

Interviste/Interviews

Massimo Biondi

Ordinario di Psichiatria, Direttore del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica della Sapienza - Università di Roma

In che modo la psichiatria attuale considera la relazione mente-corpo?

Finalmente, forse dopo molti decenni, la psichiatria cerca di integrare i due concetti e porli a ponte, perché tutta la psicopatologia – splendida – è stata per un secolo e più, forse anche due, tutta quanta ‘psi’, o solo ‘psi’: cioè parlava in un modo molto approfondito, dal vissuto a tutto il mondo dei sintomi e dei segni e delle sindromi, di cose che erano incorporee, laddove il corpo entrava – come dire – a volte poco, a fatica ed era più che altro visto come qualcosa dove la mente ‘abitava dentro’. Basta pensare al corpo dello schizofrenico – o del depresso – che era studiato solo come espressione di sintomi utili alla diagnosi. Prendendo ad esempio quello della depressione, attualmente le visioni più recenti che si stanno piano piano affermando, sono di un disturbo che non è mentale: è un alterato assetto somatico – la depressione – e molti dei sintomi fisici della depressione oggi sono reinterpretati come sintomi espressione di una comune alterazione, centrale, che dà segni di sé a livello mentale e corporeo. Se uno dice: non è la serotonina ma è la corporeità nel suo insieme che è coinvolta – a partire dalla serotonina – ma c’è un disturbo, ad esempio un’alterazione dei recettori glicocorticoidi centrali che pilotano l’alterazione dell’umore, del bioritmo, del dolore e delle manifestazioni neuroimmuni, si comincia a capire come tutto ciò sia non mentale o corporeo, ma un tutt’uno. In sintesi, si comincia a capire che mente e corpo sono due modi di raccontare la realtà, che noi usiamo con il linguaggio, utili, però – come dire – sbagliati, cioè parziali ... però continuiamo ad usarli perché al momento non abbiamo altri descrittori.

In questa chiave qui, ricordo che lei ha definito un giorno, in un convegno che la depressione è una malattia psicosomatica ...

È un vecchio termine che andrebbe rispolverato ... psicosomatica intesa proprio nel pieno della sua serie di sofferenze sia psichiche che fisiche. Il paziente depresso le ha tutte due insieme e la ragione unitaria è in questa radice.

In passato il terreno di elezione della relazione mente-corpo era considerato la psicosomatica. Non crede che nel momento attuale questo ambito sia troppo angusto?

Sì, nel senso che è giusto porsi il problema in questi termini, perché la vecchia idea era che da una parte c'erano le malattie fisiche, quelle del soma, e uno studiava il vetrino, e dall'altra c'erano quelle della psiche, che erano, diciamo, dell'anima; in mezzo c'erano, forse, le possibilità che stati psichici influenzassero il soma, ed era la psicosomatica. Non è sbagliato. Però, a ben vedere, se uno fa un passo indietro e guarda le cose da lontano, si accorge che sono un tutt'uno: cioè che la depressione – ho fatto l'esempio della depressione, ma anche dell'ansia – sono disturbi di tipo psicosomatico. Ansia è un termine che deriva da 'angere' (stringere) e l'ansia come prima esperienza è somatica. È un senso di pena, con tremore, tensione, con tanti sintomi fisici; e questo senso di costrizione, con sentimento di paura, vanno insieme: separarli è artificioso. Per la depressione il discorso è simile. Ma anche se uno parla di disturbi classici come la schizofrenia, dove uno dice "beh, è il mondo del delirio, è il mondo dell'autismo, ecc." in realtà c'è anche il corpo che partecipa. Il concetto di depressione come malattia psicosomatica o di schizofrenia e corporeità, da me ad esempio, trovano una familiarità profonda con quanto ho imparato da Giancarlo Reda e poi da Paolo Pancheri. Tanti anni fa io facevo uno studio sugli 'autistici', come li chiamava Reda – alla Minkowski – indagando la reattività neurovegetativa, il battito cardiaco, l'attività elettrodermica e vedemmo che nel più autistico, anche addirittura persone in blocco psicomotorio, c'era dentro una tempesta: la tempesta di parametri biochimici. Le persone mostravano sintomi, che dopo si sarebbero chiamati negativi, ma erano tutt'altro che negativi! Nel normale autistico la frequenza cardiaca, quando io mi avvicinavo, andava a 90 o 100 battiti al minuto e rimaneva così per un'ora intera finché stavamo in laboratorio. Nel normale studente andava a 90 quando io arrivavo, ma dopo 10 minuti era scesa a 70 (cioè mancava l'abituazione). Quindi il corpo partecipava: altre volte era la microsudorazione delle mani che si vedeva, altre volte poteva essere, studiandolo con un elettroencefalogramma, lo spettro d'onde di alta frequenza sui 20 Hertz, e così via ... Se uno ragiona in termini di polimorfismo genetico, una psicosi non viene 'così', viene su un terreno che è nato da come sono stati assemblati i circuiti, le sequenze neurotrasmettitoriali, da nuclei che si attivano in modo inappropriato in risposta a stimoli ambientali. Quindi, ad esempio, anche una visione psicosomatica della psicosi è molto utile. Il concetto di stress in questo senso è un concetto portante che spiega come dallo psichico si passa al somatico, dovunque: per l'ulcera, anche per le patologie depressive e, perché no, anche per le psicosi.

Non pensa che la celebre dizione "misterioso salto dalla mente al corpo" meriti alla luce delle conoscenze attuali di essere ribaltata in "evidente salto dal corpo alla mente"?

I meccanismi sono gli stessi: l'esempio più pratico è quello della neuro-immuno-modulazione. Ad esempio, dopo un lutto, con evento psicologico centrale, spe-

Interviste/Interviews

cialmente se questo non può essere elaborato a livello psicologico, si creano delle alterazioni somatiche, in particolare un'abnorme elevazione di cortisolo, un disturbo dei circuiti neuro-immuno-infiammatori; le persone tendono ad ammalarsi di più fisicamente, oltre ad essere abbattute da un punto di vista psichico, con la depressione clinica, e ci sono tutti i sintomi della vecchia depressione vitale.

C'è un alterato assetto di regolazione cardiaca, ad esempio c'è un aumentato rischio di aritmie, ci sono un aumento della PCR, un aumento dell'aggregabilità piastrinica, spesso un'alterata risposta al test al desametasone, che indica un alterato funzionamento ipotalamo-ipofisi-cortico-surrenale; ci sono malattie dermatologiche che vengono fuori con più facilità, un'aumentata morbilità per malattie infettive, che è connessa ad alterazioni di funzionamento del sistema immunitario, in un panorama psicologico, psichico e corporeo a tutto campo. Ci sono le citochine pro-infiammatorie che nella depressione sono più attive e la normale bilancia tra pro-infiammatorio e anti-infiammatorio è sregolata.

E qui veniamo al discorso mente-corpo, corpo-mente. Quello stesso meccanismo, che dicevo all'inizio (è lo stesso meccanismo), è in campo, ad esempio, in alcune patologie come l'influenza, o nelle malattie infettive. Nei prodromi è tipico che si ha un aumento delle citochine infiammatorie che danno dei sintomi che non sono depressivi, sono semi-depressivi: la stanchezza, la fatica, il sonno che non riposa, la difficoltà di concentrazione, l'astenia, sono prodotti dalla citochina pro-infiammatoria, che è alta, così come è alta nella depressione. A questo punto l'anello si ricongiunge e uno vede che il sistema neuro-immuno-infiammatorio agisce dalla mente sul corpo, come mediatore quando c'è l'evento stressante e critico molto importante e perdurante; agisce dal corpo alla mente quando invece l'agente è magari un agente patogeno e non lo stress. La piattaforma su cui si gioca, il palcoscenico, è sempre la stessa: i mediatori sono sempre loro, i motori sono diversi.

Quindi come si potrebbe leggere la genesi dei disturbi mentali alla luce della relazione mente-corpo?

Qui applicherei il modello dello stress, in cui, se c'è un evento (io ho fatto l'esempio del lutto, prima) il *primum movens* è sicuramente psicologico, nel senso che, se una persona può riparare la perdita – e questo deriva dal significato che ha l'oggetto perduto, l'evento, da come la persona ha vissuto in passato le perdite, dal concetto secondo me, non tanto e solo di conflitto riguardo l'oggetto perduto, ma soprattutto dalla percezione di riparabilità che uno avverte – il lutto entro un certo tempo, che può essere, a seconda della gravità oggettiva dell'evento, di una settimana o di alcuni mesi, si ripara. Secondo me il processo di riparazione del lutto è legato ad una restituzione, alla normalizzazione funzionale. Mi spiego meglio: sotto stress acuto gli studi di Bowlby, ad esempio – ma ancor prima quelli di altri che lavoravano sulle scimmie – hanno mostrato che, ad esempio, dopo la separazione c'è un comportamento con grida, agitazione e così via, che dura due o tre giorni nel piccolo

separato; questo è legato ad un'iperattivazione della dopamina, della noradrenalina e anche della serotonina, che può durare, con i circuiti in allarme, uno, due, tre giorni. Proprio secondo il vecchio modello di Selye di stress. Dopo subentra una fase di esaurimento, di sfibramento perché è stato speso tutto quello che poteva essere speso. Si vede da un punto di vista di comportamento che l'animale si chiude, si ritira e ha comportamenti passivi. Dal punto di vista neurochimico si vede che sono esaurite le riserve di neurotrasmettitori. In quel caso si entra nella condizione di lutto e il momento in cui, piano piano si attua una riparazione, molto probabilmente questa, come pure l'altra, ha come correlato neurochimico, un ripristino della funzionalità dei circuiti serotoninergici, dopaminergici e noradrenergici: processo che si instaura nel giro di qualche settimana. Questo di cui io sto parlando lo fa normalmente la vita. È la vita che lo fa: la vita è fatta di attaccamenti e di perdite, e ha una sua psicobiologia. Noi non possiamo andare – né lo psicoterapeuta lo può fare – a studiare i neurotrasmettitori del nostro paziente, però quello che gli sta succedendo dentro è molto probabilmente questo. Quando uno dopo il pensionamento trova un nuovo lavoro o una nuova attività, quando dopo una separazione affettiva importante si trova un nuovo legame affettivo, quello che succede in determinati circuiti del cervello è sicuramente questo. Con tutti gli effetti 'a caduta' sull'organismo. E allora certamente, il senso di appartenenza, il senso di fare qualcosa che ha senso, un nuovo amore, modificano e migliorano anche le attività viscerali. Questa è psicosomatica ... profonda; e noi dovremmo cercare di curare utilizzando tutti questi strumenti. In questo senso io spesso dissi, fin dal 1995, che gli interventi psicoterapici e la farmacoterapia lavorano con metodi diversi ma sullo stesso tipo di matrice comune; alla fine lavorano sullo stesso terreno finale che è quello dei circuiti neurotrasmettitoriali: sia attraverso ciò che fai fare al paziente – i comportamenti che faciliti in lui – sia i cambiamenti della sua vita che lui produce, sia attraverso medicinali che ricostituiscono, ricaricano di queste sostanze.

È d'accordo con le evidenze cliniche che individuano in ansia, depressione e depersonalizzazione le principali manifestazioni sindromiche presenti nei disturbi mentali?

Sì, – a parte la depersonalizzazione, che forse è un po' particolare – ma ansia, apprensione, paura, tristezza, potremmo anche aggiungere aggressività e rabbia, sono presenti dovunque. Se uno esce dalla concezione 'utile', per ragioni epidemiologiche delle categorie diagnostiche, ed entra in quella, diciamo, di un *continuum* tra norma e patologia, dove ragioniamo per dimensioni psicopatologiche, allora uno trova, giustamente, che la tensione, la paura, l'ansia sono presenti in tutte le sindromi psichiatriche, in misura maggiore o minore. Un tempo si parlava di ansia nevrotica o ansia psicotica, sia per parlare dell'intensità, sia delle motivazioni o del tipo di vissuto. Adesso non se ne parla più, ma esistono ancora: esiste l'ansia nevrotica, esiste l'ansia psicotica. Esistono diverse forme di tristezza, esistono diverse forme di rabbia: sono tutte presenti e dovunque.

Interviste/Interviews

L'impiego e l'adozione di un sistema nosografico come è stato quello del DSM III e IV – utilissimo sotto certi settori – ha però fatto disimparare, se posso usare la parola, alcuni punti principali: cioè l'idea, per esempio, che uno insegna anche che l'ansia sta nei disturbi d'ansia, la tristezza nei disturbi depressivi, il delirio nei vissuti psicotici ... non è proprio corretto, perché l'ansia è presente in tutti i disturbi. Noi abbiamo fatto uno studio, una volta, su 1200 casi – con Massimo Pasquini, di ambulatorio – e abbiamo visto che l'ansia è presente in tutti, cioè nel soggetto paranoide, nella schizofrenia, nel panico, nell'ossessione, nella depressione, nel disturbo bipolare, nei disturbi del comportamento; e lo stesso c'è per la tristezza, c'è per la demoralizzazione, per la rabbia o per l'aggressività, chi più chi meno. Certo in alcune categorie sono più espresse, però sono presenti dovunque. E questo è curioso, perché poi alla fine ha portato alla creazione di false comorbilità. La depressione da sempre ha dentro una quota d'ansia, i disturbi d'ansia da sempre hanno dentro delle quote di demoralizzazione, di depressione: minori, indubbiamente, però importanti. E a volte hanno bisogno di essere riconosciute e trattate. Quindi propriamente non sono comorbilità. Comorbilità dovrebbe essere un termine riservato a quelle condizioni in cui uno ha la bronchite e una gamba rotta, cioè sono due cose radicalmente diverse, su piani completamente differenti.

In questo caso, è arduo dirlo questo, sono realmente molto vicine. Il vecchio concetto di nevrosi o sindrome ansioso-depressiva mi va molto bene, così come il disturbo bipolare, la vecchia psicosi maniaco-depressiva ... ci possono essere sicuramente l'ansia, la depressione e la rabbia e l'aggressività, distorsioni di realtà fino al delirio. Quindi ragionare in questa chiave, probabilmente, aiuta parecchio.

In che modo il clinico può essere interessato al fatto che ansia, depressione e depersonalizzazione, ma anche la rabbia, sono anche risposte adattative a situazioni ambientali?

Beh, per studiare quali possono essere le loro radici. E qui la vecchia psicopatologia sicuramente è utile, perché ci possono essere delle modificazioni un tempo chiamate psico-organiche, cioè fattori fisici che determinano queste cose: una tiroide iperfunzionante o ipofunzionante, una sostanza o una droga possono dare ansia o depressione o disturbi della coscienza e così via. Però questi stessi meccanismi possono essere attivati, diciamo modificati, anche da avvenimenti. I meccanismi sono gli stessi, il meccanismo d'innesto è diverso. Come se uno avesse, diciamo, un orologio che ha meccanismi che si possono guastare da soli, oppure possono essere influenzati da una botta, oppure c'è una mano che li sregola ... e regola le lancette, un po' un concetto così. Le risposte adattative significano che l'ansia o la depressione, in questo caso, dovrebbero aiutare ad adattarsi, ed entro certi limiti, anzi, la depressione aiuta ad adattarsi; l'ansia attiva la mente e tutto il fisico per rispondere meglio; la depressione può attivare dei comportamenti sia di protezione dall'esposizione a situazioni ambientali quando uno potrebbe poi soccombere, sia lancia segnali di ri-

chiamo e di aiuto al gruppo, quindi potrebbe promuovere comportamenti protettivi o affiliativi. Sui disturbi di coscienza ne saprei forse di meno, però possono essere adattativi perché, ad esempio, in situazioni di minaccia importante, dissociare può aiutare a mettersi al riparo, a ridurre l'angoscia che sarebbe ...

Accade anche nel mondo animale con il 'freezing'?

Esatto. Quindi questi ci fanno capire come alcuni sintomi, organizzabili in sindromi, possono avere una loro funzione adattativa. Certo, nel momento in cui diventano troppo intensi e sindromi, la funzione adattativa viene meno e viene soverchiata invece dal danno che producono all'organismo in senso globale.

E prendendo atto, come lei ci insegna, della natura stress-dipendente della maggior parte delle malattie mentali e non, in che modo il lavoro di mentalizzazione indotto dalla psicoterapia può, a suo avviso, migliorare l'integrazione mente-corpo?

Citando un antenato importante "là dove c'è l'Es ci sarà l'Ego", come diceva Freud. Vale a dire che, se esistono delle forze, ad esempio inconscie, ma non solo, sono anche forze esterne importanti, che premono sull'organizzazione psichica, generano sintomi – gli sforzi adattativi che non riescono a trovare una soluzione adattativa – beh, il lavoro, sul piano simbolico, il lavoro di mentalizzazione, con la psicoterapia che si focalizza su questo, può aiutare, da una parte, a risolvere internamente, attraverso un'elaborazione sul piano astratto, situazioni di conflitto e di difficoltà, anche in rapporto ad eventi esterni; dall'altra può aiutare a facilitare, a mettere in moto cambiamenti nella vita personale – la psicoterapia – che possono aiutare a risolvere situazioni difficili che generano lo stress, quindi modificazioni neurochimiche, quindi sintomi e sindromi. In altri termini sono due piani di lavoro: uno di lavorazione interna e uno di quello che uno 'fa' con questa lavorazione interna. Potremmo dire che aiuta, su un piano la mentalizzazione di conoscenza aumentata e su un altro piano di cambiamento che viene prodotto nelle vite che uno vive. Conoscenza e cambiamento. Quindi in due livelli, direi, che si ribaltano sicuramente sull'integrazione mente-corpo.

Può ancora esistere, secondo lei, una psicoterapia che si sottragga all'integrazione tra conoscenze psicologiche e psicobiologica?

No! Io ormai è da più di vent'anni che sono fortemente convinto che la psicoterapia sia la terapia più biologica che c'è. E l'idea è che il farmaco agisca, come dire, a pioggia: se uno prende un medicinale che inibisce la ricaptazione della serotonina e lavora sul trasportatore, aumenta il livello di serotonina un po' in tutti i distretti, anche periferici, anche ad esempio a livello gastrointestinale ... e va benissimo! Per fortuna che ci sono e meno male perché spesso sono di estrema utilità. Però, questi livelli alterati di serotonina, lo sono in sedi diverse a livello cerebrale: nell'ansioso, nell'ossessivo, nel depresso, nella persona impulsiva e quindi, probabilmente quan-

Interviste/Interviews

do uno prende un medicinale antidepressivo, cosiddetto – in realtà è sbagliato il termine: non è un antidepressivo, è un ricaricatore di serotonina – fa una sorta di aumentata disponibilità di serotonina in quelle sedi dove ce n'è bisogno. La strada è che uno potrebbe lavorare sui circuiti, dove c'è una serotonina disfunzionale, o una dopamina disfunzionale, anche attraverso altri interventi. E questi interventi possono essere attraverso l'esecuzione di comportamenti, la produzione di pensieri, e certamente quello che chiamavamo prima, di mentalizzazione, cioè trovare anche delle nuove modalità di affrontare i conflitti, elaborare strategie, aggiungerei anche sognare, ad esempio, vedere film, (comici e non), leggere, parlare con gli altri, vivere relazioni, e così via. Tutto questo produce modificazioni nella chimica della mente, come mi piace chiamarla, indotte da variabili psicologiche, da fattori psicologici. Qui ci riconduciamo al tema iniziale di fondo di una visione globale mente-corpo e di una psicoterapia che produce delle modificazioni biologiche. Certamente non è automatico perché non è detto che tutte le psicoterapie lo facciano. Direi che certe condizioni psicoterapiche, legate ad una buona relazione di attaccamento, legate ad una buona motivazione della persona per questo tipo di attività, lo possono fare. Lo si vede di più in alcune terapie come quelle cognitivo-comportamentali dove c'è un'azione, diciamo, motoria, neuromotoria più ben identificabile. Però c'è sicuramente anche in interventi, come quello psicodinamico, – anche quello psicodinamico integrato a maggior ragione – perché questi producono sicuramente delle modificazioni fisiche. Io un poco lo vidi, per esempio, con la terapia del rilassamento e con alcuni interventi psicoterapici, dove ci sono delle modificazioni del cortisolo, della prolattina, della tensione muscolare, della frequenza cardiaca che sono prodotte perché sono a valle di modificazioni centrali indotte dalla tecnica psicologica.

Potendo implementare l'attuale formazione dello psichiatra, quale spazio concederebbe all'integrazione di conoscenze di psicologia scientifica e psicobiologia?

Uno spazio largo. Largo perché non si può più fare lo psichiatra citando solo Bleuler o Kraepelin e tanto meno il DSM-III. È fondamentale che entrino dentro conoscenza di psicologia scientifica, biologia del cervello, ma più esattamente direi di chimica della mente. E mi allargherei anche a conoscenze di antropologia, cioè della società umana, di una visione di come noi in quanto gruppi siamo legati tra di noi. Quindi credo che debbano entrare queste conoscenze nella formazione, che deve rimanere quella storica tradizionale, ma va arricchita in modo sicuramente attento ed equilibrato, con nuovi apporti. Anche per star dietro a come stanno cambiando le richieste che vengono fatte allo psichiatra. Abbiamo una trasformazione in corso dei bisogni, che non è soltanto di tecnica. Se uno guarda le malattie che c'erano in un trattato del 1800 o all'inizio del 1900 e quello che c'è oggi, vede che c'è un mondo cambiato. Alcune sono malattie sempre presenti: il bipolare, la demenza, l'ansia, ecc., ma ce ne sono tante che una volta non c'erano, che in un vecchio trattato

non troviamo. Noi dobbiamo essere attrezzati per poter capire questa sofferenza, comprenderne le radici e poterci intervenire, con modelli a tutto campo. Poi, certo, si fa quello che si può.

Quali sono, secondo lei, i progressi più importanti degli ultimi tempi in campo psicobiologico di cui la psicoterapia dovrebbe tenere conto?

Ma il primo è che le parole muovono emozioni, in realtà muovono molecole. Questa prima convinzione potrebbe essere fondamentale. La seconda è che utilizzare di più il cambiamento, uscendo dalla trappola di terapie che esplorano e scavano, scavano e esplorano, è fondamentale. Questo può significare di introdurre più di una dimensione del reale, una dimensione corporea – certo nei limiti di quello che può essere necessario – fino addirittura ad usare anche delle risorse che possono sembrare poco ortodosse, ma che sono fondate. Vale a dire, dove c'è un'evidenza di efficacia, ad esempio, perché non riconoscere che fare attività aerobica migliora l'ossigenazione cerebrale e, per esempio, anche a livello della corteccia frontale migliora la funzionalità, quindi può contribuire ad un certo effetto tonico antidepressivo? Perché non riconoscere che un'alimentazione antiossidante – lo dice la maggior parte delle riviste – non soltanto protegge dal decadimento, dal rischio di demenza, ma può aiutare anche a livello di disturbi che incontriamo comunemente, come certe forme depressive? Giusto poco fa è stato pubblicato sul *Journal of Clinical Oncology* uno studio che dimostra che mangiare pesce tre volte a settimana, in donne con cancro e "guarite" (tra virgolette) riduce le citochine pro-infiammatorie e migliora l'umore, toglie il senso di stanchezza. Allora perché non usare queste conoscenze per curare? Io ho fatto un esempio forte: donne con cancro con una forma di depressione e stanchezza. Non usiamo solo gli antidepressivi, non usiamo soltanto terapie di supporto o terapie mirate di tipo psicodinamico o comportamentale, usiamo anche queste risorse qui, che hanno evidenza di efficacia. Dobbiamo ragionare in modo scientifico, come lei ha detto prima: 'conoscenze di psicologia e psicobiologia scientifica'. Significa studiare, significa acquisire conoscenze, significa dire 'no' ai fiori di Bach, 'no' a quello che è inefficace, 'no' ai flaconcini di acqua trasparente; dire 'sì' alla dieta di pesce, 'sì' alle vitamine, 'sì' a quello che ha evidenza di efficacia, 'sì' ai medicinali, 'sì' ai cambiamenti di comportamento, 'sì' alle attività di gruppo o individuali che migliorano la funzionalità dei neurotrasmettitori, documentata; aprirsi, anche come psichiatri, ad una visione delle cure, che non è eterodossa: è basata sulle conoscenze di psicobiologia più recenti.

Interviste/Interviews

Massimo Cuzzolaro

Docente di Psichiatria e Psicologia Clinica presso l'Università di Roma Sapienza

In passato, il terreno d'elezione della relazione mente-corpo era considerato la psicosomatica. Non crede che al momento attuale questo ambito sia troppo angusto?

Credo che sarebbe sbagliato oltre che angusto se si continuasse a credere – come si è sostenuto per un certo periodo – nell'esistenza di alcune, specifiche, malattie psicosomatiche: l'asma bronchiale, ad esempio, o la rettocolite ulcerosa. Questa impostazione presupponeva, senza basi scientifiche, una tripartizione generale delle malattie da distinguere in psichiche, somatiche e psicosomatiche.

E il problema non sarebbe diverso se pensassimo – come pure si è fatto in passato – di applicare la definizione di psicosomatici ad alcuni malati ma non ad altri.

L'attributo psicosomatico conserva invece una sua validità se indica un metodo, tanto di ricerca quanto clinico, diretto a tener conto, nel modo più coerente possibile, tanto di dati e conoscenze di ordine biologico quanto di dati e conoscenze di ordine psicologico e, aggiungo, di ordine socioculturale o, forse meglio, ecologico, di contesto.

In quest'ultima prospettiva, ogni malattia o, più precisamente, ogni malato, esige un approccio psicosomatico.

La parola composta la dobbiamo alle lacune delle nostre conoscenze e, quindi, dei nostri sistemi teorici che non ci consentono ancora di usarne una semplice. Come sottolineava Winnicott quasi mezzo secolo fa, nella parola inglese *psycho-somatic*, l'*hyphen*, il trattino, riassume il problema: unisce e separa le due componenti essenziali di ogni pratica di cura dell'essere umano.

Scia dell'antico dualismo mente-corpo, la divisione fra *humanities* e *natural sciences* è ancora, semplicemente, inevitabile. Nei territori della ricerca scientifica, questa divisione ci spinge a indagare i possibili substrati biologici dei fenomeni psicosociali. Nella pratica clinica, invece, ci obbliga alla difficile impresa di tenere insieme, col miglior eclettismo possibile, contributi utili di una parte e dell'altra. Un esempio evidente che si presenta ogni giorno è l'integrazione di trattamenti farmacologici e psicoterapeutici.

Psicofarmaci e psicoterapie: è in gioco la questione dell'integrazione di un doppio registro terapeutico. È un'impresa possibile, in particolare rispetto al modello psicanalitico di cura?

Come è noto, a partire dalla seconda metà del Novecento, la farmacologia ha fatto grandi progressi. In particolare, i farmaci attivi sul sistema nervoso centrale e sulle funzioni psichiche hanno conosciuto un incessante sviluppo.

Pensando solo all'ultimo quarto di secolo, nel 1987 fu dimostrata l'attività antidepressiva della *fluoxetina*, commercializzata poi nel 1988. La *fluoxetina* è un inibitore specifico della ricaptazione della serotonina e ha inaugurato un'importante famiglia di nuovi psicofarmaci (*SSRI, serotonin-specific reuptake inhibitors*) utili nei disturbi dell'umore, in quelli ossessivo-compulsivi ecc.

Nel 1994 è stato messo in commercio il *risperidone* e, qualche anno dopo, l'*olanzapina*. Queste molecole hanno un profilo farmacologico simile alla *clozapina*, comparsa qualche anno prima, ma sono più maneggevoli. Fanno parte della classe dei nuovi antipsicotici atipici SDA (*serotonin-dopamine antagonists*) che hanno scarsi effetti extrapiramidali e sono efficaci sui sintomi sia positivi che negativi della schizofrenia.

Tuttavia, a dispetto dei progressi di efficacia e sicurezza, l'integrazione tra psicoterapie e psicofarmaci non è ancora né scontata né semplice.

Pensando alla psicanalisi, per oltre cinquant'anni, Sigmund Freud e le prime generazioni di psicanalisti si cimentarono con le malattie mentali senza l'alternativa o l'aiuto di terapie farmacologiche efficaci. Ma la complessità dei rapporti fra psicanalisi e psicofarmaci non è dovuta solo alla distanza di tempo tra le due invenzioni.

Sotto certi aspetti, la controversia si avviò ancora prima della scoperta della clorpromazina: penso ai primi esperimenti terapeutici di Freud con la cocaina o al suo famoso sogno dell'iniezione a Irma.

E ancora oggi non bastano le tecniche di *neuroimaging* e gli studi neurofisiologici sugli effetti biologici delle psicoterapie per conciliare in una sintesi teorica convincente i due interventi, al di là della loro indiscutibile utilità pratica.

È in gioco una differenza di statuto etico, una dialettica inesausta che, per esempio, Henri Ey e Jacques Lacan affrontarono nel corso di certe celebri *Journées de Bonneval*, già nel 1946, in era, quindi, pre-psicofarmacologica.

Dove cercare le cause dei disturbi psichici? E con quali mezzi tentare di modificarli? Studiare e ricostruire eventi della vita, stili relazionali, processi mentali e proporre parole nel *transfert* della cura ed esperienze emotive correttive? O intervenire sulla fisiologia e sulla fisiopatologia dei meccanismi neurotrasmettitoriali, sulla banalità della follia, come la definiva Ey?

Si potrebbe pensare che l'unione faccia la forza e che ricorrere con pragmatismo empirico a entrambi gli strumenti sia automaticamente la soluzione migliore.

Ma è dimostrato che sia sempre così? Mettere in campo insieme interventi che partono da premesse teoriche distanti è un'impresa sempre possibile che ne aumenta

Interviste/Interviews

ogni volta la singola efficacia? Ed è un unico attore che deve ricoprire più parti o sono diversi musicisti che devono accordare i loro suoni? E come gestire l'intreccio di *transfert* diversi e delle proiezioni di ciascuno sull'oggetto-farmaco?

Pensando ai disturbi dell'alimentazione, patologie mentali che investono profondamente il soma, quale può essere il ruolo del trattamento farmacologico?

Nel campo dei disturbi dell'alimentazione come in altri campi della psichiatria, l'ovvia regola ideale è combinare, caso per caso (e non in tutti i casi), la miglior terapia farmacologica con il trattamento psicoterapeutico più appropriato, disegnando, di volta in volta, la strategia d'intervento in funzione del tipo di patologia e di complicità (*indicatori diagnostici*) e, soprattutto, delle caratteristiche individuali del soggetto e della sua domanda di cura (*indicatori clinici*).

Dalla clorpromazina in poi, molte molecole psicoattive sono state provate nel trattamento delle anoressie, delle bulimie e dell'obesità. Ma a dispetto dei progressi della psicofarmacologia, i medicinali riconosciuti utili sono pochissimi e nessuno ha, finora, mostrato i caratteri di *wonder-drug*, espressione con la quale si saluta in inglese l'avvento di un farmaco di nuova, stupefacente efficacia.

Negli ultimi anni, piuttosto, varie molecole anoressizzanti ad azione centrale, largamente utilizzate in passato nel trattamento del sovrappeso e dell'obesità, sono state riconosciute pericolose e inefficaci e messe fuori legge in molti Paesi.

Albert Stunkard ha ricordato, qualche anno fa, che le conoscenze sui meccanismi biologici di regolazione dell'introito calorico e della spesa energetica sono molto cresciute e sembrerebbe ormai possibile disegnare molecole meglio mirate e più sicure per il trattamento farmacologico di queste patologie.

Eppure, al momento attuale, solo due farmaci sono riconosciuti ufficialmente efficaci: la *fluoxetina* per la bulimia nervosa e l'*orlistat* per l'obesità. Nessun farmaco ha invece l'anoressia nervosa tra le sue indicazioni ufficiali.

In effetti, i risultati dei *trial* dimostrano che nessun farmaco può svolgere un ruolo primario abituale nella cura dei disturbi dell'alimentazione e, quanto all'obesità, è noto che il peso perduto con l'aiuto di farmaci è recuperato rapidamente appena sono interrotti.

I trattamenti psicologici rappresentano, quindi, la pietra angolare della terapia di queste condizioni cliniche.

La stessa dietoterapia, cuore del trattamento dell'obesità, a pensarci bene, potrebbe essere definita come un intervento psicoterapeutico non formalizzato: psicoterapeutico, perché cerca di modificare con mezzi psichici (informazione, prescrizione, persuasione ecc.) comportamenti, stili di vita, complessi equilibri personali e familiari; non formalizzato, perché, in genere, non è preceduto da un'accurata valutazione psicologica e non è ispirato da una teoria né guidato da una tecnica. È probabile, anzi, che questo difetto sia fra le cause più importanti dei fallimenti collezionati dalle dietoterapie dell'obesità.

Mente e Cura - n. 2/2011

Non pensa che la dizione “misterioso salto dalla mente al corpo” meriti, alla luce delle conoscenze attuali, di essere ribaltata in “evidente salto dal corpo alla mente”?

Mi sembra di non condividere la struttura logica della domanda perché continua a partire da una premessa dualista che reifica le entità corpo e mente.

Poi, la prima formula (“misterioso salto dalla mente al corpo”) ha mostrato da tempo la corda, in particolare nel modello aggressologico di causalità lineare applicato in passato alle cosiddette malattie psicosomatiche: emozioni o conflitti psichici che provocherebbero danni somatici.

Infine, malgrado i continui sviluppi delle neuroscienze, il salto dal corpo alla mente è tutt’altro che evidente per tanti fenomeni. Salvarei, quindi, solo l’aggettivo misterioso, parola fra l’altro piena di fascino.

Come vede i sintomi dell’anoressia nervosa dal punto di vista degli effetti biologici della malnutrizione?

Hilde Bruch diceva che a un certo livello di emaciazione è improbabile che qualsiasi psicoterapia ottenga risultati utili.

Con parole diverse, Paul Garfinkel, David Garner e poi molti altri ricercatori-clinici hanno considerato la malnutrizione un *fattore di perpetuazione* dei sintomi anoressici, in particolare delle ossessioni sul cibo e sull’immagine del corpo.

Fattore di perpetuazione, di mantenimento.

Non si fa fatica a capirlo, anche se i processi in gioco restano in gran parte sconosciuti. Il cervello è un organo che ha un consumo energetico molto elevato e l’anoressia grave provoca una sua atrofia progressiva fino al noto reperto autoptico del cervello-prugna-secca.

Non dobbiamo dimenticare, però, che i sintomi anoressici, e proprio le suddette ossessioni sul corpo e sul cibo, insorgono in una condizione di normopeso e, talora, perfino di sovrappeso. Quindi, la malnutrizione è un fattore di mantenimento ma non è la causa determinante né precipitante.

L’eziopatogenesi di questi quadri clinici è complessa o, come si dice, multifattoriale. E il rapporto problematico con l’immagine del proprio corpo è il nucleo psicopatologico che precede i comportamenti alimentari abnormi e il calo ponderale e spesso persiste, come uno strato roccioso, anche dopo importanti miglioramenti delle condotte alimentari e del peso corporeo.

Sto parlando di immagine del corpo. Che s’intende oggi con questa espressione?

Il concetto di immagine del corpo fu introdotto negli anni Trenta del Novecento, una trentina d’anni dopo quello di schema corporeo.

Intorno al 1935, Paul Schilder, neuropsichiatra e psicanalista, lo definì come il quadro mentale che ci facciamo del nostro corpo e aggiunse che l’immagine del corpo non è semplicemente percezione, sebbene ci giunga attraverso i sensi, ma comporta schemi e rappresentazioni mentali, pur non essendo semplicemente una rappresentazione.

Interviste/Interviews

Questo punto merita una sosta: l'immagine del corpo per Schilder non è semplice percezione e neppure semplice rappresentazione. Non si identifica con i limiti anatomici del soma e con i suoi spostamenti nello spazio, che riguardano piuttosto un altro concetto, quello di schema corporeo.

Schilder parlava di un'immagine vissuta, risultato dinamico di una continua attività interna sulla base dei rapporti con il mondo esterno. Insomma, di un corpo vissuto, investito da cariche affettive e da giudizi di valore.

È fatale, a questo proposito, ricordare Edmund Husserl che, nella quinta delle sue Meditazioni cartesiane, introdusse le due nozioni di *Koerper*, corpo-oggetto, e *Leib*, corpo vissuto. E dimostrò con finezza come l'uomo sia corpo-vissuto sempre pronto, però, a precipitare nel corpo-oggetto. La proprietà del corpo – intesa insieme come possesso-controllo e come peculiarità – è sempre a rischio di essere rovesciata in oggettivazione e quindi sottratta.

Fra i tanti contributi allo studio dell'immagine del corpo voglio citare ancora solo quello di Françoise Dolto, fondato sulla sua lunga attività di ricerca nel campo della psicanalisi infantile.

Dolto definì lo schema corporeo come la nostra vita carnale a contatto con il mondo fisico e ritenne che fosse sostanzialmente lo stesso per tutti gli individui della specie umana. L'immagine del corpo, invece, sarebbe propria di ciascuna persona, legata al singolo individuo e alla sua storia: quindi, alla sua speciale, irripetibile identità soggettiva e alle sue vicissitudini relazionali. Secondo Françoise Dolto l'immagine del corpo rappresenta in ogni momento, la memoria inconscia di tutto il nostro vissuto relazionale.

Schema corporeo e immagine del corpo non sono dunque sinonimi anche se qualche autore li usa come tali?

No, non sono sinonimi. I due costrutti sono nati per coprire domini diversi e sono campo di studio di discipline diverse, la neurologia da una parte, la psicologia e la psicopatologia dall'altra.

Schema corporeo e immagine del corpo sono due concetti che riflettono, una volta di più, l'ancora irriducibile dualismo soma/psiche dal quale siamo partiti e che condiziona il nostro modo di pensare; il doppio registro teorico al quale siamo ancora costretti per descrivere certi fenomeni e, poi, certi altri.

Agli albori della storia di queste idee, si collocano i lavori di due tedeschi, il fisiologo Hermann Munk e il neuropatologo Carl Wernicke, a cavallo tra la fine dell'Ottocento e l'inizio del Novecento. Munk attribuì alle sensazioni corporee dei primi stadi della vita un'importanza fondante per la costruzione di un'immagine stabile del proprio corpo nello spazio. Wernicke ritenne che l'integrazione dei segnali provenienti dai diversi organi di senso consentisse di costruire una sorta di grande immagine complessiva del corpo, da lui definita consapevolezza del corpo o somatopsiche.

In quello stesso giro di anni, l'osservazione di certi singolari fenomeni patologici, definiti *aschematiche*, portò a supporre che il nostro cervello disegni e aggiorni continuamente una sorta di mappa del nostro proprio corpo, uno schema al quale contribuiscono dati percettivi e reazioni motorie.

Da tale disegno dipendono giudizi di unità somatica (il mio corpo è uno), di identità (io sono quel corpo, solo quello, sempre quello dalla nascita alla morte) e il senso dinamico, aggiornato in tempo reale, della collocazione e dell'orientamento nello spazio, sia del corpo nel suo insieme che delle sue diverse parti fra loro.

Non basta. Per guidare i movimenti il cervello deve integrare le informazioni relative al corpo (*body schema*) con quelle relative agli oggetti e allo spazio che circonda il corpo (*peripersonal space*). Un quesito aperto, fra i tanti, è quello relativo agli strumenti aggiunti al corpo: un bastone che tengo in una mano, come si integra con il mio schema corporeo permettendomi di valutare dove posso arrivare con l'aiuto di quello strumento?

Come accennavo prima, sono state soprattutto certe condizioni morbose a sollecitare la formulazione delle prime ipotesi sulla mappa del corpo.

Nel 1905, l'otologo francese Pierre Bonnier descrisse un'alterazione patologica della rappresentazione del corpo che aveva osservato in casi di labirintopatia. I suoi pazienti dichiaravano di percepire il proprio corpo come più grande, più piccolo, distorto o senza confini e il medico inventò il termine francese *aschematiche* per indicare quella che gli appariva come un'anestesia delle caratteristiche spaziali del corpo, capace di provocare un disturbo essenzialmente topologico.

Bonnier, dunque, fu il primo a ipotizzare con chiarezza l'esistenza di una rappresentazione del corpo – topografica, spaziale e dinamica – che permette di orientarsi rispetto all'ambiente esterno.

Più tardi, grazie a studiosi come Henry Head, Gordon Morgan Holmes e Arnold Pick, le *aschematiche* sono diventate un capitolo importante della neuropatologia.

I disturbi dello schema corporeo sono definiti negativi quando manca la consapevolezza di parti del corpo. Qualche esempio per chiarire il concetto: l'autotopoagnosia è l'incapacità di indicare parti del corpo in risposta a comandi; la sindrome di Gerstmann è l'incapacità di riconoscere le dita della mano; nell'emisomatoagnosia è ignorata metà del corpo, che resta fuori dal campo di coscienza.

Le *aschematiche* positive sono invece quelle nelle quali vi è l'illusione dell'esistenza di parti del corpo che in realtà mancano. Un esempio classico è la sindrome dell'arto fantasma degli amputati, descritta per la prima volta a metà del XVI secolo da un grande chirurgo militare francese, Ambroise Paré.

Mi viene in mente un'associazione, che ci fa tornare di colpo ai disturbi dell'alimentazione e del peso. *Phantom limb* è l'espressione inglese che designa l'arto fantasma di Paré. E *phantom fat* è il modo con il quale alcuni ricercatori hanno chiamato, per evidente analogia, la sensazione di essere ancora grassi, grassi come prima, che accompagna a lungo soggetti sottoposti a chirurgia bariatrica malgrado la

Interviste/Interviews

perdita di decine e decine di chili di peso. Cash et al. hanno chiamato questa traccia persistente, *vestigial effect*.

La questione delle aschematiche è, naturalmente, piena di incertezze anche su punti cruciali. Ad esempio, in un classico lavoro sullo schema corporeo, Arnold Pick, discutendo il fenomeno degli arti-fantasma degli amputati, sostenne che in caso di mancanza congenita di uno o più arti, questa aschematiche positiva non si verifica. La sua tesi, confermata da alcune ricerche successive, sembrava avvalorare l'ipotesi secondo la quale lo schema corporeo si disegnerebbe a partire dall'esperienza del corpo reale di ciascuno e non sarebbe un modello *a priori*. Altri studi, però, hanno smentito questo enunciato. Ne ricordo uno solo. In anni molto più recenti, Melzack et al., studiando soggetti con mancanza congenita di arti o amputazioni precoci avvenute nei primi anni di vita, hanno riscontrato il sintomo dell'arto-fantasma in un discreto numero dei primi e nella metà circa degli altri.

In quali settori della medicina e della psichiatria ha rilievo clinico il disagio per il proprio sembiante, quella condizione che a volte prende il nome di immagine negativa del corpo?

Lo studio dell'immagine del corpo riguarda vari settori clinici: non solo il disturbo di dismorfismo corporeo e i disturbi dell'alimentazione, ma anche le reazioni a deformità congenite, malattie sfiguranti, alterazioni dell'aspetto fisico dovute a eventi traumatici o a terapie, mediche o chirurgiche.

Nei primi anni Sessanta del secolo scorso, Hilde Bruch è stata fra i primi Autori a sottolineare i difetti e le distorsioni dell'immagine corporea e delle percezioni enterocettive nell'anoressia nervosa. Ha anche, giustamente, insistito sul valore diagnostico e, forse, prognostico di questo sintomo nucleare nella psicopatologia anoressico-bulimica. Ma solo una ventina d'anni dopo, i sistemi di classificazione dei disturbi mentali hanno accolto questa tesi. E a differenza dei *Feighner Diagnostic Criteria* del 1972, sia il DSM-III del 1980 che le edizioni e revisioni successive hanno considerato la presenza di disturbi dell'immagine corporea un elemento essenziale per la diagnosi di anoressia nervosa.

Voglio soffermarmi brevemente sull'espressione che lei ha usato: 'immagine negativa del corpo'.

È interessante l'introduzione, piuttosto recente, di questo concetto-ombrello che raccoglie condizioni diverse, accomunate da un profondo, invalidante disagio legato all'immagine fisica di sé. La *negative body image*, secondo la definizione di James Rosen, comprende non solo le preoccupazioni legate a difetti immaginari (la classica dismorfofobia di Morselli), ma anche quelle focalizzate sul peso e sulle forme del corpo (anoressia nervosa e bulimia nervosa) e quelle, infine, che dipendono da un particolare, intensissimo malessere con il quale un soggetto vive un'anomalia oggettiva del sembiante come un'obesità grave, una dermopatia sfigurante o una mutilazione. Un corpo obeso, ad esempio, può essere portato nel mondo con disinvoltura,

perfino con maestosa eleganza, oppure con imbarazzo, vergogna, estremo disagio.

I disturbi dello schema corporeo sono patologie neurologiche riconducibili in genere ad alterazioni somatiche. Sull'immagine del corpo, invece, pesano molto i fattori ambientali, sociali e culturali. Che ne pensa?

La rappresentazione mentale del proprio sembiante è profondamente iscritta nel contesto socio-culturale di appartenenza.

Un campo di ricerca importante e molto frequentato è proprio il peso dei fattori macrosociali, dei valori estetici propri di ogni cultura che gravano sulla cerniera che lega l'immagine del corpo al senso del proprio valore, alla stima di sé.

Lo stigma sociale che colpisce l'obesità rientra, ad esempio, in questo campo di fenomeni. Tende a persistere (gli Autori di lingua inglese parlano di *residual bias*) anche dopo una consistente perdita di peso. E, in ogni caso, la sua attenuazione dipende in buona parte dal metodo seguito per dimagrire: la chirurgia bariatrica, ad esempio, fa salire meno della dieta la stima sociale per una persona obesa che ha perso peso.

All'alba del terzo millennio coesistono nel mondo, fianco a fianco, differenze culturali persistenti e assimilazioni sostenute dalla diffusione globale degli stessi stereotipi mass-mediatici.

Nei paesi occidentali, ad esempio, è diffusa la *muscle dysmorphia* o *bigorexia* (in italiano con un brutto anglicismo *bigorexia* o, forse meglio, *vigoressia*), anoressia nervosa a rovescio che colpisce soprattutto giovani maschi, ossessionati dalla ricerca di un corpo sempre più grande, muscoloso e possente. Tra questi *body builders*, dediti all'esercizio fisico in modo compulsivo, è frequente l'abuso di steroidi anabolizzanti. Gen Kanayama et al. considerano queste sostanze *body image drugs* al pari di quelle di cui si può far abuso per perdere peso, le *slim balls* (anoressanti, lassativi, diuretici, ecc.).

A Taiwan, invece, gli uomini sembrano ancora poco preoccupati per la loro immagine e, in particolare, non sembra affatto diffuso il mito di un corpo ipermuscolare.

Il contagio da parte dei modelli estetici occidentali è avvenuto, invece, tra le giovani donne delle isole Fiji. Arthur Crisp definì questa storia *a tale of corruption*. Nello scorcio finale del Ventesimo secolo, dopo l'arrivo della televisione, le ragazze fijiiane hanno abbandonato, in pochi anni, la predilezione per corpi femminili abbondanti e formosi che era tradizionale nella loro cultura. Hanno cominciato a prediligere, invece, figure magre e sottili e a manifestare comportamenti alimentari abnormi.