuroscienze).

Le neuroscienze cercano di comprendere in quale modo i circuiti neuronali, il loro sviluppo e le loro modificazioni costituiscono le basi neurologiche della vita emotiva, affettiva e cognitiva. L'indagine neuroscientifica si pone allora tra due ambiti eterogenei, il fisico e lo psichico, alla ricerca delle loro correlazioni, superando, a livello epistemologico, la prospettiva dualista.

Certo è che il cervello è assolutamente necessario per l'esistenza della mente. Più difficile è determinare se i fenomeni mentali (non solo il pensiero ma tutti i fenomeni psichici, dalla coscienza alle emozioni, dai sentimenti al linguaggio) siano riducibili ai circuiti cerebrali in termini di secrezione neurale. Tuttavia è interessante notare come la mente possa modificare i meccanismi biologici invertendo la direzione di causalità.

Una possibilità per capire la relazione mente cervello senza ridurre la prima al secondo è rappresentata dalla concezione della *mente intesa come proprietà emergente del cervello*ⁱⁱ cioè una o più caratteristiche che si verificano ad un livello più elevato di complessità di un sistema e che non sono predette dal livello inferiore (le molecole dell'acqua, idrogeno e ossigeno, non bagnano singolarmente prese mentre l'acqua sì). La mente è dunque dovuta all'interazione dei neuroni ma è fatta di elementi (pensieri, sentimenti, ricordi) che non esistono a livello di neuroni. Evidentemente qui c'è una sfida al pensiero lineare (da A a B) poiché per le neuroscienze il rapporto fra A e B è causale (anche se non c'è un accordo relativamente alla dinamica precisa) ma non diretto e prevedibile. Allora, mente e corpo sarebbero la stessa realtà ma visti da due prospettive così diverse da costituire due differenti realtà. Si potrebbe quasi dire che l'essere umano è fatto da una sola sostanza (monismo) che viene colta attraverso due prospettive così diverse da essere due (aspetto duale). Del resto, la sostanza mentale ci appare fisica se la guardiamo come un oggetto (cervello) e mentale quando la guardiamo dall'interno del soggetto stesso (mente).

A chi scrive pare che, tuttavia, la spiegazione scientifica non generi da sola la comprensione del senso dell'essere che spinge sempre avanti in una comprensione mai risolutiva.

È chiaro che gli stati mentali e cognitivi presuppongono la vita della mente che abbraccia sia gli eventi consapevoli sia l'inconscio. Essi sono riconducibili ad attività cerebrali, tuttavia - come appreso dal neocognitivismo - suppongono una relazione complessa tra mente, corpo e ambiente. Gli stati mentali e cerebrali

rinviano al soggetto personale che è in relazione con sé, gli altri, il mondo, per cui i sentimenti e le emozioni hanno una valenza antropologica e psicologica. Allo stesso modo, la mente implica il carattere intenzionale e motivazionale dell'essere e agire umano colto nella rete delle relazioni. Da qui la constatazione che gli stimoli ambientali, percepiti dagli organi sensori, provocano la stimolazione del soggetto senziente-intelligente che esperisce l'unità della sua esistenza. Tuttavia le sensazioni e i sentimenti particolari rivelano il loro significato nell'orizzonte integrale della persona e nel tessuto esistenziale e biografico dell'esistenza.

Per la comprensione della dimensione affettiva e sentimentale è utile l'indagine delle strutture del sistema nervoso ma ciò non basta a qualificare la specificità della vita della mente che implica la dimensione soggettiva del proprio corpo cioè l'unità originaria vivente che noi siamo e che viviamo in prima persona nel dinamismo relazionale costitutivoⁱⁱⁱ.

Pensare psicosomatico e approccio terapeutico conseguente

Per tentare una precisa definizione della psicosomatica si può dire che è lo studio sistematico dei fattori psichici e emotivi che hanno un ruolo nelle malattie del corpo. Tale studio si basa sul postulato dell'inscindibile unità biologica (mente-corpo) della persona. Per definire un disturbo come psicosomatico, diversamente dalla malattia organica la cui insorgenza non implica alcun fattore emotivo e dai sintomi psicopatologici che possono derivare dalla malattia organica, quel disturbo deve essere al contempo psicogeno ma con disfunzioni fisiologiche dell'organismo.

Evidentemente l'orizzonte antropologico di fondo è una comprensione olistica dell'essere umano mentre a livello cognitivo è necessario superare le categorie dicotomiche del dualismo. Alla domanda «questo è un disturbo psicosomatico?» si risponde, infatti, normalmente facendo riferimento alle categorie a priori per le quali gli eventi psicologici devono essere direttamente la causa della classe degli eventi fisici. Più si usa questa concezione implicita tanto meno si usa in modo appropriato il ragionamento clinico secondo il quale sono i problemi presentati dal paziente a dover guidare le osservazioni logiche e non viceversa.

Per far questo è necessario un orizzonte ancora più ampio del solo monismo, nel senso che oggi è riconosciuto che le malattie si presentano in termini multifattoriali cioè implicano numerose variabili sia per la loro insorgenza, che decorso, che esito finale. Alcuni fattori sono specificatamente biologici, fisici, medici altri sono psicologici, altri sociali, alimentari, economici. Ogni fattore è di interesse di una specifica disciplina che tuttavia non basta da sola a spiegare e a risolvere la patologia.

Molto importante è, dunque, l'integrazione delle diverse prospettive anche perché gli eventi hanno sempre una natura complessa e possono essere studiati e affrontati con approcci diversi dal cui equilibrio nasce la capacità di curare nel modo più efficace.

Tutti i punti di vista sono legittimi ma non tutti hanno la stessa importanza in quanto le malattie sono sì *multifattoriali* ma anche *eterogenee*. Ciò significa che i fattori variano a seconda dei soggetti, anche a parità di malattia, e in ciascun soggetto in base ai periodi della sua vita.

Il punto, allora, del pensare psicosomatico e dell'approccio terapeutico che ne consegue è di individuare quali siano i fattori psicologici con un peso relativo

importante e/o in associazione con i fattori biomedici e non solo nello spiegare un certo tipo di patologia in un certo paziente. Detto diversamente, la psicosomatica non si interessa della causa della patologia X né se sia da considerare psicosomatica ma *il peso relativo* dei diversi fattori implicati da cui deriva anche la possibilità di intervenire terapeuticamente in modo differenziato e individualizzato. I fenomeni psicosomatici, infatti, hanno una propria autonomia non riconducibile ad un legame causale diretto con nessuno dei fattori considerati singolarmente.

In questo senso la medicina psicosomatica dovrebbe essere colta come una disciplina di integrazione e non iperspecialistica, cioè la si dovrebbe cogliere come un modello trasversale alle varie specializzazioni di medicina e psicologia clinica in un ottica di integrazione delle variabili biologiche, psicologiche e sociali clinicamente significative nel determinare l'espressione della patologia somatica.

Le malattie psicosomatiche

In un approccio psicosomatico, accanto ai processi patologici è necessario tener presente gli atteggiamenti delle persona di fronte alla malattia e alla salute. Da qui deriva la distinzione tra livello di *spiegazione* del disturbo e *comprensione* del vissuto del paziente.

Infatti ciascuno percepisce, valuta, manifesta o nasconde i sintomi in modo differente, in base non solo alla natura e gravità del disturbo ma anche alle caratteristiche personali. Chiaro influsso a questo riguardo è dato dalla cultura e dall'educazione ricevute. Può essere che una normale modificazione fisiologica, per esempio del battito cardiaco o della tensione muscolare, possa a volte far sentire certi individui come malati. Bisogna allora spostare l'accento dagli aspetti somatici al modo in cui il soggetto percepisce il proprio stato di salute.

Alcuni hanno un comportamento di malattia alterato fortemente per cui interpretano ogni segnale del corpo come evidente segno di malattia (ipocondriaci), altri hanno sintomi somatici per i quali non si trova un'alterazione biologica significativa, altri non si presentano dal medico neppure quando la patologia è evidente, altri si sentono malati anche senza veri e propri sintomi...

La somatizzazione è la tendenza transitoria o persistente a provare e comunicare la sofferenza psicologica sotto forma di sintomi somatici e a cercare aiuto per questi. Certamente, in ciascuno c'è l'espressione corporea degli stati emotivi sia in salute che in malattia ma in alcuni ciò è molto intenso. Ogni fenomeno psichico, normale o patologico, si riconosce anche per i suoi aspetti somatici (tachicardia, sudorazione...) ma è inevitabile che una parte degli affetti non sia percepita sul piano conscio e quindi si presenti attraverso fenomeni corporei. Anche nelle malattie organiche ci sono fenomeni di somatizzazione che esprimono un disagio emotivo. Spesso si accompagnano all'ipocondria e mostrano comorbidità con disturbi psichiatrici (disturbi d'ansia, attacchi di panico). Certamente la somatizzazione si presenta come un problema complesso che se da un lato sfuma verso la normalità fisiologica dall'altro si sovrappone spesso a sofferenze emotive. La sua interpretazione e valutazione è anch'essa complessa e non priva di ambiguità sia nel differenziare le diverse sindromi cliniche sia nella loro interpretazione eziopatogenetica.

Gli aspetti fisiologici e quelli psicosociali possono interagire in modo complesso favorendo sia l'insorgenza che il perdurare dei sintomi, per cui il clinico deve mettere in atto non solo le sue conoscenze mediche ma anche le sue capacità

relazionali accettando di affrontare la sofferenza dell'altro e confrontandola con la propria. A livello comunicativo se il paziente cerca più comprensione psicologica che terapeutica, il medico deve uscire dal linguaggio dualista di psicosomatica e dall'atteggiamento medicalistico a vantaggio di una maggiore empatia.

L'ipochondriaco, in particolare, non sarà mai rassicurato sufficientemente per la sua salute, né dalle infinite indagini diagnostiche, né dalle spiegazioni dei professionisti: egli si sente sempre insoddisfatto per come viene curato ed il medico frustrato per l'insuccesso del suo approccio. Ciò che in realtà il paziente cerca è il rapporto con il medico, cioè non essere curato nei suoi sintomi ma essere considerato come persona e dunque poter comunicare che si sente in grave difficoltà e necessità di considerazione. Il medico deve mostrare di capire e accettare il paziente (che si presenta spesso antipatico) piuttosto che eliminare il disturbo.

Malattia e atteggiamenti: il saper prendersi cura

In questo senso la narrativa dei pazienti (sia del proprio corpo che del proprio vissuto spesso attraverso un linguaggio metaforico) è parte costitutiva dell'interazione, poiché mostra il modo di cogliere e interpretare la propria salute e/o malattia e di dare significato agli eventi attraverso categorie logiche il cui ascolto già indirizza la terapia.

Appare evidente che l'atteggiamento del sanitario deve passare dalla discussione della situazione sia medica che psicosociale del paziente (il che indica il mantenimento di un comportamento poco empatico e difensivo centrato su un altro registro linguistico di tipo scientifico e non metaforico) all'ascolto (disponibilità alla comprensione della persona nel suo vissuto non solo medico) dei problemi non medici e della percezione che il paziente ha degli stessi. Si tratta di due approcci diversi: il paziente parla del suo corpo malato dunque del «Leib» mentre il medico resta normalmente sul «Körper», cioè da un lato c'è un metodo di conoscenza dualistico e dall'altro un interagire con un soggetto antropologico unitario. Riuscire a intercettare il vero registro del paziente è l'opportunità più significativa per la terapia.

ⁱ Cf F. Baldoni, *La prospettiva psicosomatica*, Il Mulino, Bologna 2010; P. Porcelli, *Medicina psicosomatica e psicologia clinica. Modelli teorici, diagnosi, trattamento*, Raffaello Cortina, Milano 2009.

ⁱⁱ P. Porcelli, *Medicina psicosomatica e psicologia clinica.*, cit., p. 67 segg.

ⁱⁱⁱ S. Spiri, *Filosofia della mente e neuroscienze* in L. Renna (a cura di), *Neuroscienze e persona: interrogativi e percorsi etici*, EDB, Bologna 2010, pp. 39-69, 47.