



Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento
Sezione di Scienze del Comportamento
Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica
Facoltà di Medicina e Chirurgia
UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI SIENA

Atti del I Convegno Nazionale
del
Gruppo di Ricerca in Psicosomatica

Siena, 14 maggio 2004

MEDICINA PSICOSOMATICA: RECENTI PROGRESSI NELLA RICERCA ED IN TERAPIA

A cura di

Mario A. Reda
Cecilia Navarrini
Rita Vatteroni

PRESENTAZIONE

Il panorama attuale della medicina si caratterizza per l'impiego diffuso di innovazioni tecnologicamente avanzate, sempre più sofisticate, che consentono di raggiungere successi nella diagnostica e nella terapia inimmaginabili fino ad appena 10 anni fa. In questa fase di transizione, per non perdere di vista l'importanza di una valida gestione clinica del paziente, è sempre più importante far riferimento a paradigmi che consentano di mantenere una visione unitaria della persona, sottolineandone l'inscindibilità della sua biologia dai suoi vissuti emozionali interiori e la reciprocità di questi con i suoi rapporti sociali all'interno di una rete di relazioni.

Sin dagli albori della medicina ippocratica quest'approccio alla clinica caratterizza appunto il paradigma psicosomatico.

In una sua fase iniziale, questo approccio era focalizzato sullo studio dei rapporti che associano lo stress emozionale allo sviluppo di alcune malattie somatiche. In epoche più recenti, invece, sono state individuate numerose evidenze sulla possibilità che alcune condizioni psicopatologiche (prevalentemente confinate all'area dei disturbi d'ansia e dei disturbi dell'umore) possano condizionare lo sviluppo di manifestazioni cliniche, sia funzionali che lesionali, in diversi organi ed apparati. Si è visto che queste condizioni psicopatologiche possono anche esercitare importanti influenze negative a carico del decorso di patologie organiche pre-esistenti (es. peggioramento del decorso della malattia nei pazienti oncologici o in soggetti infartuati o colpiti da ictus, nei casi in cui la depressione o l'ansia compaiano come complicazioni successive del disturbo organico). Questi argomenti hanno recentemente delineato per la psicologia clinica e la psichiatria un ruolo via via più centrale nel rapporto con tutte le altre discipline mediche.

La Società Italiana di Medicina Psicosomatica, fondata nel 1956, dal Prof. Ferruccio Antonelli, ha seguito queste profonde evoluzioni che nell'ultimo decennio hanno modificato il panorama delle conoscenze sui meccanismi che regolano il rapporto mente-corpo.

In questa prospettiva e su questi argomenti, il 14 Maggio del 2004, è stata organizzata a Siena una giornata di studi per effettuare un up-date di questi concetti. Nel corso di questa riunione un gruppo di ricercatori italiani particolarmente sensibili a questi temi hanno inoltre dato vita ad un gruppo di lavoro, il Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica (GRP), finalizzato al coordinamento della ricerca in questo settore ed alla diffusione di queste

conoscenze e di questa prassi clinica, tra gli psichiatri e gli psicologi clinici, ma anche tra gli specialisti di altre discipline somatologiche e tra i medici di medicina generale.

Nel corso di questa giornata di studio, che ha avuto molto successo in termini di partecipazione di pubblico ed a cui hanno aderito i principali centri universitari italiani impegnati in questo settore, i relatori hanno presentato degli up-date dei risultati dei loro studi più recenti.

In questa monografia, grazie all'impegno ed alla passione culturale e scientifica delle dott.sse Cecilia Navarrini e Rita Vatteroni, abbiamo raccolto tutte le relazioni presentate in questa giornata, con la speranza che attraverso la testimonianza di questo primo appuntamento si possa favorire l'evoluzione ulteriore di questo nuovo percorso per la psicosomatica italiana.

Mario Antonio Reda
Presidente del Congresso

Roberto Delle Chiaie
Segreteria Scientifica

INTRODUZIONE

L'IMPORTANZA CLINICA DELLA MEDICINA PSICOSOMATICA^a

Giovanni A. Fava^b, Stefania Fabbri e Laura Sirri

Dipartimento di Psicologia, Università degli Studi di Bologna

La medicina psicosomatica, nel corso della sua storia, è stata oggetto di notevoli variazioni di popolarità all'interno della medicina. Negli anni cinquanta, soprattutto in nord-America, si è assistito a momenti di grande entusiasmo. Negli anni novanta, tuttavia, si è verificata una certa crisi. Questo anche perché molte delle discipline che erano confluite nella medicina psicosomatica (psiconeuroendocrinologia, consultation-liaison psychiatry, psico-oncologia, etc.) reclamavano una piena autonomia. La crisi era soprattutto americana. L'American Psychosomatic Society, radice storica della ricerca psicosomatica moderna, aveva pensato addirittura di modificare il proprio nome. Per molti anni gli psichiatri americani che si occupavano di "Consultation Liaison Psychiatry" avevano tentato inutilmente di far approvare la loro sottospecialità. La crisi era però politica e non reale ed è stato sufficiente che fosse approvata la sottospecialità di medicina psicosomatica negli Stati Uniti per assistere ad un suo spettacolare rientro. Attualmente questa disciplina sta tornando in auge: fioriscono corsi, libri e convegni. In realtà, non era mai stata in crisi; questo soprattutto se si tiene conto che la ricerca in psicosomatica è sempre andata avanti. Negli ultimi anni la sua crescita è stata forse maggiore in Europa che non in nord-America, soprattutto se si considera il fatto che mentre la ricerca americana tende a concentrarsi su pochi, ormai sfruttati, argomenti (è sufficiente sfogliare Psychosomatic Medicine per rendersene conto), quella europea appare molto più diversificata.

La medicina psicosomatica può essere definita (1) come una disciplina che fornisce una visione olistica del paziente, in grado di comprendere:

- a) il ruolo dei fattori psicosociali nel determinare la vulnerabilità individuale alla malattia
- b) l'interazione tra fattori psicosociali e biologici nel decorso di ogni disturbo
- c) l'applicazione delle terapie psicologiche alla prevenzione, trattamento e riabilitazione di ogni patologia.

L'importanza clinica della medicina psicosomatica è accentuata dalla crisi e dalla distanza che i pazienti percepiscono nella medicina convenzionale, sempre più lontana, influenzata dai grandi interessi economici, e modesta nei risultati che ottiene con le malattie più diffuse, quelle funzionali.

La medicina psicosomatica, dal punto di vista clinico gioca un ruolo fondamentale per:

- a) una considerazione comprensiva delle variabili che hanno un impatto sulla vulnerabilità alla

^a Questo articolo si riferisce all'intervento con il quale il prof. Fava ha aperto la Tavola Rotonda (*vedi sez. 5*) ed è stato riportato ad introduzione di questi Atti quale *Manifesto Programmatico del Gruppo di Ricerca in Psicosomatica*.

^b Prof. G.A. Fava
Dipartimento di Psicologia
Università degli Studi di Bologna
40127 Bologna
e-mail: giovanniandrea.fava@unibo.it

- malattia (eventi stressanti, relazioni interpersonali, situazioni ambientali)
- b) una valutazione dei correlati psicosociali delle malattie internistiche (disturbi psichiatrici e psicologici, comportamento di malattia e qualità della vita)
- c) l'applicazione di terapie psicologiche specialistiche al paziente con malattie internistiche (psicoterapie, tecniche comportamentali, psicofarmacologia).

Se il paziente tende ad allontanarsi da un certo tipo di medicina, anche il clinico sta sviluppando una sempre maggiore insofferenza per gli articoli delle riviste che non sembrano più contenere elementi di immediata applicazione e per i convegni, sempre più controllati dall'industria farmaceutica, dove ogni nuovo prodotto o strategia terapeutica è proiettato nella luce più favorevole, che però male si adatta a quella cangiante della realtà clinica. Questo fenomeno è particolarmente pronunciato in psichiatria, dove appare ormai prevalente un'enfasi sugli aspetti farmaceutici a scapito di quelli psicobiologici.

In questo contesto la medicina psicosomatica ha molto da offrire: una visione bilanciata delle componenti biologiche, psicologiche e sociali con un approccio fortemente aderente alla realtà clinica (2). Ed è per questo motivo che nel maggio del 2004 si è riunito a Siena un gruppo di ricercatori che non vogliono perdere questa occasione di grande rilancio della psicosomatica. Ha allora preso vita il Gruppo per la Ricerca Psicosomatica (GRP). Un gruppo, non una società (quindi niente presidenti, vicepresidenti, tesorieri), aperto a quanti lavorano in ambito clinico (dalla medicina interna alla psichiatria, dalla medicina di base alla psicologia clinica). Un gruppo insofferente del vecchio copione teatrale dei convegni tradizionali, che vuole confrontarsi e crescere in un processo che ha come punto di riferimento una riunione annuale (la prima si terrà a Bari nella primavera 2005), e che intende concretizzarsi in ricerche il più possibile multicentriche.

Un gruppo che intende rilanciare la gloriosa rivista "Medicina Psicosomatica" fondata da Ferruccio Antonelli e la centralità della clinica. Psicosomatica? Naturalmente. Perché, ne esiste un'altra?

BIBLIOGRAFIA

1. Fava GA, Sonino N: Psychosomatic medicine. Psychotherapy and Psychosomatics, 2000; 69: 184-197.
2. Fava GA, Freyberger H (a cura di): Handbook of Psychosomatic Medicine. Madison, CT, International Universities Press, 1998.

SEZIONE 1

LE AREE DI INDAGINE DELLA PSICOSOMATICA: AMBITI CLASSICI E NUOVI FILONI EMERGENTI

CORRELAZIONI TRA ATTACCAMENTO, TEMPERAMENTO, ANSIETÀ DI SEPARAZIONE E PATOLOGIA SOMATICA IN BAMBINI INSERITI PER LA PRIMA VOLTA AL NIDO

Dati Preliminari della Fase Italiana della Ricerca

Grasso F.^a, Cavallini S., Celesti A., Mentré F.^b, Guedeney, A.^c

Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento,
Università degli Studi di Siena

Introduzione

Il lavoro femminile è un fatto consueto nei paesi sviluppati dell'Europa, degli Stati Uniti e del Canada. Tuttavia esistono delle differenze notevoli nella durata del congedo post natale, nel livello scolastico delle donne, nell'età del primo figlio e nell'età di inserimento del bambino al nido. Le differenze sono egualmente importanti secondo i paesi, e all'interno di ogni paese, per quello che riguarda la qualità della vita del bambino al nido, la qualità, e la qualificazione del personale, la varietà dei tipi e dei modi di custodia offerti: collettiva, familiare o a domicilio.

Se consideriamo l'importanza della questione che tocca un numero considerevole e crescente di bambini e le loro famiglie, noi possiamo essere sorpresi del limitato numero di studi che si sono soffermati a precisare gli effetti, positivi o negativi, dell'entrata al nido sui bambini e dal fatto che questi studi sono relativamente recenti

Ora, è proprio la questione della qualità dell'attaccamento dei bambini che è posta in gioco qui, così come quella del suo sviluppo cognitivo. Noi sappiamo d'altronde che questi due elementi hanno dei legami stretti. Negli Stati Uniti, la questione degli effetti sull'attaccamento dei bambini custoditi collettivamente è stato oggetto di un dibattito pubblico e a volte molto scottante. Negli anni '90 negli Stati Uniti i due protagonisti principali di questa controversia sono stati Sandra Scarr (1996; 1998) e Jay Belsky (1978; 2001; 2003), essi si sono prodotti in quella che qualcuno ha potuto chiamare come la "Guerra dei Nidi".

Gli effetti dell'inserimento e della permanenza al nido collettivo per i bambini piccoli rappresentano quindi degli argomenti sensibili. Essi rientrano in risonanza con le preoccupazioni relative alle pari opportunità delle donne che non desiderano più restare confinate nel ruolo di guardiane. Ciononostante, il seguire una carriera professionale e il fatto di occuparsi dei propri bambini piccoli non è una cosa semplice in nessun paese.

Quali sono gli effetti dell'entrata al nido sulla salute e sullo sviluppo precoce? Sono dipendenti dal temperamento del bambino? Qual è l'impatto della qualità delle cure fornite al nido e come valutarle? Un bambino, allevato in un nido collettivo ha le stesse probabilità di sviluppare un attaccamento sicuro di un bambino allevato a casa? Ci sono degli effetti differenti a seconda che il bambino è custodito in un nido collettivo o familiare, a tempo parziale o pieno? All'inverso, può il nido dimostrarsi utile permettendo un migliore sviluppo a dei bambini che provengono da ambienti sfavoriti, deprivanti, o in caso di depressione materna o di disturbi mentali dei genitori?

Ecco qualcuna delle domande che si pongono a proposito della custodia dei bambini piccoli, e

^a Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento,
Università di Siena, via dei Tufi 1, presso Osp. Sclavo, 53100 SIENA Italy
e-mail: franzgrasso@tin.it

^b Département d'Epidémiologie, Biostatistique et de Recherche Clinique, AP/HP, Groupe Hospitalier Bichat-Claude Bernard, UFR X. Bichat

^c Faculté de Médecine Xavier Bichat Paris VII, Hôpital Bichat-Claude Bernard, Policlinique Ney

che iniziano ad essere l'oggetto di studi controllati, soprattutto negli USA e in Scandinavia.

I fatti

- a - le infezioni: evidentemente, i bambini al nido sono soggetti a contrarre più infezioni di quelli che sono allevati a casa, e quelli inseriti nel nido collettivo più di quelli dei nidi familiari. Ciò è dovuto al comportamento stesso del bebè, che non è ancora autonomo e che dissemina dei germi, alla sua immaturità immunologica relativa in rapporto all'adulto e al fatto che la collettività aumenta il rischio di esposizione. I bambini al nido ricevono così più antibiotici, allorché il tasso di resistenza nei loro confronti aumenta. Il ruolo dell'igiene al nido (il lavaggio delle mani è essenziale e rappresenta un aspetto importante della qualità di un nido); il rischio di otite media acuta è moltiplicato per due per un bambino che frequenta un nido collettivo, e per 2 e ½ quello di presentare un'infezione recidivante rispetto al nido familiare o alla custodia a domicilio del bambino. Il rischio di contrarre un'otite sierosa è anch'esso aumentato. Il rischio di altre infezioni respiratorie è meno ben conosciuto (bronchiti, bronchioliti, laringiti) ma essi vanno nettamente nella direzione dell'aumento della loro frequenza nel nido collettivo;
- b - le infezioni digestive sono al secondo posto di frequenza nel nido collettivo e l'influenza dell'igiene del personale è qui preponderante;
- c - la relazione tra asma e permanenza in collettività è complessa, con, in definitiva, un aumento nel nido collettivo, anche se il nido può avere anche un effetto benefico e protettore sul sopraggiungere dell'asma;
- d - il nido, collettivo o familiare, sembra avere un effetto di sviluppo cognitivo più rapido. Questa è una delle ragioni che spingono i genitori che ne hanno la possibilità a preferire un modo di custodia in collettività. La questione è di sapere se questo sviluppo cognitivo non si effettui a spese della sicurezza affettiva.

La sicurezza affettiva del bambino

La sicurezza affettiva è il punto cruciale nel modo di custodia. Non è affatto scontato che un bambino piccolo "si trovi" in un sistema collettivo ove egli deve lottare per ottenere l'attenzione. Noi ricordiamo tutti il film di James Robertson, "John alla nursery", del 1968, nel quale un bambino di 18 mesi, mai separato da una madre attenta si ritrova in una nursery collettiva, nell'occasione della nascita di un fratellino. John prova disperatamente di adattarsi a questo universo rude, distratto e conflittuale, poi si scoraggia e si deprime, conservando dell'esperienza una ferita che colpisce la sua capacità avere fiducia nell'altro. Naturalmente le cose si sono evolute da allora e noi conosciamo tutta l'importanza che viene attribuita alla preparazione all'inserimento al nido, e all'attenzione specifica della puericultrice referente nei confronti al bambino in collettività, in particolare nel momento delle cure (pasto, cambio, sonno). Gli studi disponibili, soprattutto americani, non testimoniano, globalmente, per un effetto negativo della permanenza al nido sull'attaccamento a parte una sfumatura forse più elevata di attaccamenti ansiosi. Si vede tutta l'importanza del numero e della qualità del personale al nido, dei loro buoni propositi come équipe e della loro stabilità, dell'importanza delle loro buone relazioni con i genitori e l'importanza dei momenti di transizione tra le persone che si occupano del bambino.

Sono questi gli elementi che assicurano la qualità di un modo di custodia, più che i locali e la quantità di giochi. Ma questi studi non sono stati condotti da dei nidi di cattiva qualità... Gli studi di Rutter nel 1981 concludono quindi che la permanenza al nido non ha effetti negativi sull'attaccamento, almeno nei bambini che non sono troppo piccoli all'entrata e se il tempo totale per settimana è inferiore a 30 ore. Il temperamento del bambino gioca egualmente un ruolo rispetto alla sua suscettibilità allo stress. L'inserimento al nido rappresenta un evento

stressante importante per il bambino piccolo, come viene mostrato da quegli studi al nido che misurano il tasso di cortisolo nella saliva. Gli studi di Gunnar (1990) indicano che la qualità delle relazioni e delle cure del bambino è essenziale per permettergli di superare gli effetti dello stress.

Dalla parte del bambino: il vissuto dell'inserimento al nido

L'adattamento a questa nuova situazione sarà molto differente da un bambino all'altro, in funzione del suo bagaglio personale e del sostegno che troverà o no nel suo entourage (genitori e personale del nido). A volte è il bambino che finisce per trovare i mezzi d'aiutare i suoi genitori poco competenti. La disperazione o l'angoscia che potrà esperire il bambino durante il suo inserimento al nido si esprimerà sovente attraverso il corpo. Ma queste possono anche passare facilmente inosservate, quando il bambino è in apparenza ben adattato alla sua sezione, o quando egli sprofonda poco a poco in un ritiro relazionale e narcisistico che dà alle volte l'impressione di bambino troppo saggio. In questo senso il ritorno dalle vacanze è vissuto sovente come una caduta dolorosa. Se i bambini finiscono generalmente per abituarsi al loro nuovo modo di vita, questo avviene al prezzo di un lungo lavoro psichico che assicurerà loro un sentimento d'identità fondato su una sicurezza interiore. Non è affatto raro vedere al nido un bambino girare le spalle solo molto tempo dopo la partenza del suo genitore, è come se egli prendesse coscienza dell'avvenimento solo a posteriori. Egli così crede senza dubbio di controllare questa sua partenza, e nello stesso tempo il suo ritorno.

Sebbene l'inserimento al nido rappresenta un avvenimento molto importante nella via del bambino, l'angoscia di separazione si ripete quotidianamente, così come durante certi cambiamenti come la nascita di un fratellino, un trasloco, il passaggio da una sezione del nido ad un'altra.

Un'equivalenza implicita viene fatta di sovente tra la socializzazione e la vita in collettività. Ora, come ricorda Patrick Mauvais (Mauvais, 2003), la collettività non è un bisogno. Essa è piuttosto una necessità per le esigenze professionali dei genitori. La prima socializzazione si radica nella relazione con i genitori ed in particolare con la madre o con l'adulto maternante. Questa socializzazione, questa apertura all'altro basata sulle relazioni precoci è ben differente dall'integrazione in collettività e dalla competizione precoce al gruppo. Ma uno slittamento sembra originare sovente la confusione tra la vita in collettività e i processi psichici in gioco nella socializzazione propriamente detta. Ciò può provenire dal bisogno di lavorare dei genitori, e dal desiderio di legittimarlo coniugandolo con una scelta educativa. Certi genitori si colpevolizzano infatti di non offrire ai loro figli l'esperienza del nido, considerandola come una preparazione insostituibile alla scuola materna.

Ora, è sulla sola base dello sviluppo di un attaccamento sicuro che si sviluppa la socializzazione propriamente detta, come lo mostra bene la teoria dell'attaccamento di John Bowlby (Bowlby, 1973), e gli studi sullo sviluppo precoce che ne sono scaturiti (Guedeney e Guedeney, 2002; Miljkovitch, 2001; Pierrehumbert, 2003).

Solo il bambino che ha costruito un attaccamento sicuro si mostra capace d'apertura sociale, cioè di operare un transfert della sua relazione positiva d'attaccamento a sua madre e di utilizzare l'altro, l'estraneo, come un punto di sostegno, di cooperazione e d'esplorazione. Questo si manifesta nella Strange Situation di Mary Ainsworth (1978), applicabile dall'età di 12 mesi, e che si mostra un rivelatore affidabile dell'importanza decisiva e fondatrice di tutti i primi scambi e dell'ambiente familiare nella costruzione della società del bambino: clima emozionale sufficientemente calmo e stabile delle relazioni con i familiari, qualità e continuità delle relazioni e dei contenitori sensoriali, regolarità strutturante e prevedibilità degli avvenimenti quotidiani (Mauvais, 2003, p 406).

Al contrario, il nido può rappresentare un rischio per la socializzazione di un bambino piccolo

dal momento delle discontinuità multiple e delle rotture che può presentare il ritmo della vita collettiva.

Queste rotture possono intaccare il sentimento di continuità interna nel bambino. Esse non sono facilmente individuate dagli operatori, sia che si tratti di interventi inadeguati, di una tranquillità insufficiente, di mancanza di tempo nei momenti chiave, d'instabilità nello svolgimento della giornata o nelle attitudini degli adulti (Mauvais, 2003, p. 408).

Il rischio è che la regola di funzionamento della collettività si applichi al bambino senza la presa in conto dei suoi bisogni, né dei suoi ritmi propri. Si comprende dunque che questa mancanza di sensibilità possa causare un'insicurezza dell'attaccamento. In effetti, la sensibilità nelle relazioni precoci è il punto chiave, se non esclusivo, della costruzione di una relazione sicura. La collettività può così essere un "luogo anomico" (Cyrulnik, 1989), un luogo di solitudine e di violenza (Appell, 1993), dove ognuno è rivale degli altri per ottenere dall'adulto un'attenzione che viene sottratta senza posa.

Di conseguenza, i segni di malessere possono manifestarsi in modo differente nel bambino molto piccolo: sia in maniera evidente (pianti, proteste, richiami ripetuti, segni di sconforto...), o in modo più spettacolare con delle modalità aggressive che sottintendono la domanda d'attenzione e di sicurezza. Altrove, e in modo ben più discreto, e che può passare inosservata, il bambino non esprime un malessere rumoroso: egli si mostra facile e sorridente nel contatto diretto, ma si situa al di sotto delle sue possibilità di sviluppo motorio, d'espressione affettiva e di comunicazione (Mauvais, 2003, p. 408).

Ora che l'esperienza di un modo di custodia al di fuori di casa è diventata la norma per la maggioranza dei bambini, si pone la questione dell'esistenza di effetti a lungo termine, positivi o negativi durante l'infanzia, dei suoi effetti sulla salute fisica, e sullo sviluppo. Infine, noi rileviamo che praticamente non esistono dei dati concernenti l'effetto dei tipi di custodia in funzione dei disturbi dello sviluppo di certi bambini (autismo, prematurità, temperamento difficile...).

Il nido merita dunque che ci si interessi, e che si provi a conoscere chi ne beneficia o meno, a quale età e a quali condizioni.

UNO STUDIO PILOTA

Nel 1999 presso un nido collettivo del XV arr. di Parigi e in collaborazione con la PMI abbiamo quindi realizzato uno studio pilota al nido, in modo da testare gli strumenti che permetterebbero di meglio distinguere l'ipotesi che il sistema di attaccamento del bambino di fronteggiare al traumatismo dell'entrata al nido e che il suo effetto è mediato dal temperamento del bambino, valutando il ritiro relazionale del bambino come indice di rischio (Guedeney, 1999) di manifestazione più frequente di disturbi fisici dopo l'entrata al nido (Grasso, Starakis, Cavallini, Boutron, Laurence, Mentre, Guedeney, 2004). La ricerca ebbe inizio nel settembre 1999, furono inclusi 23 bambini, che entravano per la prima volta al nido con un'età compresa tra 2 ½ mesi e 30 mesi all'ingresso con una media di 9.90 mesi (SD 10.50) e con una permanenza media di 8.30 mesi (SD 0.87).

Ipotesi

Noi proponiamo dunque l'ipotesi che l'entrata al nido avrà delle ripercussioni cliniche, comportamentali o funzionali. E che la capacità del bambino a riorganizzarsi e a padroneggiare l'esperienza potenzialmente disorganizzatrice legata alla separazione dai genitori dipenderà: dall'età del bambino (essendo il sistema immunitario particolarmente immaturo nel corso del primo anno di vita) (Vigneron e Begué, 1999), e da quest'età dipenderà la "dose" di collettività sopportabile, dal suo temperamento e dalla qualità del suo legame di attaccamento alla madre e senza dubbio, dalla qualità della relazione che egli potrà instaurare al nido. La

disorganizzazione dovrebbe apparire a livello di un'accresciuta frequenza, dell'intensità e della durata più importante delle malattie infettive contratte dal bambino, così come a livello di certi disturbi del comportamento e delle perturbazioni delle funzioni alimentari e del sonno.

Noi supponiamo che l'utilizzazione della scala di ritiro sociale (ADBB) (Guedeney e Fermanian, 2001; Guedeney, Charron, Delour, Fermanian, 2001) permetterà un primo depistaggio dei bambini a rischio (Choquet, Facy, Laurent, Davidson, 1982), reperiti, d'altronde, con l'aiuto della Strange Situation e del questionario di temperamento di Bates (ICQ) (Bates *et al.*, 1979; Bertais *et al.*, 1999).

La nostra ipotesi generale è che l'entrata al nido è un avvenimento stressante per il piccolo e che noi supponiamo ciò sarà seguito da un numero importante di malattie infettive nei primi mesi che seguono l'integrazione e che questo numero diminuirà nel tempo. Questa frequenza sarà comparata a quelle degli altri studi condotti su nidi di dimensioni comparabili (Jardin, 1996; Epi-crèche, Floret, 1999). Noi indaghiamo se i bambini insicuri sono quelli che sono più sovente malati, o se al contrario, sono i bambini sicuri quelli che sopportano peggio l'ingresso al nido (Guedeney e Grasso, 2003). D'altra parte, sembrerebbe che i bambini più giovani siano più inclini ad ammalarsi, a causa della loro immaturità immunologica. Dato che l'espressione somatica è il modo privilegiato di comunicazione dei bambini molto piccoli (Guedeney, 1995), noi dovremmo vedere una diminuzione delle malattie con l'età, particolarmente nei bambini che cominciano a parlare. I disturbi del comportamento potrebbero allora rimpiazzare poco a poco quelli della sfera somatica.

Risultati dello studio pilota di Parigi

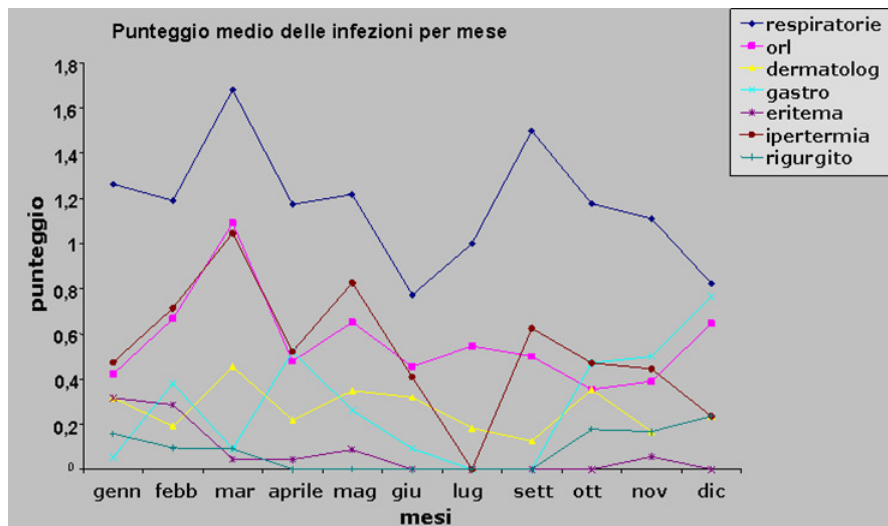


Diagramma 1: Profili di malattia

Manifestazioni infettive e comportamento del bambino

I punteggi medi delle infezioni per mese ci danno delle indicazioni sulla dinamica delle infezioni. I profili (di malattia) disegnano delle curve caratteristiche per ogni gruppo d'infezione o di sintomi (*diagramma 1*). Non esiste un aumento generalizzato e simultaneo dei punteggi, come appare sovente negli studi epidemiologici trasversali fatti al nido (Etude Epipage, Floret, 1999). Noi troviamo un aumento delle infezioni all'ingresso al nido (mese di settembre o ottobre per la maggior parte dei bambini) sino alle vacanze di natale (aumentano tutti gli indici, salvo l'indice respiratorio e di ipertermia). Al rientro (gennaio), gli indici riprendono dei valori più bassi dell'inizio di dicembre, poi essi ricominciano ad aumentare

(salvo per l'indice respiratorio che mostra un comportamento inverso, probabilmente per delle ragioni stagionali). In giugno e luglio, tutti gli indici cadono sensibilmente (eccezion fatta per l'indice d'esantema che resta costante per tutto l'anno). L'indice dei disturbi respiratori (vie alte e vie basse) sembra giocare un ruolo anticipatorio rispetto agli altri: esso ha, sin dall'inizio, un valore piuttosto elevato; questo valore resta elevato anche in seguito. Esso comincia a diminuire quando gli altri indici aumentano (in novembre e dicembre). Infine, esso riparte con un valore molto elevato al rientro dei bambini al nido dopo le vacanze.

Queste osservazioni possono spiegarsi per un effetto stagionale dovuto al clima più rigido in inverno, se questo è indubbiamente vero, è tuttavia interessante notare che i valori si abbassano quando il bambino rientra a casa dopo le vacanze invernali e le vacanze estive. L'indice di patologia respiratoria resta il più sensibile per segnalare le variazioni, non solamente climatiche, ma anche relative alle abitudini di vita del bambino. I profili di patologia dei bambini che sono entrati al nido nei mesi "freddi" sono identici agli altri, e questo va nella direzione di un'indipendenza di questi profili rispetto al momento dell'ingresso al nido.

Infezioni

Anche se non abbiamo trovato delle relazioni dirette tra l'inserimento al nido e l'aumento delle malattie del bambino dato anche il fatto che ogni indice presenta una propria dinamica, abbiamo potuto classificare i 23 bambini del campione su tre profili di malattia differente:

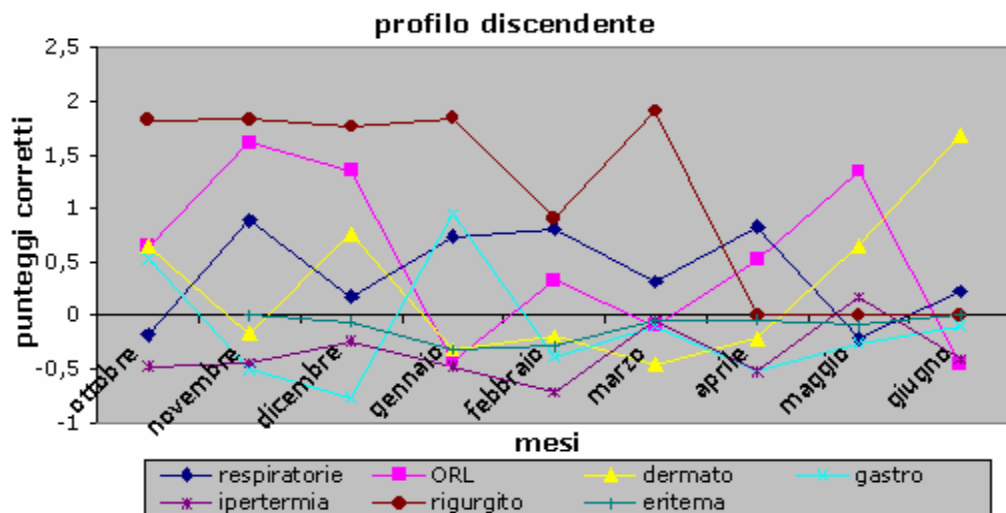


Diagramma 2

- un livello elevato di malattie durante i primi tre mesi al nido e in seguito un abbassamento degli indici (4 bambini) (*diagramma 2*).
- un basso livello di malattie durante i primi tre mesi e un aumento dei punteggi nei mesi seguenti (9 bambini) (*diagramma 3*).
- una tendenza mista (9 bambini, i soggetti più problematici, in ritiro prolungato o inadattabili appartengono quasi tutti a questo gruppo) (*diagramma 4*).

I bambini sicuri si trovano quasi per la totalità nei gruppi b e c.

L'attaccamento

Nel campione francese abbiamo trovato 60% di bambini sicuri e il 40% d'insicuri, ciò che è la proporzione generalmente ritrovata nelle popolazioni a scarso rischio (Guedeney e Guedeney, 2002).

Il ritiro relazionale - L'ADBB

Un punteggio superiore o eguale a 5 è indicativo di un ritiro relazionale significativo Guedeney e Fermanian, 2001). 13 bambini su 23 (56%). Quattro bambini hanno presentato un ritiro in due o tre esami trimestrali. Anche se per una gran parte dei bambini c'è un sensibile aumento del ritiro (ADBB > ou = 5) dall'inserimento al nido, soprattutto tra la prima e la seconda rilevazione, questa differenza non è significativa statisticamente.

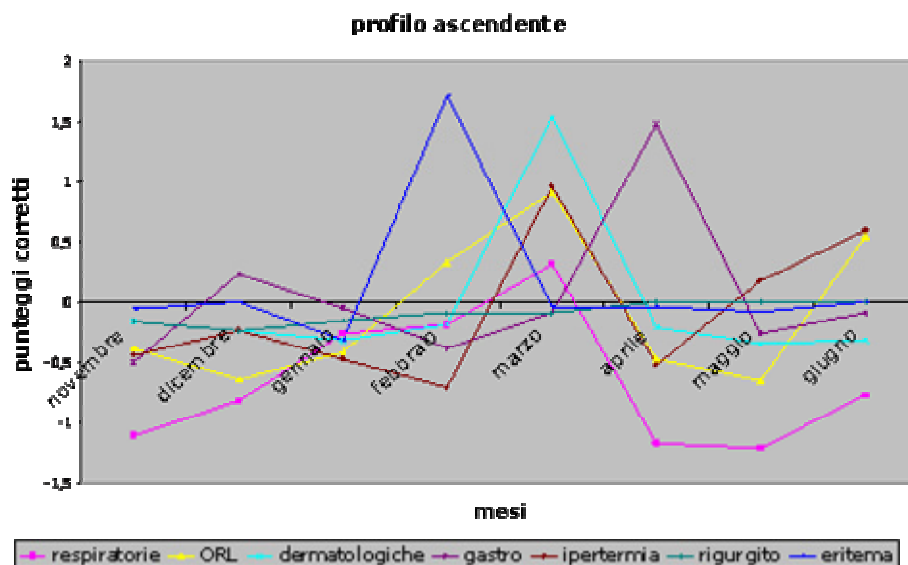


Diagramma 3

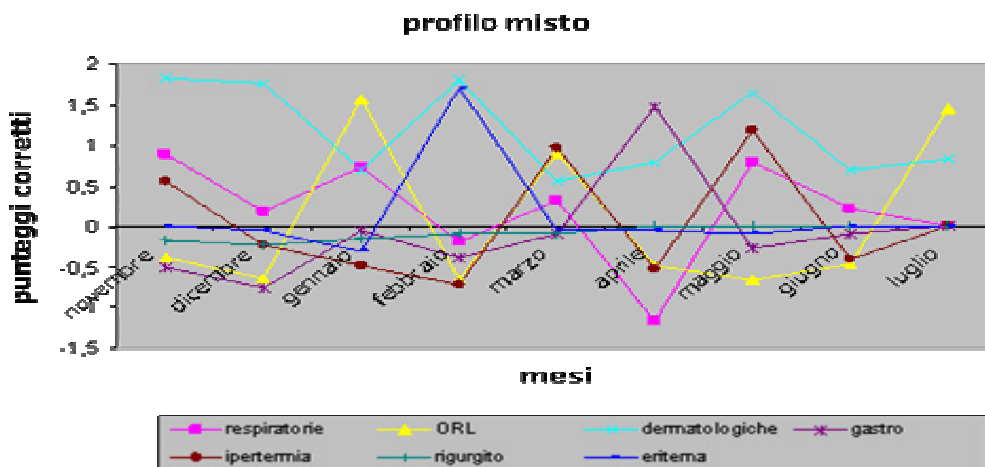


Diagramma 4

Noi avevamo avanzato l'idea, nella nostra ipotesi, che ci sarebbe una forte correlazione tra i disturbi d'attaccamento e la reazione di ritiro prolungato, ma tra i bambini che presentano una

reazione di ritiro prolungato noi troviamo due bambini sicuri su quattro. Infine, sui 13 bambini che sono stati almeno una volta in ritiro, 8 sono sicuri cioè il 61,5%. Questo potrebbe testimoniare per un certo malessere dei bambini sicuri, di fronte alla vita in collettività.

Contrariamente alla nostra ipotesi iniziale, l'analisi non ha mostrato alcuna correlazione significativa tra le variabili dell'attaccamento, del temperamento e gli indici d'infezione e/o della frequenza delle malattie del bambino. Non esiste nemmeno una relazione tra la valutazione dei bambini in ritiro o meno e i punteggi di temperamento. La questione aperta è quella di sapere se queste relazioni esistono realmente, o se l'assenza di correlazione è da attribuire alla dimensione limitata del campione. Non è stata trovata alcuna relazione tra il tipo di attaccamento dei bambini e i punteggi ai due fattori del temperamento (difficoltà/facilità e adattabilità). Tuttavia, i bambini che riportano i punteggi più elevati agli indici di malattia (picchi) sono dei bambini difficili e/o inadattabili, o con un attaccamento insicuro o, ancora, in ritiro relazionale prolungato o che presentano più di una di queste variabili allo stesso tempo. Di converso noi abbiamo avuto una forte relazione tra l'aumento dei punteggi di ritiro relazionale ($ADBB \geq 5$) e l'attaccamento sicuro del bambino. Dieci bambini sicuri su un totale di dodici hanno avuto una stabilità o un aumento dei loro punteggi di ritiro attraverso i differenti esami. Solamente tre bambini insicuri su otto mostrano un tale aumento del punteggio di ritiro. Un commento potrebbe essere che dall'entrata al nido i bambini sicuri sembrano soffrire molto più degli insicuri della custodia in collettività. Noi siamo coscienti del numero molto limitato dei bambini del campione; tuttavia, è sorprendente osservare che la sicurezza del bambino non sembra aiutarlo nell'adattamento al nido. Al contrario, questi bambini sembrano fortemente disturbati dalla loro nuova organizzazione di vita (Guedeney, Grasso, Starakis, 2004).

Replicazione dello studio su un campione di bambini italiani

Nella primavera del 2000 l'Istituto di Psicologia Generale e Clinica dell'Università di Siena ha preso dei contatti con la responsabile dei Servizi Pedagogici del Comune di Livorno con lo scopo di mettere in piedi la replicazione italiana dello studio presso due nidi cittadini. Il campione di questa tranche della ricerca è molto meno disperso rispetto al precedente, infatti, sono tutti bambini nella sezione dei medi (10 – 18 mesi di età all'entrata al nido).

Descrizione del Campione italiano (*tab. 1 e 2*)

- N=30 bambini con età dai 10 ai 18 mesi; età media 14,85 mesi (SD 1,95) che entravano per la prima volta al nido.
- lunghezza del protocollo: 7.79 mesi (min – max = 5 - 8m.)

Esclusione: permanenza al nido \leq a 5 mesi

Tabella 1

	Average (SD)	médiane	Min-Max
age at research start	14,85 (1,95)	15,00	10 - 18
time at nursery (m.)	7,79	8,00	5 - 8
brothers and sisters	1,42 (0,65)	1,50	1 - 4
father age	36,73 (3,04)	36,50	31 - 43
mother age	34,88 (2,21)	34,50	30 - 45

Tabella 2

Family	N (29 +2)	%
natural parents (N=25)	25	100
both parents (N=25)	24	96
only mother (N=25)	1	4
father's origin (N=26)		
Town	21	81
Region	1	4
Italy	4	15
Parents		
Naturals	29	100
mother's origin (N=26)		
Town	20	77
Region	1	4
Italy	4	15
E.U.	1	4

Metodologia e strumenti della fase italiana della ricerca

Foglio anamnestico: dati sulla nascita del bambino, sulla gravidanza, sul parto e sui genitori, dati sulla custodia anteriore al nido.

Foglio di raccolta dati sui bambini: tutti gli eventi somatici, i dati sulla situazione del bambino al nido (salute, sonno, alimentazione, evacuazione, comportamenti, incidenti ed eventi della vita familiare) sono stati annotati giornalmente dalle educatrici responsabili di ogni bambino e poi raccolti e supervisionati settimanalmente dai ricercatori.

Foglio rilevazione dati pediatrici: dato che non esiste la figura del pediatra nei nidi italiani data l'età di accesso solitamente più elevata è stato messo a punto un form di raccolta dei dati pediatrici. Uno dei principali problemi di questa fase è stato quello di ottenere i dati relativi alla salute fisica del bambino. Problema risolto tramite l'invio, a tutti i pediatri dei bambini inseriti nello studio, una lettera in cui si spiegano le finalità della ricerca e l'importanza della loro partecipazione per la compilazione di un foglio di raccolta a loro espressamente dedicato. Questi fogli che riportano delle indicazioni su diagnosi, periodicità e durata della malattia sono stati affidati ai genitori che si incaricano ogni qual volta vanno dal pediatra di farli compilare dal professionista. Le educatrici, infine si occupavano della ricezione e raccolta di tali fogli.

ATTACCAMENTO

La valutazione del tipo di attaccamento del bambino alla madre, sicuro o insicuro, avviene tramite una situazione sperimentale che prende il nome di Strange Situation (situazione estranea).

Si tratta di una procedura, videoregistrata, dove si mettono in scena degli episodi di separazione e di riavvicinamento tra la madre e il bambino secondo la procedura originale di Mary Ainsworth *et al.* (1978).

L'intera valutazione ha una durata di 21 minuti ed è composta da 7 episodi che prevedono appunto l'alternarsi di separazioni e riavvicinamenti mediati appunto da una persona "estranea" che si occuperà di volta in volta, di fare da sostituto materno o comunque da

costituire una forma di sicurezza per il bambino. In tale situazione, ciò che è preso in considerazione è appunto il modo in cui il bambino reagisce all'allontanamento, al ritorno della madre, e se è capace di organizzare il suo comportamento nei momenti di stress, come quelli della separazione; si valuta inoltre se il bambino riesce a stabilire delle relazioni emotivamente valide anche con l'estranea, in presenza o in assenza della madre.

Le videocassette sono poi codificate e l'attaccamento è quindi classificato come sicuro o insicuro in base alle tipologie individuate da Ainsworth *et al.* (1978) e da Main e Solomon (1990).

TEMPERAMENTO

Un'altra dimensione del comportamento del bambino che è presa in considerazione nel lavoro è il temperamento. Essa viene misurata tramite il QUIT - Questionari Italiani di Temperamento (Axia, 2002). Il questionario è composto da sei subscale: Inibizione alla Novità, Attività Motoria, Em. Positiva, Em. Negativa, Attenzione.

Il bilancio delle sottoscale dello strumento fornisce due indicazioni.

- La prima riguarda il temperamento del bambino e concerne il bilanciamento tra le sottoscale di emozionalità positiva e negativa: **T. normale** (prevalenza di em. positive sulle negative), **T. calmo** (bassi punteggi nell'em. positiva e negativa), **T. emotivo** (alta reattività emotiva sia positiva che negativa) o **T. difficile** (prevalenza di em. negative sulle positive).
- La seconda riguarda l'**adattamento positivo** (punteggi alti nelle sottoscale di Attenzione, Orientamento Sociale e Em. Positiva/punteggi bassi nelle sottoscale di Attività Motoria, di Inibizione alle Novità e di Em. Negativa) o l'**adattamento problematico** (punteggi alti nelle sottoscale di Attività Motoria, di Inibizione alle Novità e di Em. Negativa/bassi punteggi nelle sottoscale di Attenzione, di Orientamento Sociale e di Em. Positiva).

ANSIETÀ DI SEPARAZIONE

Lo scopo di questa misurazione è di rendere conto di tre fattori: a) la presenza di ansietà materna per la separazione dal bambino, b) la percezione (sempre materna) degli effetti di questa separazione, c) la relazione tra separazione del bambino e problemi relativi all'impiego della madre.

Anche questa dimensione è misurata tramite un questionario a scelta multipla: la MSAS (Scala di Ansietà Materna di Separazione) di Ellen Hock.

Si tratta in pratica di 35 affermazioni con le quali la madre può dichiararsi più o meno d'accordo secondo una scala a cinque punti (assolutamente in disaccordo; non d'accordo; abbastanza d'accordo; d'accordo; completamente d'accordo).

Analisi descrittiva preliminare

Variabili indipendenti:

ATTACCAMENTO (*diagramma 5*)

Nel campione italiano troviamo 60% di bambini sicuri, 26% di bambini insicuri evitanti e l'11% di bambini insicuri ansioso resistenti. I dati sono assolutamente sovrapponibili a quelli del campione francese.

TEMPERAMENTO (*diagramma 6*)

Per quanto riguarda i dati di temperamento troviamo una buona sovrapposizione tra le valutazioni effettuate dalle educatrici e quelle delle madri. I bambini indicati come difficili sono in egual numero (11) tra educatrici e genitori anche se esistono le discordanze nel giudizio, le concordanze infatti si limitano a soli 4 bambini.

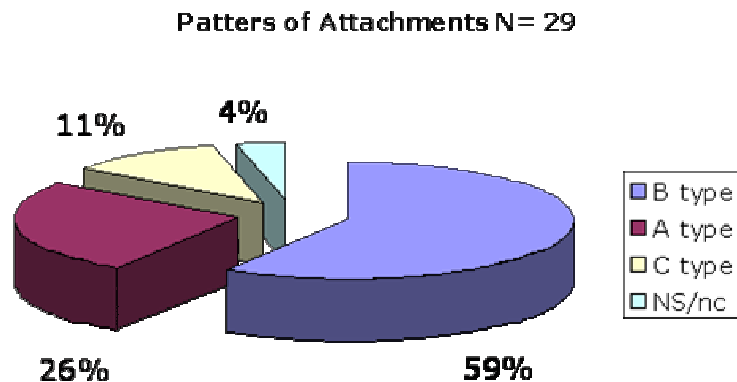


Diagramma 5

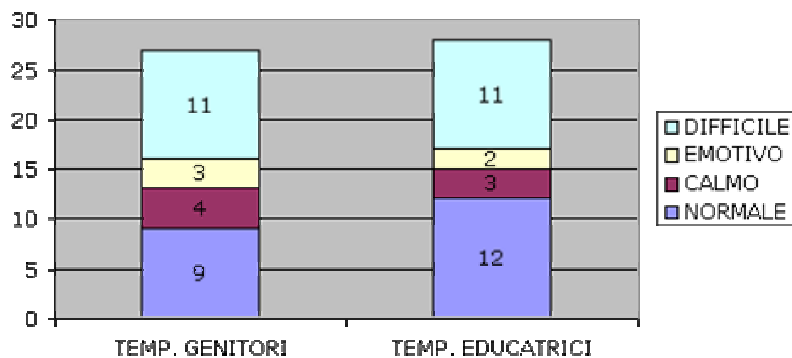


Diagramma 6

ANSIETÀ MATERNA DI SEPARAZIONE

Questa valutazione non dà apparentemente molte informazioni (problemi di standardizzazione del campione di riferimento francese) in quanto per 26 bambini su 29 si registra una valutazione media di ansietà materna di separazione. Il dato e soprattutto il campione di riferimento devono essere sottoposti ad ulteriore verifica – confronto con un campione di standardizzazione italiano.

Variabile dipendente:

PUNTEGGI DI MALATTIA (non corretti per media mensile e per media del bambino)

Per lo studio italiano è stata mantenuta la stessa tipologia di indici relativi alle manifestazioni infettive e sintomatiche dello studio francese del 1999. Gli indici riguardano le malattie respiratorie, dermatologiche, gastroenteriche, ORL, le malattie esantematiche, l'ipertermia e le regurgitazioni.

L'esame descrittivo delle manifestazioni sintomatiche e infettive è stato organizzato per ogni bambino sotto forma di profilo di malattia.

GIORNI DI ASSENZA PER MALATTIA (*diagramma malattia*)

Nell'analisi descrittiva qui presentata si sono temporaneamente utilizzati dei punteggi non corretti per media mensile (annullamento dell'effetto stagionale) e per punteggio medio mensile di ogni bambino. Inoltre, rispetto allo studio di Parigi, sono stati elaborati dei profili di

assenza per malattia mensili^d.

I profili di malattia, le assenze per malattia e il confronto con le tipologie di attaccamento e il temperamento dei bambini del gruppo italiano (vedi tabelle 3, 4, 5 profili malattia e assenza).

Così come è stato già fatto per lo studio pilota francese sono stati identificati 3 profili: ascendente (*diagramma 3*), discendente (*diagramma 2*), misto o irregolare (*diagramma 4*).

Allo stato attuale, utilizzando un associazione tra profili di malattia dei bambini e i profili di assenza per malattia abbiamo i seguenti raggruppamenti:

Bambini che manifestano una tendenza crescente ad ammalarsi o una crescente manifestazione sintomatica dall'ingresso al nido (Tab. 3)

Profili:

1. profilo di malattia ascendente (a), profilo di assenza per malattia ascendente (A): **(A-a)**
2. profilo malattia ascendente (a), profilo assenze malattia discendente o discendente irregolare: **(a - d) + (a - di)**
3. profilo malattia discendente (d), profilo assenze malattia ascendente (a): **(d - a)**

Tabella 3 : associazione tra tendenze ad ammalarsi, variabile dell'attaccamento e variabile del temperamento

Bambini sicuri	10	Di cui tre con temperamento difficile (educatrici) ed uno con adattamento negativo (educatrici)
Bambini insicuri	2	Di cui uno con temperamento difficile (genitori) ed uno con temperamento difficile (educatrici)
No strange	1	Bambino con temperamento difficile (educatrici)

Bambini che manifestano una tendenza decisamente decrescente ad ammalarsi o a presentare manifestazioni sintomatiche dall'ingresso al nido (Tab. 4)

4. profilo malattie decrescente (d), profilo assenze malattia decrescente (D): **(D -d)**

Bambini che manifestano una tendenza irregolare nell'ammalarsi o per i quali non può essere identificata una chiara tendenza crescente o decrescente del profilo di malattia (Tab. 5)

5. profilo malattie irregolare (i), profilo assenze malattia irregolare (I): **(I -i)**
6. profilo assenze malattie irregolare (i, profilo assenze malattia ascendente (a): **(ia)**
7. profilo malattie irregolare (i), profilo assenze malattia decrescente (d): **(id)**
8. profilo malattia decrescente (d), profilo assenze malattia irregolare (i): **(di)**

^d Questi ulteriori profili non elaborati per lo studio francese sono estratti dai fogli di raccolta dati compilati giornalmente dalle educatrici. Essi sono utilizzati come elemento di controllo e verifica generale dello stato di salute del bambino; si sono infatti verificati alcuni inconvenienti nel reperire le informazioni sullo stato di malattia del bambino per la non sempre adeguata di compliance di genitori e pediatri deputati a far pervenire e compilare i fogli informativi sulle malattie dei bambini.

Tabella 4 : associazione tra tendenze ad ammalarsi, variabile dell'attaccamento e variabile del temperamento

Bambini sicuri	1	Bambino con temperamento difficile (genitori)
Bambini insicuri	1	
No strange	1	Bambino con temperamento difficile (genitori)

Tabella 5 : associazione tra tendenze ad ammalarsi, variabile dell'attaccamento e variabile del temperamento

Bambini sicuri	6	<u>Tutti i bambini presentano un temperamento difficile e/o inadattabile per le educatrici, i genitori o entrambi</u>
Bambini insicuri	7	Cinque bambini presentano un temperamento difficile e/o inadattabile per le educatrici, i genitori o entrambi

La falsificazione (parziale) dell'ipotesi di partenza dell'attaccamento sicuro come fattore di protezione dallo stress, gli effetti combinati di attaccamento sicuro e temperamento non problematico

Questi dati preliminari concordano con quelli trovati nella trache francese della ricerca. I bambini sicuri si situano prevalentemente nei gruppi con una tendenza crescente o irregolare di malattia. Inoltre quelli del gruppo irregolare presentano una problematicità maggiore (bambini difficili o inadattabili).

Da questo prima revisione dei dati italiani sembra essere di nuovo falsificata l'ipotesi iniziale della sicurezza dell'attaccamento come fattore principale di protezione per il bambino dallo stress della vita in comune. Il peso dei fattori comportamentali e di relazione (temperamento) appare piuttosto rilevante, così come inizialmente ipotizzato. Infatti nei bambini un associazione tra attaccamento sicuro ed un temperamento normale o calmo è probabile attendersi un adattamento migliore al nido ed una maggiore resistenza, almeno iniziale, alla patologia somatica. Nel caso in cui si associa ad un attaccamento sicuro ad un temperamento difficile o inadattabile, il rischio di contrarre malattie a ripetizione o comunque a manifestare un alto grado di stress fisico appare molto più elevato.

Queste ed altre osservazioni saranno approfondite dall'analisi statistica degli indici di malattia corretti; analisi che è in corso d'opera e che verrà pubblicata in un articolo successivo.

BIBLIOGRAFIA

1. **Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E., & Wall, S.** *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1978.
2. **Appell, G.** Du groupe lieu de solitude et de violence au groupe de communication harmonieuse. *Dialogues, recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 1993: 120.
3. **Axia, G.** *Quit. Questionari Italiani di Temperamento*, Erickson, Trento, 2002.
4. **Bates, J.E., Benett Freeland, C.A., Loundbury, M.L.** Measurement of Infant Difficulty. *Child Development*, 1979, 50, 794-803.
5. **Belsky, J.** Developmental risks (still) associated with early child Care. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, 42, 7: 845-859.

6. **Belsky, J.** La quantité compte. La quantité de soins non parentaux et le développement socio émotionnel. *Devenir*, 2003, à paraître.
7. **Belsky, J.** The effects of day care: critical review. *Child development*, 1978, 49, 929-949
8. **Bertais, S., Larroque, B., Bouvier-Colle, M.H., Kaminsky, M.** Tempérament des nourrissons âgés de 6 à 9 mois : validation de la version française de l'Infant Characteristics Questionnaire, et facteurs associés à la mesure. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, 1999, 47, 263-277.
9. **Bowlby, J.** (1973) *Attachement et perte, Tome 1: L'attachement; Tome 2: La séparation, angoisse et colère; Tome 3: La perte, tristesse et séparation*. PUF, Paris, collection «de fil rouge», 1978.
10. **Choquet, M., Facy, F., Laurent, F. Davidson, F.** Les enfants à risque d'âge pré-scolaire. Mise en évidence par analyse typologique. *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1982, 39: 185-192.
11. **Cyrlunik, B.** *Sous le signe du lien*. Hachette, Paris, 1989.
12. **Deater-Deckard, K., Pinkerton, R., & Scarr, S.** Child care quality and children's behavioral adjustment: a four year longitudinal study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1996, 37 (8): 937-948.
13. **Floret, D.** Incidence des infections en crèche. Comparaison des différents modes de garde. *Archives de Pédiatrie*, 1999, 6 Suppl. 3: 615-617.
14. **Grasso, F., Starakis, N., Cavallini, S., Guedeney, A. et al.** (2002) *Attachment, temperament and somatic disorders in children entering day care*. Poster. WAIMH 8th World Congress, Amsterdam, Studi e Ricerche del Dipartimento di Scienze Neurologiche e del Comportamento, Università degli Studi di Siena, 2004.
15. **Guedeney, A.** De la réaction précoce et durable de retrait à la dépression chez le jeune enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, 1999, 47, 2, 63-71.
16. **Guedeney, A.** Psychosomatique et développement. In *Psychanalyse et sciences du vivant*, Eshel, Paris, 1995.
17. **Guedeney, A., Charron, J., Delour, M., Fermanian, J.** L'évaluation du comportement de retrait relationnel du jeune enfant lors de l'examen pédiatrique par l'échelle d'alarme détresse bébé (ADBB). *La Psychiatrie de l'enfant*, 2001, 54, 1: 211-235.
18. **Guedeney, A., Fermanian, J.** A validity and reliability study of assessment and screening for sustained withdrawal reaction in infancy: the alarm distress baby scale. *Infant Mental Health Journal*, 2001, 22(5): 559-575.
19. **Guedeney, A., Grasso, F.** Attachement et psychosomatique de l'enfant. *Perspectives Psychiatriques*, 2003, 42, 2: 115-121.
20. **Guedeney, A., Grasso, F., Starakis, N.** Le séjour en crèche des jeunes enfants: y a-t-il un lien entre la sécurité de l'attachement, le tempérament et la fréquence des maladies en crèche? Une revue de la littérature et une étude pilote. *Psychiatrie de l'enfant*, XLVII, 1, 2004, 259-312.
21. **Guedeney, N., Guedeney, A. (Sous la direction de).** *L'attachement*. Concepts et applications thérapeutiques. Masson, Paris, 2002.
22. **Gunnar, M.R.** The psychobiology of infant temperament. In Colombo & Fagen (eds.), *Individual differences in infancy: Reliability, stability, prediction*, Hillsdale, NJ: Erlbaum, 1990, 387-409.
23. **Jardin, F., Haab, C., Montes De Oca, M., Bresch, D., Letronnier, P., Moreau, A.** Dépression maternelle et troubles somatiques du bébé. *Psychiatrie de l'enfant*, 1996, 39, 1, 103-136.
24. **Main, M., Solomon, J.** "Procedures for Identifying Infants as Disorganized/Disoriented During the Ainsworth Strange Situation". In M.T. Greenberg, D. Cicchetti, E.M.

- Cummings (eds) *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research and Intervention*, Chicago University of Chicago, 1990.
25. **Mauvais, P.** Socialisation précoce et accueil du très jeune enfant en collectivité. *Devenir*, 2003, 15, 3: 279-288.
 26. **Miljkovitch, R.** *L'attachement au cours de la vie*, PUF, Paris, 2001.
 27. **NICHD. Early Child Care research network.** Mother-child interaction and cognitive outcomes associated with early child care: results of the NICHD study. *Poster symposium presented at the biennial meeting of the Society for Research in Child Development (SRCD)*, Washington, DC, 1997.
 28. **NICHD. Early Child Care Research Network.** The effects of infant child care on infant mother attachment security. *Child Development*, 1997a, 68: 860-879.
 29. **NICHD. Early Childhood Care Research Network.** The relation of child care to cognitive and language development. *Child Development*, 2000, 71: 958-978.
 30. **NICHD. Early Child Care Research Network.** Child care and mother child interaction in the first 3 years of life. *Developmental Psychology*, 1999, 35: 1399-1413.
 31. **NICHD. Early Child Care Research Network.** Early child care and children's development prior to school entry, Manuscript submitted for publication, 2003.
 32. **NICHD. Early Child Care Research Network.** Early child care and self-control, compliance and problem behavior at 24 and 36 months. *Child Development*, 1998, 69: 1145-1170.
 33. **NICHD. Early Child Care Research Network.** Factors associated with father's caregiving activities and sensitivity with young children. *Journal of Family Psychology*, 2000, 14: 200-219.
 34. **Pierrehumbert, B.** *La théorie de l'attachement*. Odile Jacob, Paris, 2003.
 35. **Rutter, M.** Maternal deprivation reassessed (2^e ed.), Penguin, Harmondsworth, 1981.
 36. **Scarr, S.** American child care today. *American Psychologist*, 1998, 53: 95-108.
 37. **Vigueron P., Begué P.** Quel est l'âge d'acquisition de l'immunité contre les principaux agents pathogènes dans les premières années de vie? Y a-t-il un âge idéal pour entrer en collectivité? *Archives Françaises de Pédiatrie*, 1999, 6 Suppl 3, 602-610.

STRESS LAVORATIVO E MALATTIA PROFESSIONALE: COME GESTIRE LE RISORSE UMANE

Ferdinando Pellegrino^a, Patrizia Orsucci^b

Da tempo lo stress lavorativo è, a vario titolo, al centro dell'attenzione di molti operatori sanitari. Ci si è accorti che là dove le risorse umane non sono ben gestite, i danni, sia per gli operatori stessi che per gli utenti, sono talvolta ingenti e onerosi sotto l'aspetto emotivo per l'operatore e da un punto di vista economico per l'azienda di cui fa parte. Gestire al meglio le risorse professionali diventa quindi un impegno importante e necessario soprattutto in quelle attività professionali, quelle attinenti all'aiuto, dove il carico emotivo è considerevole. Lo stress che deriva da un'attività svolta sotto pressioni varie ha tutt'altro che un effetto stimolante e motivante come si credeva fino a qualche tempo fa al fine di produrre sempre di più, ma ha un effetto dannoso perché lo stress che ne consegue è insidioso, riduce le performance e può paralizzare un'attività creativa per la massiccia quantità di aggressività che smobilita; alla lunga una situazione lavorativa pesante demotiva, esaspera e suscita difese sterili e ciniche degli operatori sia nei confronti degli utenti che dei colleghi.

Che il più forte la vince è ormai un'utopia perché spesso difese rigide sono motivo di involuzione e di crollo.

Accanto ad abilità tecniche, saper fare, sempre più specifiche e specialistiche, non possono mancare abilità psicologiche legate alla persona e al saper essere, conoscersi e relazionarsi.

Quando lo stress lavorativo irrompe diventa causa di burnout e le sue conseguenze si ripercuotono a più livelli con segni clinici che l'ormai ben noto test B.M.I. della Maslach consente di quantificare nelle sue componenti precipue di esaurimento emotivo, depersonalizzazione e derealizzazione personale di coloro che lo vivono. Le persone che si trovano a sperimentare su se stesse gli effetti di un sovraccarico di stress passano da una sensazione di inaridimento, di esaurimento, di disaffezione al proprio lavoro caratterizzata da una risposta fredda ed impersonale nei confronti degli altri; sensazioni vissute come forti frustrazioni che, là dove non sono riconosciute, trovano espressione anche con la comparsa di somatizzazioni e slatentizzazioni con veri e propri scompensi soprattutto dove vi siano già patologie in atto. Burnout quindi come sintomo o come malattia e cosa fare per trattarlo e soprattutto prevenirlo? Certamente il malessere sperimentato può essere un sintomo ma quando il suo perdurare nel tempo cronicizza situazioni e vissuti logoranti diventa una vera e propria malattia che compromette seriamente il benessere dell'individuo rendendolo vulnerabile sotto molti aspetti sia fisici che relazionali.

Ad un entusiasmo idealistico che si colloca, in genere, all'inizio della carriera lavorativa (Edelwich e Brodsky, 1980) e che di solito coincide con la tendenza a sottovalutare le difficoltà e a nutrire solo aspettative ottimistiche rispetto agli obiettivi del proprio intervento può far seguito una fase di stagnazione; se il divario fra competenze e richieste è sproporzionato e nell'impatto con la realtà l'operatore si accorge che i suoi bisogni non trovano la soddisfazione attesa ciò diventa motivo di frustrazione che può alimentare e ingenerare una situazione di logoramento sia fisico che psichico.

L'individuo che si viene a trovare imbrigliato in questa fase sperimenta delle modalità d'uscita dal disagio che, se non ben gestite, lo avvulpano sempre di più ad una fase di esaurimento per arginare il quale scivola in modalità svariate di fuga che innescano un pericoloso circolo vizioso che viene a ritorcersi contro. Nel tentativo di uscire dalla dissonanza emotiva percepita

^a Psichiatra U.O. Salute Mentale ASL Salerno 1, Costa D'Amalfi

^b Psicologo psicoterapeuta libero professionista, Prato

e di liberarsi dalla frustrazione, intesa come modalità intrapsichica di difesa, viene sperimentata una forte apatia che induce un condizionamento dell'attività cognitiva e che travolge la persona con percezioni, atteggiamenti e mete severamente disfunzionali. Non si tratta di un semplice stato di tensione ma di una vera e propria modificazione cognitiva che condiziona l'assetto emotivo affettivo del soggetto verso la propria attività e che, una volta verificatosi, necessita di un intervento terapeutico che consenta l'instaurarsi o il ripristino di un'adeguatezza del pensiero e del comportamento che lo aiutino a "ridefinire" la situazione penosa sperimentata. A tal fine, parafrasando Grazia Attili (1993), bisogna lavorare per *reinterpretare* i modelli mentali di attaccamento che, operando al di fuori della consapevolezza ed essendo di difficile accesso alla coscienza, richiedono un forte impegno per essere ristrutturati.

Ma quanto dipende dall'organizzazione e quanto dalla struttura di personalità? A questo proposito emerge una stretta correlazione fra i fattori predisponenti dell'individuo, innati o appresi, che colludono con il sistema fino ad agire come fattori scatenanti: bassa autostima, passività, mancanza di assertività, scarsa identità professionale, perfezionismo, idealismo, valori personali incongrui con la reale situazione di vita sono punti di vulnerabilità. È anche su questi fattori che bisogna focalizzare l'attenzione per gestire in modo ottimale le risorse umane e professionali in un clima organizzativo disposto a favorire e facilitare un sano ambiente lavorativo.

Produrre un bene di consumo è diverso dal produrre un servizio. Un cliente è diverso da un paziente ma mentre in un caso c'è in gioco la fornitura di un prodotto, con la sua qualità di materiali e di manifattura, nel secondo caso c'è in gioco qualcosa di più importante come lo è la salute e, se l'efficacia dell'operatore è compromessa, il danno è di gran lunga superiore. Come un chirurgo non può operare bene con un bisturi non affilato (Balint), così un professionista che non sia in buona forma è esposto al rischio di non fornire un buon intervento terapeutico. Nelle professioni d'aiuto, lo stress si connette con la presenza di maggiori errori medici, sia di diagnosi che di terapia e con difficoltà nella relazione con il paziente, poiché l'empatia e la sensibilità ridotte condizionano il rapporto fino alla comparsa di modalità ciniche di relazione fino anche ad a situazioni limite di colpevolizzazione del paziente se non si hanno i risultati desiderati. Gli operatori coinvolti in queste dinamiche, là dove perdurano oltre i sei mesi, sperimentano la comparsa di tensione, ansia e depressione e rischiano una cronicizzazione del disagio seguito talvolta da un allargamento della conflittualità anche nell'ambiente familiare con punte di escalation di aggressività che possono individuare uno spazio di espressione anche dentro la soglia di casa. Una ricerca della Makno in Italia, su 300 medici e 300 paramedici ha quantificato quanto sopra in percentuali verificabili.

Parlare e attuare la prevenzione è indispensabile; dovrebbe essere un imperativo morale di ogni organizzazione ma spesso la promozione di benessere non è sufficiente soprattutto dove la gestione delle risorse umane viene identificata e confusa con l'amministrazione del personale che è invece ben altra cosa. Prevenire il burnout significa occuparsi della gestione libidico-emotiva degli operatori, dei fattori personali, di quelli ambientali, familiari e sociali; dove non c'è un clima armonico, uno spazio d'appartenenza e dove la gestione delle conflittualità è lasciata al caso o rimossa, anziché impiegata nell'ottica di un confronto costruttivo, senza falsi ottimismo, è difficile evitare situazioni dannose.

L'obiettivo prioritario di ogni Azienda, compresa l'Azienda Sanità, ha da tener conto di una gestione del personale che abbia in considerazione l'evitare i danni da mal funzionamento in una prospettiva che valorizzi gli individui nella loro interezza sia per le competenze professionali ma anche per il benessere personale; fra l'Azienda e l'individuo c'è da considerare l'importanza dell'attivazione di una collaborazione congiunta che abbia un obiettivo dichiarato ed evidente da perseguire e che contempli una partecipazione in cui lo

sparare alle spalle non serva veramente a nessuno. Ciò è da intendersi non come una delega implicita al professionista di potere decisionale ma come una partecipazione attiva con un potere contrattuale che consenta un lavoro di squadra. Spesso le situazioni di burnout sono più frequenti in quei sistemi lavorativi dove c'è una leadership forte, presa e mantenuta, da dirigenti che tengono insieme con la forza qualcosa che non è saputo mantenere con altre qualità: in realtà in queste situazioni il grosso problema è quello di una vera e propria mancanza di leadership.

E se è pur vero che il potere logora chi non ce l'ha, risposta scontata ad atteggiamenti invidiosi, è altrettanto vero che chi lo gestisce male si espone a sua volta a subire il feedback che deriva dal proprio operato e alla lunga non dà risultati edificanti per nessuno.

Nell'ambito di un progetto preventivo dei danni da stress le modalità di intervento sono quindi da indirizzarsi su due direzioni principali: verso la struttura organizzativa da un lato e verso l'operatore dall'altro. Fra i requisiti fondamentali della struttura ci deve essere il rispetto per l'operatore e per la sua professionalità, il rispetto delle norme contrattuali, un ambiente confortevole, ma soprattutto la capacità e la volontà di chiarire i propri obiettivi, di coinvolgere tutte le figure professionali nel rispetto dei ruoli, salvaguardando la salute psicofisica dei propri dipendenti e indirettamente dei propri utenti. Gli interventi nei confronti degli operatori sono più difficili da gestire; i tempi sono spesso più lunghi perché ci si confronta con diverse strutture di personalità. In questo ambito sono essenziali le strategie di supervisione permanente e gli interventi sulla motivazione e sull'autostima. A questo scopo uno dei metodi collaudati e più efficaci è il lavoro fatto con i Gruppi Balint. Là dove questa metodologia di lavoro trova spazio d'accoglienza con serietà e costanza, il rapporto medico-paziente e di conseguenza la compliance, ovvero l'adesione dei pazienti alle terapie indicate, risulta più seguita e maggiori sono i risultati terapeutici.

Quando l'Azienda e il professionista riescono a stringere un rapporto di fedeltà basato sulla trasparenza, tale da generare uno scambio di fiducia reciproca finalizzato al raggiungimento degli obiettivi attraverso la collaborazione, si può finalmente dire di avere un obiettivo comune e ciò, come in ogni rapporto che voglia vivere e crescere, è l'elemento costitutivo..

Riferendoci all'iceberg organizzativo che suggerisce il Dr. Anton Obholzer della Tavistock Clinic di Londra, dobbiamo considerare che anche nel lavoro con le Aziende abbiamo a che fare con le componenti conscia ed una inconscia di un sistema e che ai meccanismi operativi si affiancano e si intersecano gli atteggiamenti e l'ideologia delle persone.

Spesso, ma molto meno di qualche anno fa, i giochi di triangolazioni che hanno luogo in certi posti di lavoro anziché assumere una valenza confermatrice ne assumono una disconfermatrice sia verso i colleghi professionisti che verso i pazienti.

Dove non è riconosciuta l'importanza di un linguaggio comune né della necessità di comunicare, ma ha la meglio solo il bisogno di prevalere sull'altro si riattivano, spesso in maniera collusiva con la patologia o con la situazione trattata, relazioni che portano a mancare l'obiettivo salute e ad innescare escalation distruttive che invece dobbiamo imparare a decodificare.

E così sono molti i personaggi in cerca di spazio e di tempo anche nell'Azienda Sanità che potrebbero trarre beneficio da occasioni di incontro e di discussioni chiarificatrici dove poter esprimere, contenere ed elaborare eventuali difficoltà sul piano della relazione e occasione per trovare un apprendimento emotivo utile per un diverso approccio. Lo scollamento fra pensare ed agire, se non viene elaborato, anziché produrre benessere alimenta frustrazioni incongrue ed insoddisfazioni incompatibili con un buon funzionamento. Nella sanità non si tratta di far diventare i medici o i paramedici degli psicologi, né di inserirli o di sottoporli ad analisi di gruppo, ma si tratta di dare la possibilità per acquisire quelle conoscenze emotive, di cui la formazione universitaria è carente e che per dirla con Balint, possa consentire al medico di

essere lui stesso medicina. Accanto alle competenze mediche e specialistiche riuscire a collocare una capacità di ascolto di tipo empatico verso chi gli si rivolge con fiducia può essere un elemento posologico e diagnostico in più. Troppo spesso il pregiudizio che il medico deve rimanere lontano e distaccato è solo un giudizio a priori di chi temendo di mal gestire una relazione d'aiuto o non si dà o si dà troppo. Nel lavorare per acquisire competenze emotive partendo dalla discussione in gruppo di un caso clinico è possibile acquisire, nel qui ed ora del racconto di una relazione, competenza emotiva che permetta una nuova modalità di porsi nel rapporto con il paziente, non in maniera teorica sulle relazioni o sulla loro idealizzazione di "come dovrebbero essere" ma riconoscendo il vissuto emotivo sottostante. È possibile imparare a capire perché una certa persona è vissuta come "pesante" e cosa c'è dietro al malessere che un'altra continua a lamentare facendo sentire un forte senso d'impotenza, di rabbia, di noia fino a sentimenti molto più complessi di rabbia verso qualcuno. Il paziente più difficile spesso non è quello più grave ma quello con cui non si riesce ad instaurare una relazione. Tutto ciò se viene approfondito ed elaborato in un contesto attento e disponibile al confronto, che consenta anche una restituzione, permette di gran lunga la crescita e l'efficacia professionale.

Chi, come, quando, che cosa è opportuno che intervenga nella gestione delle risorse umane? Una leadership e un team equilibrati sono quanto di più auspicabile per dar luogo ad un coaching ed ad un empowerment efficaci ed efficienti che abbiano garanzie di saper gestire i conflitti e sappiano negoziare in un'ottica che sappia dosare l'egocentrismo esibizionista di molti moderatori che guardano più ad essere accettati per la loro tolleranza che per le reali capacità dialettiche e dialogiche della gestione. Capacità che consentano di esprimere e far esprimere il potere contrattuale del singolo per finalità e obiettivi condivisi, pianificati e predisposti in un ordine di priorità.

Là dove tutto questo manca o è volutamente sottovalutato ha luogo un grande tradimento.



Gli amanti (1928), l'opera di René Magritte, artista surrealista che gioca con gli spostamenti del senso, utilizzando sia accostamenti inconsueti sia deformazioni irreali, si presta bene a rendere l'idea di quanto poco senso ci sia in certe relazioni.

La distanza che separa la realtà dalla sua rappresentazione, una costante nella pittura di questo artista belga, fra certe situazioni reali e come queste vengono rappresentate, offre la possibilità di cogliere l'analogia fra alcune realtà di vita e lavorative con l'immagine dei due protagonisti dal

volto coperto. Alcuni professionisti possono suscitare una grande malinconia per la crudeltà imposta da certe situazioni lavorative, proprio come ai due personaggi dal volto coperto nel quadro di Magritte ai quali viene negata la potenzialità del gesto compiuto proprio mentre stanno compiendo un importante gesto affettivo come il baciarsi.

Ed il tradimento, pur essendo una dinamica di sviluppo e di crescita importantissima là dove è attuato con la consapevolezza di lasciar soli per dare l'opportunità di capire da un possibile errore, se mal gestito, travolge e trascina dietro sé situazioni e persone e può divenire, implicitamente, causa di burnout a vari livelli fra cui quello lavorativo.

Si tratta sempre e comunque di un cambiamento di rotta sia che riguardi i rapporti sentimentali, affettivi, amicali che quelli lavorativi. Un cambiamento di direzione che talvolta è incomprensibile per il cambiamento che comporta alle norme stabilite e ai valori riconosciuti; non comprensibile al di fuori, ma che ha sempre una coerenza interna che se non riconosciuta ed elaborata può fare molti danni. Coerenza che risulta essere composta da ingredienti vari,

alcuni di prima qualità, altri volutamente scadenti o avariati fra i quali, da un lato, un giusto desiderio di riuscire e di far bene e dall'altro la paura, la noia, la vulnerabilità ad illudersi, le ambivalenze e il protagonismo. L'importante è, nel tradire, "essere fedeli a se stessi"; spesso una conflittualità interna fra bisogni e desideri consci e quelli inconsci di chi tradisce fa invece seguire un percorso mentale di fedeltà ai propri valori e alle proprie convinzioni, o a quelle di un sistema, che porta a fare quello che sembra più giusto, nel momento che sembra più giusto, annullando completamente quello spazio e quel tempo mentale per il formarsi di risposte più congrue. E in un contesto anche lavorativo dove a fare da sfondo ci sono impulsi istintuali ecco che l'ambizione, la vendetta, la leggerezza, il bisogno di verificare la propria identità, sia professionale che talvolta sessuale, trovano il proscenio adatto. Quali gli attori? quali i contesti, le istigazioni, gli agiti di chi e di quale sistema? Questi sono elementi che non possono essere lasciati al caso, né mistificati.

Spesso il bisogno di arrivare di alcuni, quello di prevalere di altri, la presenza in un professionista di una competizione insana e di insicurezze interne legate al sé e nelle proprie capacità, portano all'attivazione di comportamenti e all'esplicarsi di agiti che non rispettano la reciprocità. Avvalendomi delle considerazioni della Arrigoni Scortecci (1987) che si è occupata di reazioni terapeutiche negative, proponendone una revisione del concetto (in *Tradimento e paranoia*, G.C. Zapparoli, Bollati Boringhieri, 1992), viene piuttosto da rilevare in molti casi la presenza di una dinamica simile a quella che si ripresenta nel trattamento dei pazienti paranoici dove "un intervento basato sull'analisi delle resistenze può far emergere una modalità distruttiva volta ad attaccare il buon rapporto stabilito come espressione di distruttività combinata con una forte componente invidiosa".

Organizzazioni lavorative che presentano sintomi o malattie riconoscibili dalla presenza di questi segni clinici di tipo psicopatologico sono organizzazioni che non hanno ancora messo a punto l'utilizzo al meglio delle proprie risorse. Spesso si tratta di riconoscere l'importanza per un medico di saper essere anche manager di se stesso, di concepire la disponibilità di imparare a porre maggiore attenzione al proprio modo di operare soprattutto rispetto alla presenza di proprie difese versus figure del passato. L'importanza di questo riconoscimento, cosa certo né banale né semplice, evita l'insorgere di una sorta di staffetta, con caratteristiche transferali, ad un contesto di gruppo che riproponga vissuti analoghi. Quando si verifica ciò, tutto il contesto risente della mancanza di risposte adeguate che anziché favorire la crescita e il sano sviluppo aziendale e professionale, vanno a sabotare gli obiettivi dell'Azienda stessa per effetto della collusione. Tutto quello che viene fatto è impostato in maniera tale da non cambiare niente, fino a sacrificare così, sull'altare dell'orgoglio, o meglio dell'hybris, ogni miglioramento.

Concludendo possiamo dire che il burnout, se riconosciuto, è da intendersi come uno stimolo forte e un segnale importante per definire strategie di difesa dallo stress lavorativo. È uno spunto per riflettere sia sul sistema Azienda che sugli individui che ne prendono parte, stando attenti a riconoscere i rischi del mestiere per evitarli grazie ad una conoscenza delle dinamiche che sottendono alle relazioni e per ottimizzare le risorse disponibili. Il Noi formato da individui impegnati nella stessa attività, anche professionale, può implicare la condivisione di competenze, ritualità, obiettivi, segreti professionali; ci possono essere, come nei rapporti di coppia, lealtà particolari e settoriali (Boszormenyi-Nagy) ma questo non implica la condivisione di valori e sentimenti.

Discernere quali valori escludere, quali stili di vita comuni accettare, quali complicità affettive condividere o quali scelte ideologiche rispettare serve per impostare una collaborazione che non consenta identificazioni patologiche con l'insieme con cui ci si trova ad interagire delimitando, in tal modo, il rischio di dover entrare ed uscire da diversi ruoli rispondendo alle aspettative del gruppo piuttosto che ad un obiettivo. E su questi punti il lavoro di Bion, con

l'indagine sulle dinamiche di gruppo e con i suoi assunti di base, diventa supporto indispensabile per un lavoro mirato al raggiungimento di una migliore qualità di vita e professionale. In quei contesti lavorativi dove questo avviene ed è integrato con una modalità operativa come quella proposta da Balint le cose funzionano, per dirla con Winnicott, sufficientemente bene.

SEZIONE 2

**NUOVE TENDENZE IN PSICOSOMATICA:
RIGORE METODOLOGICO ED
ATTENDIBILITÀ DELL'ASSESSMENT**

DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PSYCHOSOMATIC RESEARCH (DCPR) ED ESITO TERAPEUTICO NEI DISTURBI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI

Piero Porcelli^a

Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia
IRCCS Ospedale “S. de Bellis”

Nel decennio scorso sono stati sviluppati i DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research) [1] allo scopo di tradurre le variabili psicosociali in categorie operative allo scopo di ottenere una valutazione più ampia e rappresentativa della realtà clinica in psicosomatica rispetto alle categorie molto criticate del DSM-IV. Le 12 sindromi DCPR sono state concepite in parte come ulteriore specificazione dei disturbi somatoformi del DSM (Alexithymia, Comportamento Tipo A, Umore Irritabile e Demoralizzazione) ed in parte come alternativa ai disturbi somatoformi del DSM (Tanatofobia, Ansia per la Salute, Diniego di Malattia, Nosofobia, Sintomi Somatici Secondari ad un Disturbo Psichiatrico, Somatizzazione Persistente, Sintomi di Conversione e Reazione da Anniversario).

Le ricerche finora effettuate su pazienti con patologie differenti [2-6] hanno evidenziato che i DCPR identificano da 2 a 3 sindromi che non sono diagnosticabili con il DSM. Nello studio che presentiamo, l'utilità clinica dei DCPR è stata valutata nella capacità di predire l'esito del trattamento dei disturbi funzionali gastrointestinali (FGID). I sintomi FGID costituiscono l'esito di una complessa interazione fra dismotilità GI e problemi psicosociali [7-10].

Sono stati reclutati 105 pazienti consecutivi con diagnosi di FGID secondo i “criteri di Roma I” [11]: il 40% di essi aveva dispepsia funzionale, il 27% sindrome dell'intestino irritabile, il 14% entrambi i disturbi ed il 14% dolore addominale funzionale. L'età media dei pazienti è stata di 38 (ds=15) anni e della durata dei sintomi di 3.3 (ds=4.6) anni. All'ingresso, i pazienti sono stati valutati attraverso l'Intervista Strutturata per i DCPR [12] ed un questionario di misurazione di frequenza e severità dei sintomi GI, la Gastrointestinal Symptom Rating Scale (GSRS) [13]. Sono stati trattati caso per caso con varie terapie individualizzate (con antisecretori, procinetici, antispastici, dieta ricca di fibre, ansiolitici, antidepressivi a basso dosaggio, counseling psicologico, psicoterapia breve) ed i sintomi GI sono stati rivalutati dopo 6 mesi. A 6 mesi, i pazienti sono stati suddivisi in Migliorati (M) e Non-Migliorati (NM). L'esito di miglioramento è stato definito con due criteri: a) score GSRS al baseline - score GSRS al follow-up / score GSRS al baseline $\times 100 > 70\%$; b) score GSRS < 3 al follow-up.

La Tabella 1 mostra il punteggio dei sintomi GI dei due gruppi M e NM e la Tabella 2 la frequenza delle diagnosi DCPR nei due gruppi M e NM.

La proporzione di pazienti con alexithymia ($\chi^2 = 35.23, p < 0.001$), somatizzazione persistente ($\chi^2 = 41.88, p < 0.001$) e nosofobia ($\chi^2 = 4.70, p < 0.05$) è stata significativamente maggiore nel gruppo NM mentre quella di ansia per la salute ($\chi^2 = 7.33, p < 0.01$) nel gruppo M. I pazienti con demoralizzazione erano presenti in entrambi i gruppi nella stessa proporzione (20%).

La Tabella 3 mostra l'analisi di regressione logistica con le 12 diagnosi DCPR ed il punteggio GSRS al baseline come variabili predittive.

^a Servizio di Psicodiagnostica e Psicoterapia-IRCCS Ospedale “S. de Bellis”
via Valente 4
70013 Castellana Grotte (Bari)
e-mail: porcellip@media.it

Tabella 1. Sintomi GI (GSRS) nel gruppo dei pazienti M e NM al baseline ed al follow-up

	Migliorati (M) (n=65)	Non-Migliorati (NM) (n=40)	t (103)
Baseline			
Totale	9.65 ± 4.24	12.88 ± 6.23	3.16 *
Dispepsia	3.72 ± 2.21	5.63 ± 2.98	3.74 **
Digestione	2.74 ± 2.48	3.70 ± 2.58	1.90
Intestinale	3.20 ± 2.94	3.70 ± 3.67	0.77
Follow-up			
Totale	1.94 ± 1.51	12.03 ± 5.38	14.28 **
Dispepsia	0.89 ± 0.83	5.15 ± 2.48	12.77 **
Digestione	0.58 ± 0.68	3.80 ± 2.42	10.11 **
Intestinale	0.45 ± 0.83	3.13 ± 3.35	6.16 **

Nota: * p < 0.01; ** p < 0.001

Tabella 2. Proporzione delle diagnosi DCPR nei due gruppi M e NM al baseline

	Migliorati (M) n (%)	Non-Migliorati (NM) n (%)	χ²(1)
Alexithymia	15 (23.1)	33 (82.2)	35.23 ***
Somatizzazione Persistente	7 (10.8)	29 (72.5)	41.88 ***
Ansia per la Salute	14 (21.5)	1 (2.5)	7.33 **
Nosofobia	5 (7.7)	9 (22.5)	4.70 *
Sintomi Somatici Secondari	18 (27.7)	7 (17.5)	1.42
Umore Irritabile	5 (7.7)	6 (15.0)	1.41
Diniego di Malattia	3 (4.6)	0	1.90
Comportamento Tipo A	7 (10.8)	3 (7.5)	0.31
Sintomi di Conversione	3 (4.6)	1 (2.5)	0.30
Tanatofobia	1 (1.5)	0	0.62
Demoralizzazione	13 (20.0)	8 (20.0)	0
Reazione da Anniversario	0	0	Z

Nota: * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001

Tabella 3. Modello di regressione logistica di predizione dell'esito del trattamento

	B	SE	OR	95% C.I.
Alexithymia	2.49	0.62	12.07	3.57 – 40.74
Ansia per la Salute	- 2.39	1.27	10.90	0.01 – 1.11
Somatizzazione Persistente	2.71	0.63	14.98	4.32 – 51.94

Alexithymia e Somatizzazione Persistente hanno predetto significativamente l'appartenenza al gruppo NM mentre l'ansia per la salute al gruppo M. È interessante notare che i sintomi GI non sono entrati nel modello finale. Il modello finale ha predetto accuratamente il 91% dei pazienti M ed il 73% dei pazienti NM (classificazione riuscita generale nell'84% dei casi).

Questo studio ha evidenziato che i pazienti FGID che non hanno risposto al trattamento avevano maggiori probabilità di essere diagnosticati con alexithymia e somatizzazione persistente al baseline mentre i pazienti che hanno risposto al trattamento con ansia per la salute, indipendentemente dall'entità dei sintomi GI.

L'alexithymia è associata a vari disturbi somatici [14], compresi i disturbi GI funzionali [2, 3, 15, 16]. È possibile che i soggetti alexitimici abbiano disturbi fisici più severi in conseguenza di un'attivazione sostenuta della componente fisiologica della risposta emotiva e rispondano peggio al trattamento a causa della difficoltà di elaborare cognitivamente gli stimoli emotivi e somatici [17, 18]. La somatizzazione persistente è associata ad alcune caratteristiche psicologiche teoricamente coerenti con una minore probabilità di risposta alla terapia, quali sintomi somatici persistenti di lunga durata, tendenza all'amplificazione somatica, convinzione di malattia e quindi ad una ridotta capacità di percepire soggettivamente la riduzione dei sintomi dopo il trattamento [19]. Il miglioramento dei pazienti FGID con ansia per la salute potrebbe essere correlato ad un effetto di tipo placebo. Il trattamento fornito infatti consisteva in forme differentemente combinate di terapia, compreso il counseling psicologico routinario per tutti. La terapia quindi includeva quegli ingredienti terapeutici ritenuti parte della risposta placebo (visite regolari, educazione, rassicurazione, relazione interpersonale partecipata [20-22]). I pazienti FGID rispondono al placebo in una proporzione dal 40% al 70% [23]. L'attesa del miglioramento sintomatologico, un atteggiamento positivo verso il team curante ed una conseguente riduzione dell'ansia potrebbero aver costituito un potente strumento terapeutico aspecifico nei pazienti con ansia per la salute.

I risultati ottenuti suggeriscono che i DCPR siano utili nella pratica clinica non solo perché individuano condizioni psicologiche cliniche e sub-cliniche associate ai disturbi somatici e non individuate dai criteri standard di classificazione psicopatologica, ma anche perché sembrano in grado di predire il cambiamento dei sintomi e l'esito del trattamento. I clinici potrebbero quindi migliorare l'esito delle terapie dei pazienti FGID diagnosticando specifici sindromi psicosomatiche (alexithymia, somatizzazione persistente e ansia per la salute) e tentando di pianificare trattamenti specifici per tali sindromi.

BIBLIOGRAFIA

1. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 1-8.
2. Porcelli P, De Carne M, Fava GA: Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders: Integration of different criteria. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 198-204.
3. Porcelli P, De Carne M: Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 184-188.
4. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C: Psychological evaluation after cardiac transplantation: The integration of different criteria. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 176-183.
5. Sonino N, Ruini C, Ottolini F, Navarrini C, Fava GA: Psychosocial correlates of endocrine disease. *Eur Psychiatry* 2000; 15 (Suppl 2): 345.

6. Grassi L, Porcelli P, Rigatelli M, Ottolini F, Grandi S: Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research (DCPR) in medical settings. *Psychosom Med* 2002; 64: 127.
7. Ringel Y, Drossman DA: From gut to brain and back. A new perspective into functional gastrointestinal disorders. *J Psychosom Res* 1999; 47: 205-210.
8. Talley NJ, Spiller R: Irritable bowel syndrome: a little understood organic bowel disease? *Lancet* 2002; 360: 555-564.
9. Drossman DA, Creed FH, Olden KW, Svedlund J, Toner BB, Whitehead WE: Psychosocial aspects of the functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 (Suppl.II): II25-II30.
10. Bennett EJ, Palmer K, Badcock CA, Tennant CC, Kellow JE: Functional gastrointestinal disorders: Psychological, social, and somatic features. *Gut* 1998; 42: 414-420.
11. Drossman DA (ed): *The functional gastrointestinal disorders: Diagnosis, pathophysiology, and treatment*. Boston, Little, Brown and Company, 1994.
12. Mangelli L, Rafanelli C, Porcelli P, Fava GA: Interview for the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR). *Psychother Psychosom* 2003; 72: 346-348 [Appendice a Rafanelli C et al.: Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 342-349].
13. Svedlund J, Sjödin I, Dotevall G: GSRS. A clinical rating scale for gastrointestinal symptoms in patients with irritable bowel syndrome and peptic ulcer disease. *Dig Dis Sci* 1988; 33: 129-134.
14. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: *Disorders of affect regulation*. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
15. Porcelli P, Bagby RM, Taylor GJ, De Carne M, Leandro G, Todarello O: Alexithymia as a predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65: 911-918.
16. Porcelli P, Taylor GJ, Bagby RM, De Carne M: Alexithymia and functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom* 1999; 68: 263-269.
17. Taylor GJ: Recent developments in alexithymia theory and research. *Can J Psychiatry* 2000; 45: 134-142.
18. Lumley MA, Stettner L, Wehmer F: How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *J Psychosom Res* 1996; 41: 505-518.
19. Barsky AJ, Klerman GL: Overview: Hypochondriasis, bodily complaints and somatic styles. *Am J Psychiatry* 1983; 140: 273-283.
20. Fava GA, Sonino N: Psychosomatic medicine: Emerging trends and perspectives. *Psychother Psychosom* 2000; 69: 184-197.
21. Grandi S: The sequential parallel comparison model: A revolution in the design of clinical trials. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 113-114.
22. Fava M, Evins AE, Dorer DJ, Schoenfeld DA: The problem of the placebo response in clinical trials for psychiatric disorders: Culprits, possible remedies, and a novel study design approach. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 115-127.
23. Klein KB: Controlled treatment in the irritable bowel syndrome: A critique. *Gastroenterology* 1988; 95: 232-141.

IL RICONOSCIMENTO ED IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE

Niccolò Colombini^a, Marco Rigatelli^b

Introduzione

In questo intervento ci proponiamo di offrire alcuni spunti di riflessione sulla Consulenza Psichiatrica al Medico di Medicina Generale nei pazienti depressi affetti anche da patologie cardiache.

Gli studi internazionali e l'attuale orientamento teorico-culturale della psichiatria considerano l'eventuale sintomatologia depressiva presente nelle più severe patologie organiche (Tumori, Malattie Neurologiche, Malattie Cardiovascolari) non solo come una reazione naturale ed inevitabile alla malattia od un sintomo di essa, ma anche come l'espressione di una patologia autonoma che, se non riconosciuta e curata adeguatamente, può peggiorare di molto la prognosi della malattia organica.

Nella attività di Consulenza con i Medici di Medicina Generale, è emerso, sia attraverso discussioni di casi clinici che tramite attività formative più strutturate, come una parte dei colleghi di medicina generale tenda a considerare la depressione presente in pazienti affetti da patologie cardiache gravi come una reazione secondaria alla malattia organica primaria.

Questo atteggiamento può comportare, oltre ad un misconoscimento della patologia depressiva, ad un astensionismo terapeutico da parte del medico di medicina generale, che tende a delegare al consulente psichiatra la prescrizione di un'adeguata terapia farmacologica, anche perché spesso non si sente adeguatamente competente ad effettuare trattamenti farmacologici complessi.

Ne può risultare quindi che la depressione non sia trattata adeguatamente, con gli inevitabili rischi prognostici che questo astensionismo terapeutico comporta e che spesso si accompagna ad una percezione comunque negativa e minimizzante del disagio psicologico, simile a quella che di questo spesso hanno lo stesso paziente ed i suoi familiari.

Secondo l'ipotesi della Depressione come Reazione alla Patologia Organica, o Sintomo di questa patologia, la sintomatologia depressiva dovrebbe cessare col miglioramento e con la guarigione della patologia primaria. Naturalmente in caso di patologie croniche, inguaribili e/o incurabili, questo semplicistico schema si complica, ed appare quindi inevitabile ricorrere alla ipotesi concettuale della Comorbidità per offrire un adeguato trattamento alla depressione, che appare sempre di più come uno dei principali fattori prognostici negativi nelle gravi malattie cardiache, anche se non risulta poi assolutamente chiaro se un precoce trattamento dei sintomi depressivi abbia un sostanziale effetto sulla prognosi della patologia cardiaca.

Nella pratica clinica la consulenza diretta sia ospedaliera sia domiciliare dello psichiatra al paziente depresso con comorbidità medica, assume allora un valore formativo per i colleghi, oltre che terapeutico al paziente, sia come indicazioni farmacologiche specifiche sia come approccio globale a questi malati, il cui trattamento necessita di specifiche conoscenze; valore formativo ancora maggiore hanno discussioni di casi clinici tra psichiatri e colleghi non specialisti, sia medici di medicina generale sia ospedalieri, come dimostrano le ormai numerose esperienze di psichiatria di consulenza che hanno proprio nella discussione di casi clinici in piccolo gruppo una delle modalità operative più proficue ed efficaci.

^a Psichiatra, Dipartimento di Salute Mentale AUSL Modena, CSM di Castelfranco Emilia

^b Professore Straordinario di Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia

Personalità, Reazione e Comorbidità

Il rapporto tra depressione e patologie cardiovascolari è stato considerato e descritto in vari modi, ma, secondo una prospettiva più specificatamente clinico-psichiatrica, sinteticamente si possono definire tre prospettive:

1. Fattori psichici che influenzano condizioni mediche: la depressione viene considerata una patologia che condiziona ed influenza l'esito della patologia organica, in questo caso delle patologie cardiovascolari. In questa prospettiva possiamo anche considerare i classici concetti della medicina psicosomatica di personalità pre-morbosa (i cluster di personalità di tipo A e B che predisporrebbero o meno allo sviluppo di patologie coronariche). Alcune alterazioni fisiopatologiche presenti nella depressione (alterazioni del metabolismo della serotonina, ipertono simpatico) potrebbero costituire un terreno predisponente all'insorgere delle patologie cardiovascolari e comunque possono peggiorare l'esito di tali patologie.
2. Disturbi mentali dovuti a una condizione medica: la depressione è considerata una patologia psichica reattiva alla presenza di patologie cardiovascolari, quasi come "un sintomo" della patologia organica di base: in questa prospettiva col miglioramento della patologia organica ne deriverebbe anche l'attenuazione della patologia depressiva. Naturalmente in alcuni casi di patologia organica, possono essere comunque presenti sintomi psicologici che sono direttamente derivati dalla patologia fisica. È sicuramente provato che l'incidenza di patologie depressive è più elevata nei pazienti cardiopatici rispetto alla popolazione generale.
3. Comorbidità. Le due patologie vengono considerate interdipendenti secondo varie modalità, diverse da paziente a paziente. Entrambe le patologie necessitano di adeguato trattamento in quanto sono presenti influenze reciproche che condizionano i rispettivi esiti. Sicuramente questo modello è quello che attualmente presenta le più proficue ed efficaci applicazioni teoriche e cliniche.

Dalla concettualizzazione dell'ipotesi della comorbidità tra patologie depressive e cardiovascolari, derivano almeno due assiomi, confermati da numerosi ed accurati studi internazionali:

1. l'insorgenza, il decorso e la prognosi delle patologie cardiovascolari sono fortemente influenzati dalla concomitante presenza di patologie depressive [es. Freasure-Smith, 2003].
2. le severe patologie cardiovascolari costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi depressivi [es. O'Connor *et al.*, 2000].

Secondo alcuni influenti autori si potrebbe anche arrivare in via teorica, per altro discutibilmente per le eventuali conseguenze pratiche (uso "preventivo" degli antidepressivi in ampie fasce di popolazione), ad affermare che:

- anche le patologie metaboliche associate e precedenti le patologie cardiovascolari costituiscono un fattore di rischio per lo sviluppo di patologie depressive [Kupfer, 2004].

Risulta ormai provato con attendibile probabilità che sono presenti numerosi correlati biologici comuni tra Depressione e patologie Cardiovascolari, e sono probabilmente presenti alcune basi fisiopatologiche ed etiopatogenetiche comuni tra le due patologie, almeno per quanto riguarda il metabolismo della Serotonina, che, oltre ad essere uno tra i più importanti e filogeneticamente antichi neurotrasmettitori, è presente sulle piastrine e rientra anche nei meccanismi a cascata della coagulazione. Sono inoltre comuni l'ipertono simpatico, ed anche una alterazione del metabolismo lipidico ma rimane tuttora comunque ancora da chiarire quale

possa essere l'effettivo ruolo reciproco tra questi fattori etiopatogenetici nello sviluppo delle due patologie.

Di fatto nel 36% dei pazienti cardiopatici si riscontrano disturbi depressivi, contro il 10 – 15% circa nella popolazione generale (O'Connor *et al.*, 2000); dopo un infarto miocardico acuto si hanno sintomi depressivi nel 30 – 40% degli infartuati (Malzberg, 1937); la presenza di un disturbo depressivo rappresenta un fattore di rischio per la comparsa di un evento cardiaco acuto (incidenza di sei volte superiore alla popolazione generale) (Jannuzzi *et al.*, 2000) e la presenza di depressione post-infartuale aumenta la mortalità nei 18 mesi dopo l'evento acuto di 3-6 volte rispetto ai pazienti non depressi (Freasure-Smith, 2003). Un punto fortemente controverso è però l'efficacia del trattamento depressivo sulla sopravvivenza del paziente cardiopatico: dallo studio ENRICH (Berkman *et al.*, 2003) non risulta alcun significativo risultato sulla sopravvivenza a 29 mesi nei pazienti infartuati e depressi, trattati per depressione.

Il medico di medicina generale e le patologie depressive

Il riconoscimento ed il trattamento dei disturbi psichici da parte del medico di medicina generale è divenuto negli ultimi anni uno dei principali argomenti di ricerca e di approfondimento teorico e pratico per la Psichiatria e la Medicina Pubblica, principalmente per le ormai chiare e definitive evidenze epidemiologiche che dimostrano che la maggior parte dei disturbi psichiatrici (il 70-90% delle patologie psichiatriche nella popolazione generale) è trattata dai Medici di Medicina Generale e che comunque i disturbi psichiatrici rappresentano una percentuale consistente dei disturbi trattati dai medici di medicina generale (20-40%).

Maggior attenzione si è posta sui disturbi ansioso-depressivi, per la loro assoluta maggiore prevalenza ed incidenza tra tutti i disturbi psichici.

Tra i vari studi dedicati a questo argomento, in particolare un recente studio italiano (SUPREMA, Balestrieri e Bellantuono, 2003) ha evidenziato e confermato alcuni punti salienti:

1. il mmg riconosce circa il 65% dei pazienti affetti da severi sintomi depressivi.
2. se la depressione è di minore entità diminuisce la capacità di riconoscimento da parte del mmg.
3. circa 2/3 dei pazienti riconosciuti depressi dal mmg non sono trattati.

Un altro dato empirico e clinico che è stato successivamente dimostrato (Luutonen *et al.*, 2002), è che la contemporanea presenza di severe patologie cardiovascolari interferisce col riconoscimento e col trattamento della patologia depressiva. Questo importante dato può essere spiegato secondo diverse prospettive che sono qui sintetizzate:

- difficoltà di diagnostica differenziale tra le due patologie.
- espressività psicopatologica particolare della sintomatologia depressiva.
- difficoltà socio-culturali nel paziente.
- difficoltà teorico-culturali nel medico.
- polifarmacoterapie complesse.
- difficoltà nella scelta della corretta terapia psichiatrica.

Queste evidenze contribuiscono a spiegare come il medico di medicina generale e in generale i medici non psichiatri (ma anche gli stessi psichiatri) abbiano comunque difficoltà diagnostiche e terapeutiche nei casi in cui siano contemporaneamente presenti patologie complesse.

Un caso clinico presentato ai medici di medicina generale sotto forma di questionario

Per valutare empiricamente, ma senza velleità di dimostrazione epidemiologica, il livello di

riconoscimento da parte dei medici di medicina generale di una severa patologia depressiva presentata da un paziente affetto anche da una grave patologia cardiologica, è stato presentato in diversi incontri a 100 medici di medicina generale il questionario riportato nella tabella seguente. Gli incontri sono stati seminari formativi, gruppi di discussione o aggiornamenti tradizionali, tutti di argomento psichiatrico, fatti a medici di medicina generale. Sicuramente il contesto ha influenzato parte delle risposte, condizionandole in parte, ma i risultati ottenuti hanno un valore indicativo e fotografano comunque l'atteggiamento dei medici nei confronti del rapporto tra queste patologie.

Tabella 1

Un Suo paziente, uomo di 50 anni che per un infarto miocardico circa due mesi fa ha subito un breve ricovero in Cardiologia con la prescrizione di una cospicua terapia farmacologica, seguito da un rapido recupero con ripresa dell'attività lavorativa, da tre settimane presenta una sintomatologia psichica, insorta subdolamente, caratterizzata da:

- 1) marcata perdita di interesse e di piacere per quasi tutte le sue consuete attività;
- 2) significativa perdita di peso, senza essere a dieta;
- 3) insonnia;
- 4) rallentamento psicomotorio;
- 5) apatia ed astenia;
- 6) ridotta capacità di concentrarsi ed indecisione.

In presenza di questi sintomi, Lei: (una sola risposta)

- A) pensa alla comparsa di complicazioni cardiologiche e/o internistiche, e prescrive al paziente una serie di accertamenti bioumorali e strumentali
- B) pensa che tali sintomi siano una comprensibile reazione psicologica alla patologia cardiaca e decide per ora di non trattarli;
- C) invia il paziente allo specialista psichiatra per una consulenza, chiedendo chiarimenti diagnostici e/o terapeutici;
- D) immagina che i sintomi presenti siano il possibile inizio di una depressione, in relazione alla patologia cardiologica, ma che al momento attuale non sia il caso di trattare i sintomi per evitare al paziente un eccessivo carico farmacologico;
- E) si preoccupa per l'insorgenza di una sindrome depressiva e prescrive al paziente dei farmaci antidepressivi;
- F) prescrive dei sedativi per l'insonnia.

Sentiti ringraziamenti per la collaborazione.

I sintomi depressivi presenti nel caso clinico sono alcuni tra quelli elencati nei criteri diagnostici per l'Episodio Depressivo Maggiore secondo il DSM-IV-TR, (è stato volutamente tralasciato il criterio "umore depresso") e la loro contemporanea presenza, come nel caso in oggetto, è sufficiente a poter diagnosticare il grave quadro depressivo.

Lo scopo di questa ricerca, oltre a quello di valutare, seppur superficialmente, le capacità diagnostiche e di esplorare le capacità terapeutiche dei medici di medicina generale, era di avere un quadro orientativo delle potenzialità diagnostico-terapeutiche dei medici di base nei

casi di comorbidità psichiatrico-cardiologica, per poter anche programmare ed orientare i successivi programmi formativi con i medici di medicina generale, nell'ambito del più generale programma collaborativo Psichiatria – Medicina di Base, che da anni è attivo nella regione Emilia Romagna, nell'AUSL di Modena e nel Distretto di Castelfranco Emilia.

Negli incontri effettuati, il questionario veniva presentato all'inizio, poi, dopo una eventuale parte teorica, veniva discusso con i colleghi. Questa modalità di proporre un questionario su un caso clinico, oltre a rappresentare un facile anche se impreciso strumento di rilevamento, rappresenta una concreta ipotesi di attività formativa, attraverso la discussione, anche in seminari tradizionali, di vignette cliniche che abbiano pertinenza con l'argomento trattato e che sicuramente possono risultare più coinvolgenti ed efficaci di tradizionali lezioni frontali.

Risultati

84 (84%) dei 100 medici cui era stato sottoposto, hanno risposto al questionario.

Di questi:

- 2 (2,38 %) hanno dato la risposta A): pensa alla comparsa di complicazioni cardiologiche e/o internistiche, e prescrive al paziente una serie di accertamenti bioumorali e strumentali.
- 3 (3,57%) hanno scelto la risposta B): pensa che tali sintomi siano una comprensibile reazione psicologica alla patologia cardiaca e decide per ora di non trattarli.
- 31 (36,9%) hanno dato la risposta C): invia il paziente allo specialista psichiatra per una consulenza, chiedendo chiarimenti diagnostici e/o terapeutici.
- 9 (10,73%) hanno dato la risposta D): immagina che i sintomi presenti siano il possibile inizio di una depressione, in relazione alla patologia cardiologica, ma che al momento attuale non sia il caso di trattare i sintomi per evitare al paziente un eccessivo carico farmacologico.
- 39 (46,42%) ha scelto la risposta E): si preoccupa per l'insorgenza di una sindrome depressiva e prescrive al paziente dei farmaci antidepressivi.
- Nessuno ha dato la risposta F): prescrive dei sedativi per l'insonnia.

Poco meno della metà dei Medici di Medicina Generale cui era stato sottoposto il questionario riconoscerebbe in questo paziente l'insorgenza di un episodio depressivo maggiore. Questo dato, seppur privo di un assoluto valore statistico, dato il ridotto numero di medici coinvolti ed il condizionamento dato dai contesti nei quali veniva effettuata la rilevazione, appare comunque coerente con i dati della letteratura sul riconoscimento della grave depressione da parte dei medici di base, infatti sommando le percentuali delle risposte D) e E) si raggiunge il 56% circa di medici che riconoscono nei sintomi descritti un serio disordine depressivo, inferiore quindi al 65% circa atteso dai dati della letteratura, ma spiegabile per la contemporanea presenza di una patologia cardiologica che interferisce con la formulazione di una corretta diagnosi psichiatrica. In realtà probabilmente anche alcuni del 36,9% dei medici di medicina generale che hanno dato la risposta C), chiedendo una consulenza psichiatrica ipotizzava una patologia depressiva, aumentando così l'effettiva percentuale del riconoscimento dell'episodio depressivo.

Da questi risultati comunque risulta che più della metà dei medici di base non inizia immediatamente un trattamento per l'episodio depressivo, o perché non lo riconosce o perché lo sottovaluta o perché incerto dal punto di vista diagnostico e/o terapeutico, privando il paziente di un supporto clinico comunque importante per alleviare il dolore mentale presente insieme alla patologia organica; la presenza della depressione comunque interferisce col trattamento e con l'esito della cardiopatia, quindi un corretto trattamento psichiatrico risulta imprescindibile ed indifferibile (anche se non risulta influenzare significativamente la

sopravvivenza, sicuramente migliora la qualità della vita del paziente).

Conclusioni

Dati i risultati ottenuti, ne consegue la assoluta necessità di una costante e continua formazione sia dei medici di medicina generale che degli psichiatri nel trattamento delle patologie depressive in comorbidità con patologie cardiovascolari e/o organiche, al fine di:

- migliorare le capacità diagnostiche.
- approfondire la formazione specifica sui trattamenti psicofarmacologici.
- orientare il medico verso una corretta scelta di un trattamento terapeutico mirato ed efficace.

Questi obiettivi si possono raggiungere attraverso vari percorsi formativi clinico-terapeutici:

- aggiornamenti periodici istituzionali sui trattamenti psicofarmacologici, ipotizzando però la presentazione e la discussione di casi clinici problematici,
- aggiornamenti sulle problematiche della polifarmacoterapia, coinvolgendo esperti di varie branche cliniche.
- programmazione di discussioni cliniche in piccolo gruppo tra psichiatri e medici di medicina generale, secondo il modello ormai consolidato di consulenza in piccolo gruppo.
- collaborazione ed integrazione con i servizi di psicologia clinica che sono presenti negli Ospedali Generali e nei Distretti territoriali per ipotizzare anche una risposta psicoterapica specifica ai pazienti cardiopatici e depressi.

Infine sono da sottolineare alcune aree critiche e rischi potenziali che possono derivare dalla mancanza di una specifica formazione ai medici di base sul trattamento della depressione in comorbidità con le cardiopatie e dalla particolare enfasi che esiste attualmente sullo strumento psicofarmacologico per il trattamento della depressione:

- sovraccarico dei CSM con richieste di consulenza nel caso di percorsi formativi parziali ed insufficienti.
- enfattizzazione del ruolo terapeutico esclusivo degli psicofarmaci con il risultato di fornire un ristretto ventaglio di risposte, esclusivamente psicofarmacologiche.
- utilizzo acritico e non mirato dello strumento psicofarmacologico da parte dei medici di medicina generale, che in mancanza di una corretta informazione e formazione si possono trovare a pensare che il farmaco sia l'unica terapia efficace per i disturbi depressivi.
- infine è necessario temere che si possa arrivare alla proposizione dell'utilizzo "preventivo" degli psicofarmaci quando esistano fattori di rischio di sviluppare una patologia depressiva, (e le cardiopatie lo sono), evenienza che non ha a tutt'oggi alcun razionale teorico e clinico-terapeutico.

In ogni caso, date le evidenze epidemiologiche e cliniche, è necessario sviluppare costantemente una sempre più proficua collaborazione interdisciplinare tra psichiatria, cardiologia e medicina generale al fine di ottimizzare i trattamenti congiunti per quei pazienti affetti da comorbidità psichiatrica e cardiologica che probabilmente rappresenteranno una quota sempre più cospicua di utenti dei Servizi Sanitari.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, Text Revision; ed It. Masson, Milano, 2001.
2. Balestrieri M, Bellantuono C: Riconoscimento e trattamento della depressione nella medicina generale in Italia: lo studio epidemiologico SUPREMA. Relazione letta a

Bologna, 2003.

3. Berkman LF, Blumenthal J, Burg M, Carney RM, Catellier D, Cowan MJ et al.: Effects of treating depression and low perceived social support on clinical events after myocardial infarction: the Enhancing Recovery in Coronary Heart Disease Patients (ENRICHD) Randomized Trial. *JAMA* 2003; 289 (23): 3106-16.
4. Colombini N: Esperienze di collaborazione con la medicina di gruppo: il Centro di Salute Mentale ed i Nuclei di Cure Primarie. In press, 2004
5. Freasure-Smith N, Lesperance F: Depression and other psychological risks following myocardial infarction. *Arch Gen Psychiatry* 2003; 60: 627-636.
6. Invernizzi G, Gala G, Rigatelli M, Bressi C: *Manuale di Psichiatria di Consultazione*. McGraw-Hill, Milano, 2002.
7. Jannuzzi JL, Stern TA, Pasternak RC, Desantics RW: The influence of anxiety and depression on outcomes of patients with coronary artery disease. *Arch Int Med* 2000; 160 (13): 1913-1921.
8. Kupfer DJ: The central role of depression in medicine, Relazione letta a Roma, 2004.
9. Luutonen S, Holm H, Salminen JK, Rislä A, Salokangas RKR: Inadequate treatment of depression after myocardial infarction. *Acta Psychiatr Scand* 2002; 106, n° 6: 434-439 (6).
10. Malzberg B: Mortality among patients with involution melancholia. *Am J Psychiatry* 1937; 93: 1231-1238.
11. O'Connor CM, Gurbel PA, Sereburany VL: Depression and ischemic heart disease. *Am Heart J* 2000; 140 (suppl. 4): 63-69.
12. Rigatelli M, Ferrari S: *Cardiologia e Depressione*. Relazione letta a Modena, 2004.

DIAGNOSI MEDICA, PSICHIATRICA E PSICOSOMATICA: ALTI UTILIZZATORI IN UN AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE

Silvia Ferrari, Marco Rigatelli

Servizio di Consulenza Psichiatrica-Psicosomatica,
Dipartimento di Neuroscienze-TCR,
Sezione di Psichiatria,
Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia

Introduzione

Larga parte della ricerca epidemiologica degli ultimi anni è stata dedicata a valutare e quantificare la frequenza della patologia psichiatrica nei contesti non specialistici di cura, quali l'Ospedale Generale (OG) e la Medicina Generale (MG). Gli studi fondamentalmente concordano nel segnalare la grande diffusione dei disturbi psichiatrici in tali ambiti clinici, non solo nell'OG, dove l'APM statunitense quantifica una comorbidità oscillante tra il 30 ed il 60% [Rigatelli, 2000], ma anche nella MG: circa un quarto dei pazienti degli ambulatori di MG, quota destinata ad aumentare ulteriormente se si includono le forme sottosoglia (9%) ed i pazienti con sintomi psichici isolati (31%) [Royal Colleges, 2003]. Nella maggior parte dei casi si tratta di disturbi d'ansia e dell'umore [Wells *et al.*, 1988; Ustun e Sartorius, 1995]. Pur essendo generalmente forme cliniche caratterizzate da minore gravità rispetto ai contesti specialistici, la disabilità complessiva associata a tale area patologica è consistente, proprio in virtù della sua considerevole diffusione sociale [Ormel, 1994].

Si tratta in parte di pazienti con una comorbidità medico-psichiatrica, ovvero che presentano in concomitanza uno o più disturbi medici e psichiatrici: la comorbidità medico-psichiatrica rappresenta un importante fattore di complessità nella gestione clinica di questi pazienti ed ha un notevole impatto prognostico, nonché rilevanti ripercussioni di ordine organizzativo ed economico, in quanto incide sulla disabilità e sulle modalità e la frequenza di ricorso all'assistenza sanitaria [Simon *et al.*, 1995; Escobar *et al.*, 1987]. All'alta frequenza della patologia psichiatrica nei contesti non specialistici di cura contribuiscono inoltre i pazienti con sintomi cosiddetti "funzionali", o "senza spiegazione medica", o che "somatizzano", utilizzando quest'ultima espressione in senso lato per quanto impreciso, che includa i disturbi somatoformi propriamente codificati, ma anche manifestazioni cliniche prevalenti di altre patologie psichiatriche (ansia e depressione per lo più) [Escobar *et al.*, 1987].

Strettamente connesso al riscontro dell'alta prevalenza di disagio psichico nei contesti internistici e di MG è l'ambito di ricerca, in rapida espansione, sul fenomeno dell'"alto utilizzo", ovvero la tendenza ad un ricorso molto superiore alla media ad interventi assistenziali (visite al MMG, visite al pronto soccorso, ricoveri ospedalieri, visite ed accertamenti diagnostici specialistici...) da parte di quote relativamente ridotte della popolazione generale, "pochi pazienti che chiedono molto" [Westhead, 1985; Taube *et al.*, 1988; Lin *et al.*, 1991; Gill e Sharpe, 1999; Neal *et al.*, 2000; Carney *et al.*, 2001; Ronalds *et al.*, 2002]; si tratta di un'esperienza estremamente diffusa e spiacevole per gran parte degli specialisti che operano nei contesti di cura di primo livello, che si è tentato recentemente di quantificare: dal 5 al 15% della popolazione generale è responsabile del 20-40% delle prestazioni sanitarie totali erogate [Liptzin *et al.*, 1980; Lavik, 1983], il 3% dei pazienti alti utilizzatori è responsabile del 15% del carico di lavoro complessivo del MMG [Neal *et al.*, 1998] ed il 25% dei pazienti "in testa alla classifica" di frequenza dell'ambulatorio comportano il 60-70% dei contatti totali [Ronalds *et al.*, 2002]. Il fenomeno ha gravi implicazioni di

carattere clinico, sociale ed economico che richiedono un suo approfondimento, allo scopo di individuare possibili fattori associati di ipotetico o dimostrato valore eziologico, sui quali quindi potrebbe divenire possibile intervenire in futuro per contenere il fenomeno stesso.

Gli Alti Utilizzatori (AU) sono di conseguenza stati oggetto, negli ultimi anni, di numerose ricerche che hanno analizzato ad esempio le variabili socio-demografiche, le caratteristiche relazionali dei diversi MMG, ma soprattutto la presenza, la qualità e la quantità di un eventuale disagio psichico in tali individui, specie se in concomitanza di una patologia medica cronica; il gruppo statunitense di Wayne Katon ha quantificato il distress psichico tra gli AU tra il 40 ed il 60%, la depressione interesserebbe un quarto ed i disturbi d'ansia un quinto circa degli AU [Von Korff *et al.*, 1998; Simon *et al.*, 2001].

Alla necessità di quantificare in modo preciso ed attendibile il fenomeno e di condurre ricerche ad hoc, anche di tipo comparativo rispetto alle caratteristiche dei “normo-utilizzatori”, per individuare possibili ipotesi eziologiche, si aggiunge poi, in questo particolare ambito clinico, una difficoltà di ordine più concettuale, ovvero il tema della somatizzazione e dei disturbi somatoformi: il capitolo sui disturbi somatoformi del DSM è stato senza dubbio uno dei più criticati, i criteri diagnostici sono stati giudicati eccessivamente restrittivi ed artificiosi e per questo inservibili, eccessiva è sembrata l'enfasi sul “descrittivismo”, la conta dei sintomi fino al raggiungimento di soglie arbitrariamente fissate, e svariati altri commenti che spaziano dalla disquisizione filosofico-nosografica fino alle più concrete urgenze del lavoro quotidiano sui pazienti e della necessità di rendere conto a colleghi ed a precisi quesiti clinici, specie, appunto, nei contesti di cura non specialistici [Rigatelli *et al.*, in corso di stampa]. Inoltre, la creazione di questa categoria diagnostica ha imposto la sua schematica separazione da altri quadri clinici di frequente riscontro strettamente connessi, quali quelli dei fattori psicologici che condizionano una malattia medica, dei disturbi dell'adattamento e di alcuni disturbi sessuali; questa frammentazione e dispersione della tradizionale patologia psicosomatica sarebbe il motivo principale per cui la categoria dei disturbi somatoformi è una delle meno utilizzate del DSM [Biondi, 2003].

La critica alla definizione diagnostica dei disturbi somatoformi non ha solo distrutto, ma anche cercato di individuare soluzioni alternative, che passano attraverso il recupero del paradigma bio-psico-sociale [Sharpe e Mayou, 2004; Escobar e Gara, 1999; Huyse *et al.*, 2001]. Un ulteriore significativo esempio è costituito dai DCPR (*Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* [Fava e Freyberger, 1995]), 12 sindromi “psicosomatiche” frutto della rielaborazione dei principali risultati della ricerca psicosomatica alla luce del paradigma bio-psico-sociale (tabella 1).

Sono già numerosi gli studi che ne hanno testimoniato l'attendibilità clinica e la praticità di impiego, specie nei contesti di cura “anfibi” tipici della psichiatria di consultazione e collegamento [Sonino *et al.*, 2000; Fava *et al.*, 2001; Porcelli *et al.*, 2001; Grandi *et al.*, 2001; Grassi *et al.*, 2002; Rafanelli *et al.*, 2003; Galeazzi *et al.*, 2004]. Dati questi requisiti dello strumento, la ricerca oggetto di questo lavoro si è proposta, quale obiettivo, di contribuire a caratterizzare il fenomeno dell'alto utilizzo dei contesti di cura non specialistici e la sua probabile correlazione con la patologia psichiatrica, di quantificare e descrivere tale correlazione, tramite la raccolta di dati relativi alla diagnosi medica, psichiatrica e psicosomatica secondo-DCPR di un gruppo di pazienti AU di un ambulatorio di MG, messi a confronto con altrettanti controlli normo-utilizzatori.

Metodo

Il protocollo di ricerca utilizzato si è basato sull'analisi preliminare degli afflussi dei pazienti di un ambulatorio di MG della provincia di Modena in un periodo di un anno.

Tra tutti i pazienti giunti in ambulatorio per una visita, distribuiti in ordine di frequenza di

visita, sono stati selezionati coloro i quali risultavano in testa a tale classifica, avendo fissato il cut-off che definiva i casi al numero di visite di 13 o più per anno. La soglia è stata fissata arbitrariamente a partire dalla distribuzione di frequenza di visita da parte dei pazienti nell'anno considerato, in linea al metodo di definizione dell'alto utilizzo che si trova in altri lavori analoghi in letteratura [Gill e Sharpe, 1999]. In questo modo sono stati individuati 50 soggetti AU.

Tabella 1 – Le sindromi psicosomatiche DCPR.

Nosofobia
Ansia per la salute
Tanatofobia
Negazione della malattia
Sintomi somatici funzionali secondari ad un disturbo psichiatrico
Somatizzazioni persistenti
Conversione
Reazione agli anniversari
Comportamento di tipo A
Umore irritabile
Demoralizzazione
Alessitimia

Tra i pazienti dello stesso ambulatorio sono stati quindi selezionati in modo randomizzato altrettanti controlli a frequentazione ambulatoriale media (tra le 3 e le 4 visite all'anno, essendo la media di visite annue per paziente dell'ambulatorio in quell'anno pari a 3.66), senza appaiare i due gruppi per sesso, età o altri caratteri socio-demografici, che sono pertanto inclusi tra le variabili in esame.

I criteri di inclusione/esclusione sono stati i seguenti: consenso informato scritto; età uguale o superiore ai 18 anni, padronanza della lingua italiana, assenza di gravi impedimenti sensoriali, espressivi o cognitivi, assenza di grave compromissione del funzionamento mentale o fisico (es. dolore), alta affluenza non motivata esclusivamente dalla richiesta di prescrizioni farmacologiche continuative. I soggetti inclusi nello studio sono quindi stati complessivamente 100.

Oltre alla raccolta dei dati socio-demografici, medici e relativi all'impatto quantitativo degli AU nell'ambulatorio sede della ricerca (provvisto di un database informatizzato), la valutazione clinica dei due gruppi di soggetti ha incluso i seguenti strumenti:

- Definizione di una diagnosi psichiatrica tramite SCID, versione breve per la ricerca.
- Definizione di una diagnosi psicosomatica tramite l'intervista basata sui DCPR [Rafanelli *et al.*, 2003], versione italiana.
- Valutazione della qualità della vita tramite l'autosomministrazione del questionario WHO-QOL, versione breve [WHO, 1998].

Risultati

Impatto degli alti utilizzatori

La tabella 2 descrive i dati relativi all'impatto degli AU, a quanto, cioè, essi gravino sull'attività generale dell'ambulatorio. Il numero totale di pazienti che nell'anno considerato si sono rivolti all'ambulatorio è stato di 1530 ed il numero totale di visite effettuate è stato di 5602, pari ad una media di 3.66 visite per paziente per anno. I 50 AU costituiscono il 3.27% della popolazione che affluisce all'ambulatorio e, nel periodo considerato, hanno richiesto una

media di 15.52 visite, compresa in un range tra 13 e 31. Le visite complessive su pazienti AU sono state 776, pari al 13.9% del totale di visite effettuate in quell'anno dal MMG. Le visite complessive sui controlli sono state 150, pari al 2.7% del totale di visite.

Tabella 2 – Impatto degli alti utilizzatori.

	AU (n = 50)	Controlli (n = 50)
% sul totale di pazienti dell'ambulatorio (n = 1530)	3.27	3.27
Visite annue per paziente (media)	15.52	3.0
Visite annue totali	776	150
% sul totale di visite effettuate dal MMG	13.9	2.7

Dati socio-demografici

I pazienti AU erano 12 uomini e 38 donne (M/F ratio = 24%), di età media pari a 50.72 (DS=12.88); 42 erano sposati, 5 vedovi, i rimanenti single (n=1) o divorziati (n=2); il numero medio di anni di scolarizzazione era 6.9 (DS=2.96); 31 AU lavoravano a tempo pieno, 15 erano in pensione ed i rimanenti erano casalinghe (n=3) o disoccupati (n=1). Nel gruppo di controllo, vi erano 22 uomini e 28 donne (M/F ratio = 44%), di età media pari a 38.76 (DS=14.55); 31 erano sposati, 18 erano single, solo 1 vedovo; il numero medio di anni di scolarizzazione era 12.84 (DS=5.38); 35 lavoravano a tempo pieno, 7 erano in pensione, 6 erano studenti, 1 casalinga e 1 disoccupato. I dati socio-demografici sono raccolti e presentati nella tabella 3.

Tabella 3 – Dati socio-demografici.

	AU		Controlli	
Età media	50.72 anni (DS = 12.88)		38.76 anni (DS = 14.55)	
Sesso (M/F %)	24/76		44/56	
Stato civile	N	%	n	%
Coniugato/convivente	42	84	31	62
Vedovo/a	5	10	1	2
Single	1	2	18	36
Separato/divorziato/a	2	4	0	0
Scolarizzazione	6.9 anni (DS = 2.96)		12.84 anni (DS = 5.38)	
Occupazione	n	%	n	%
Lavoro retribuito	31	62	35	70
Pensionato/a	15	30	7	14
Studente	0	0	6	12
Disoccupato	1	2	1	2
Casalinga	3	6	1	2
Condizione di vita	n	%	n	%
Famiglia acquisita	45	90	30	60
Famiglia d'origine	2	6	19	38
Solo/a	3	4	1	2

Diagnosi medica e psichiatrica

Il 98% degli AU è risultato positivo per la ricerca di almeno una diagnosi medica, il 40% addirittura a tre diverse diagnosi allo stesso tempo. Le diagnosi mediche più frequentemente riscontrate erano incluse nel gruppo dei disturbi cardiovascolari, respiratori e metabolici. Il 64% degli AU stava assumendo farmaci al momento dell'intervista a causa di tali disturbi. Solo il 54% dei controlli sono invece risultati positivi alla ricerca di una o più diagnosi mediche e la maggioranza di coloro risultati positivi presentavano un'unica condizione clinica ($n=16$, 32%), per lo più una patologia cardiovascolare. Solo il 24% dei controlli stava assumendo farmaci al momento dell'intervista a causa di tali disturbi.

Il 68% degli AU è risultato positivo alla valutazione diagnostica secondo SCID: su una metà di questi ($n=17$), un'unica diagnosi psichiatrica è stata posta, al contrario dei casi rimanenti in cui più condizioni concomitanti sono state riscontrate. La diagnosi psichiatrica più frequentemente posta è stata quella di "Depressione maggiore" (38%, $n=18$).

Al contrario, solo il 6% ($n=3$) dei controlli è risultato positivo alla valutazione diagnostica psichiatrica: un soggetto soffriva di disturbo depressivo maggiore, uno di disturbo d'ansia generalizzata ed un terzo di entrambe le condizioni.

La tabella 4 riassume tali dati.

Tabella 4 – Diagnosi medica e psichiatrica.

	AU		Controlli	
	N	%	n	%
Una singola diagnosi medica	15	30	16	32
Più di una diagnosi medica	34	68	11	22
Nessuna diagnosi medica	1	2	23	46
Terapia farmacologica?	32	64	12	24
Una singola diagnosi psichiatrica	17	34	2	4
Più di una diagnosi psichiatrica	17	34	1	2
Nessuna diagnosi psichiatrica	16	32	47	94
Disturbo depressivo maggiore	19	38	2	4
Disturbo di panico con agorafobia	19	38	0	-
Disturbo di panico senza agorafobia	12	24	0	-
Disturbo d'ansia generalizzato	11	22	2	4

Diagnosi psicosomatica

Quasi la totalità, il 96% degli AU, sono risultati positivi per la presenza di almeno una sindrome DCPR e ben il 18% di essi per la presenza di 6 diverse sindromi contemporaneamente; il numero totale di diagnosi DCPR poste nel gruppo degli AU è stato di 214, pari al 35.7% del totale di diagnosi DCPR che era possibile risultassero positive (cioè $12 \times 50 = 600$): la più frequente di esse è stata la sindrome "Sintomi somatici funzionali secondari ad un disturbo psichiatrico" ($n=35$, 70% degli AU, 19.55% del totale di diagnosi DCPR tra gli AU).

Anche tra i controlli, praticamente tutti, il 96%, sono risultati affetti da almeno una sindrome DCPR, con la differenza, però, che la metà dei controlli è risultata positiva a quell'unica diagnosi (50%). Il numero totale di diagnosi DCPR poste nel gruppo dei controlli è stato di 78, pari al 13% del totale di diagnosi DCPR; la più frequentemente registrata è stata la "negazione di malattia" ($n=40$, 80% dei controlli, 51.28% del totale di diagnosi DCPR tra i controlli). I suddetti risultati sono riassunti nella tabella 5.

Si è analizzato quindi il pattern di sovrapposizione tra i tre ambiti diagnostici, sia tra gli AU che tra i controlli. La positività contemporanea per la presenza di un disturbo medico, uno

psichiatrico ed almeno una diagnosi DCPR è stata riscontrata nel 66% degli AU (n=33) ma solo nel 4% dei controlli (n=2). Il dato opposto della negatività contemporanea a tutte le valutazioni cliniche non è stato riscontrato in nessuno degli AU e solo in uno dei controlli.

Tra i soggetti affetti da almeno un disturbo medico, negli AU due terzi (66%) risultavano anche affetti da un disturbo psichiatrico e la maggioranza (92%) da una sindrome DCPR, mentre tra i controlli solo il 4% ed il 62% rispettivamente sono risultati positivi anche alla ricerca di disturbi psichiatrici o psicosomatici.

Tra i soggetti affetti da almeno un disturbo psichiatrico, negli AU più dei due terzi (68%) risultavano anche affetti da una sindrome DCPR, mentre tra i controlli solo il 6% (tabella 6).

Tabella 5 – Diagnosi DCPR.

	%		% sul totale di diagnosi DCPR	
	AU	Controlli	AU	Controlli
Sintomi funzionali somatici secondari ad un disturbo psichiatrico	70	18	19.55	11.53
Negazione di malattia	68	80	18.99	51.28
Comportamento tipo A	52	16	14.53	10.26
Demoralizzazione	44	2	12.29	1.28
Alessitimia	38	0	10.61	0
Nosofobia	34	0	9.50	0
Ansia per la salute	28	10	7.82	6.41
Umore irritabile	28	2	7.82	1.28
Conversione	22	10	6.15	6.41
Reazione agli anniversari	18	14	5.03	8.97
Somatizzazione persistente	14	2	3.91	1.28
Tanatofobia	12	2	3.35	1.28
Diagnosi DCPR positive	96	96	-	-
Diagnosi DCPR totali	214	78	100	100
% diagnosi DCPR totali	-	-	35.7	13.0

Tabella 6 – Comorbilità medico-psichiatrico-psicosomatica.

	n		%	
	AU	Controlli	AU	Controlli
Pazienti con diagnosi medica...				
...e diagnosi psichiatrica	33	2	66	4
...e diagnosi psicosomatica	46	26	92	62
Pazienti con diagnosi psichiatrica...				
...e diagnosi psicosomatica	34	3	68	6
Pazienti positivi a tutte le diagnosi	33	2	66	4
Pazienti negativi a tutte le diagnosi	0	1	0	2

Qualità della vita

Il punteggio medio ottenuto alla WHO-QOL è stato di 55.90 (DS=8.20) tra gli AU e di 59.00 (DS=5.47) tra i controlli, con riscontro di una differenza statisticamente significativa (t-Student = 2.2246; p = 0.0135).

Discussione

Il presente studio analizza un campione di AU di un ambulatorio di MG, che viene messo a confronto con soggetti normo-frequentatori con riferimento ad alcuni caratteri, clinici e non-clinici, quali il pattern di frequenza di visita, i dati socio-demografici e la presenza di disturbi medici, psichiatrici e psicosomatici, allo scopo di individuare possibili significative associazioni con il fenomeno dell'alto utilizzo.

I dati presentati, innanzitutto, confermano quanto emerso da precedenti lavori riguardo all'aumento di carico di lavoro imposto dagli AU sugli operatori sanitari: una piccola proporzione di pazienti dell'ambulatorio, il 3.27%, è infatti stata trovata responsabile di un maggior numero di visite annuali rispetto ai controlli (13.9% vs. 2.7%).

Anche i dati socio-anagrafici confermano precedenti riscontri epidemiologici: gli AU sono più tipicamente donne, di età media-avanzata e di più bassa scolarizzazione. L'eterogeneità dei dati socio-demografici tra i due gruppi a confronto limita la rilevanza esclusivamente dipendente da variabili cliniche ma conferma il ruolo di fattori quali sesso, età, livello di scolarizzazione nel contribuire al fenomeno dell'alto utilizzo già riportato in letteratura [Bass *et al.*, 1999; Broadhead *et al.*, 1989].

I disturbi medici, psichiatrici e psicosomatici sono molto frequenti tra gli AU: due terzi di questi pazienti sono risultati positivi ad almeno un disturbo in ognuno dei tre ambiti clinici considerati al tempo stesso e la concomitanza tra più di un disturbo per ambito è risultata molto più frequente tra gli AU che tra i controlli. Questo riscontro suggerisce una specifica e maggiore complessità clinica di questi pazienti, che spesso sono interessati da disturbi diversi concomitanti che, come ben noto ad esempio riguardo alla comorbilità medico-psichiatrica, possono avere effetti additivi o sinergici tra loro.

La presenza di almeno una diagnosi DCPR è risultata la regola sia tra gli AU che tra i controlli, a conferma dell'alta sensibilità dello strumento nell'individuare il disagio psichico, anche a livelli sottosoglia. Tra gli AU, in ogni caso, le diagnosi DCPR complessivamente poste sono risultate essere quasi il triplo rispetto ai controlli, ovvero gli AU molto più spesso hanno dimostrato la presenza di più sindromi psicosomatiche contemporaneamente.

Anche la distribuzione delle diagnosi DCPR è risultata estremamente diversa nei due gruppi: tra gli AU, le diagnosi più frequenti sono risultate quelle di: negazione di malattia, comportamento di tipo A, demoralizzazione ed alessitimia, avendo escluso la più frequente in assoluto, ovvero "Sintomi somatici funzionali secondari ad un disturbo psichiatrico" (la cui alta frequenza è diretta conseguenza dell'alta prevalenza, in questo gruppo, dei disturbi psichiatrici). Tale distribuzione è analoga a quella riportata da altri studi sui DCPR [Sonino *et al.*, 2000; Fava *et al.*, 2001; Porcelli *et al.*, 2001; Grandi *et al.*, 2001; Grassi *et al.*, 2002; Rafanelli *et al.*, 2003; Galeazzi *et al.*, 2004]. Tra i controlli, la metà delle diagnosi DCPR poste sono risultate "negazione di malattia" ed altre diagnosi DCPR erano scarsamente o per niente rappresentate. La notevole preminenza della diagnosi di negazione di malattia, più frequente in assoluto tra i controlli rispetto agli stessi AU, è un riscontro di difficile interpretazione: potrebbe essere spiegata dalle specifiche caratteristiche personali, relazionali e professionali del MMG responsabile dell'ambulatorio.

Lo studio della percezione della qualità della vita, infine, ha dato conferma quantitativa al dato intuitivo di una peggiore qualità della vita tra gli AU.

I vari studi citati condotti sulle possibilità di impiego dei DCPR ne hanno confermato le qualità di affidabilità e praticabilità nella valutazione del disagio psichico in pazienti medici. I DCPR furono originariamente ideati come uno strumento di integrazione dei riferimenti diagnostici tradizionali, con particolare riferimento ad alcuni ambiti clinici, più "scivolosi", come già indicato nell'introduzione, quali quelli dei disturbi somatoformi o dei fattori psichici che influenzano una condizione medica. I dati emersi da questo studio, per quanto ancora

preliminari soprattutto in riferimento all'analisi statistica, suggeriscono però un sostegno a tale possibilità clinica integrativa dei DCPR: tra gli AU, i pazienti "DCPR-positivi" erano nettamente più frequenti di quelli "DSM-positivi", ed inoltre tutti e 48 i pazienti DCPR-positivi erano anche DSM-positivi, mentre al contrario non tutti e 34 i soggetti DSM-positivi erano anche DCPR-positivi. Esisterebbe dunque una quota di disagio psichico che il DSM potrebbe non arrivare a identificare e che invece è importante cogliere per le possibili implicazioni che esso possiede in termini di utilizzo di assistenza sanitaria, gravità clinica, disabilità e qualità della vita.

Il presente studio fotografa una fase ancora preliminare di un progetto più ampio di valutazione del fenomeno dell'alto utilizzo: se ne sottolineano pertanto alcune limitazioni metodologiche, la principale delle quali è la necessità di un ampio approfondimento statistico, oltre alla scelta di utilizzare una versione breve della SCID, che limita l'ampiezza e la profondità della diagnosi psichiatrica, al fatto che l'intervistatore non fosse cieco rispetto alla condizione di alto o normo-utilizzatore del soggetto, ed alla generalizzabilità dei riscontri.

Si tratta pur tuttavia del primo studio condotto, a nostra conoscenza, con l'intento di descrivere una popolazione di AU nella MG, confrontandoli con soggetti a frequenza di consultazione media, prestando particolare attenzione all'ambito della patologia psichiatrica e psicosomatica. Un approfondimento della ricerca sarà necessario in futuro allo scopo di specificare il contributo dei singoli caratteri analizzati nel determinare il complesso fenomeno dell'alto utilizzo.

Conclusione

A quanto emerso dal presente studio, i pazienti AU comportano un incremento notevole della mole di lavoro del loro medico, presentano un tasso maggiore di comorbidità medico-psichiatrica e riferiscono una qualità di vita inferiore. L'alto numero di forme sottosoglia, specie nei contesti clinici non specialistici, e, nel nostro caso, il frequente riscontro di positività alla diagnosi psicosomatica DCPR ma non a quella psichiatrica standard, suggeriscono la necessità di specificare meglio la diagnosi psichiatrica stessa, ad esempio attraverso uno strumento come quello qui impiegato.

"I have about twelve hundred patients. There are some patients that I see a lot, and some I hardly see at all, and there are some I can help, and some I can't, and the patients that distress me the most are the ones I see a lot who I can't help. We call them heartsink patients, for obvious reasons, and someone once reckoned that most partners in a practice have about fifty heartsinks (4.17 %) on their books. They come in, and sit down, and they look at me, and both of us know it's hopeless, and I feel guilty and sad and fraudulent, and, if the truth be told, a little persecuted. (...) My relationship with my heartsinks will never cease. They will sit and stare accusingly at me for ever".

(da: "How to be good", Nick Hornby, 2001)

BIBLIOGRAFIA

1. Bass C, Bond A, Gill D, Sharpe M: Frequent attenders without organic disease in a gastroenterology clinic. Patient characteristics and health care use. Gen Hosp Psychiatry 1999; 21: 30-38.
2. Biondi M: Editoriale. Medicina Psicosomatica 2003; 48: I-II.
3. Broadhead WE, Gehlbach SH, deGruy FK, Kaplan BH: Functional versus cultural social support and health care utilization in family medicine practice. Med Care 1989; 27: 221-233.
4. Carney TA, Guy S, Jaffrey G: Frequent attenders in general practice: a retrospective 20-

- year follow-up study. *Br J Gen Pract* 2001; 51: 567-569.
5. Escobar JI, Golding JM, Hough RL, Karno M, Burham MA, Wells KB: Somatization in the community: relationship to disability and use of services. *Am J Public Health* 1987; 77: 837-840.
 6. Escobar JL, Gara MA: DSM-IV somatoform disorders: do we need a new classification? *Gen Hosp Psychiatry* 1999; 21: 154-156.
 7. Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN: Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychother Psychosom* 1995; 63: 1-8.
 8. Fava GA, Mangelli L, Ruini C: Assessment of psychological distress in the setting of medical disease. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 171-175.
 9. Galeazzi GM, Ferrari S, Mackinnon A, Rigatelli M: Inter-rater reliability, prevalence and relation to ICD-10 diagnoses of Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research in Consultation Liaison Psychiatry patients. *Psychosomatics* 2004; 45: 386-393.
 10. Gill D, Sharpe M: Frequent consulters in general practice: a systematic review of studies of prevalence, associations and outcome. *J Psychosom Res* 1999; 47: 115-130.
 11. Grandi S, Fabbri S, Tossani E, Mangelli L, Branzi A, Magelli C: Psychological evaluation after cardiac transplantation: the integration of different criteria. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 176-183.
 12. Grassi L, Porcelli P, Rigatelli M, Ottolini F, Grandi S: Use of the diagnostic criteria for psychosomatic research (DCPR) in medical settings. *Psychosom Med* 2002; 64:127.
 13. Huyse FJ, Lyons JS, Stiefel F, Slaets J, De Jonge P, Latour C: Operationalizing the biopsychosocial model: the INTERMED. *Psychosomatics* 2001; 42: 1-9.
 14. Lavik NJ: Utilization of mental health services over a given period. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67: 404-413.
 15. Lin EH, Katon W, Von Korff M et al.: Frustrating patients: physician and patient perspectives among distressed high utilizers of medical care. *J Gen Intern Med* 1991; 6: 241-246.
 16. Liptzin B, Regier DA, Goldberg ID: Utilization of health and mental health services in a large insured population. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 553-558.
 17. Neal RD, Heywood PL, Morley S et al.: Frequency of patients' consulting patterns in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 895-898.
 18. Neal RD, Morley S, Heywood PL: "I always seem to be there" – qualitative study of frequent attenders. *Br J Gen Pract* 2000; 50: 972-976.
 19. Organizzazione Mondiale della Sanità: WHOQOL e salute e qualità della vita. Centro Scientifico Editore, Torino, 2001. Versione italiana dell'originale: WHOQOL user manual and annexes. World Health Organization, 1998.
 20. Ormel J, Von Korff M, Ustun B, Pini S, Korten A, Oldehinkel T: Common mental disorders and disability across cultures. *JAMA* 1994; 272: 1741-1748.
 21. Porcelli P, De Carne M: Criterion-related validity of the diagnostic criteria for psychosomatic research for alexithymia in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 184-188.
 22. Rafanelli C, Roncuzzi R, Finos L, Tossani E, Tomba E, Mangelli L, Urbinati S, Pinelli G, Fava GA: Psychological assessment in cardiac rehabilitation. *Psychother Psychosom* 2003; 72: 343-349.
 23. Rigatelli M (a cura di): I disturbi psichiatrici nella pratica medica. Potenziare l'assistenza sanitaria tramite la psichiatria di consultazione e collegamento. Versione italiana di: Cohen-Cole SA, Saravay SM, Hall RCW, Kathol R, Kunkel E, Trzepacz P, Stern T,

- Stoudmire A, Strain JJ: Mental disorders in general medical practice. Adding value to healthcare through consultation-liaison psychiatry- Task force on Healthcare Value Enhancement. Academy of Psychosomatic Medicine, 1998. Bates Medical, Milano, 2000.
24. Rigatelli M, Ferrari S, Galeazzi M: Il problema diagnostico dei disturbi somatoformi. Atti del IX Congresso SIPC, Milano, 25-27 Novembre 2004. Psichiatria di Consultazione, in corso di stampa.
 25. Ronalds C, Kapur N, Stone K, Webb S, Tomenson B, Creed F: Determinants of consultation rate in patients with anxiety and depressive disorders in primary care. *Fam Practice* 2002; 19: 23-28.
 26. Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists: The psychological care of medical patients. A practical guide. Report of a joint working party. II edition, 2003.
 27. Sharpe M, Mayou R: Somatoform disorders: a help or hindrance to good patient care? *Br J Psychiatry* 2004; 184: 465-467.
 28. Simon GE, Katon WJ, Von Korff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, Bush T, Rutter C, Ludman E: Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1638-1644.
 29. Simon GE, Von Korff M, Barlow W: Health care costs associated with depressive anxiety disorders in primary care. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 352-357.
 30. Sonino N, Ruini C, Ottolini F, Navarrini C, Fava GA: Psychosocial correlates of endocrine disease. *Eur Psychiatry* 2000; 15 (suppl 2): 345.
 31. Taube CA, Goldman HH, Burns BJ, Kessler LG: High users of outpatient mental health services, I: definition and characteristics. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 19-24.
 32. Ustun TB, Sartorius N (a cura di): Mental illness in general health care: an international study. John Wiley e sons, New York, 1995.
 33. Von Korff M, Katon W, Busch T et al.: Treatment costs, cost-offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression. *Psychosom Med* 1998; 60: 143-149.
 34. Wells KB, Golding JM, Burnam MA: Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical conditions. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 976-981.
 35. Westhead JN: Frequent attenders in general practice: medical, psychological and social characteristics. *J R Coll Gen Pract* 1985; 35: 337-340.

SEZIONE 3

LA CLINICA NELLA PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA: AREE DI RICERCA IN CORSO

MODELLO DI TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE NON FARMACOLOGICO DEL DOLORE CRONICO MUSCOLO SCHELETRICO

**Suman A.L.^{abc}, Biagi B.^d, Biasi G.^e, Bonifazi M.^{ad}, Gradi M.^d,
Marcolongo R.^e, Rendo C.A.^a, Carli G.^{ad}**
Università degli Studi di Siena

Abstract

La ricerca ha, come oggetto, lo studio dei pazienti con dolore cronico muscolo scheletrico diffuso e con fibromialgia. Questa sindrome interessa dal 2 al 4% della popolazione, è caratterizzata dalla presenza di dolore diffuso, intenso, continuo, associato a insonnia, debolezza muscolare e rigidità mattutina; circa un terzo dei pazienti accusa anche ansia, depressione e somatizzazione.

Ad oggi non è stata identificata una causa o una lesione tessutale responsabile di questa patologia e i trattamenti farmacologici, sia con antidepressivi, oppioidi o steroidi, non hanno dato risultati soddisfacenti.

Il gruppo di lavoro ha individuato, in questi pazienti, una alterata reattività del sistema nocicettivo, dimostrando che tale alterazione varia a seconda della estensione del dolore e del numero dei siti “*tender*” con ridotta soglia pressoria al dolore. Per quanto concerne gli aspetti psicoemotivi, alle pazienti sono stati somministrati questionari di stato per individuare ansia (STAI Y1 Y2), depressione (CES-D) e somatizzazione (SRT) e il Brief Coping Questionnaire.

Il protocollo utilizzato è un programma multidisciplinare non farmacologico dedicato a pazienti con dolore cronico muscolare diffuso e fibromialgia.

Il trattamento, della durata di 11 giorni, prevede quotidianamente incontri di gruppo con approccio cognitivo comportamentale, sedute di fisioterapia, di attività aerobica e tecniche di rilassamento. Grazie alla esperienza acquisita nel campo della sport terapia e con il lavoro con atleti di elite, in considerazione dei noti vantaggi dell'esercizio aerobico sull'umore, la resistenza fisica e il sonno, è stato deciso di associare, per ogni paziente, anche sedute di attività aerobica, con programmi individualizzati di intensità e durata crescente.

Le pazienti sono state accuratamente monitorate prima, subito dopo il programma, e, successivamente, mediante *follow-up* a uno, tre, sei, dodici mesi dal termine del trattamento.

I risultati positivi sono stati osservati soprattutto riguardo alla riduzione dell'intensità e dell'area del dolore corporeo e dei sintomi collegati (insonnia, stanchezza, rigidità) come pure

^a Dipartimento di Fisiologia Sez. Neuroscienze e Fisiologia Applicata

^b Scuola di Specializzazione in Psicologia Clinica

^c Psicologa, Dottore di Ricerca in Scienze Cognitive,
Dipartimento di Fisiologia, Sez. Neuroscienze e Fisiologia Applicata
Via A. Moro, 4 53100 Siena - tel 0577 234532 - fax 0577 234037

^d U.F. Medicina dello Sport

^e Dipartimento di Medicina Clinica e Scienze Immunologiche Sez. Reumatologia

per gli aspetti psicologici collegati quali ansia, rabbia e depressione. Si è notato anche il miglioramento per quanto riguarda il ripristino delle attività quotidiane spontanee ed anche una riduzione relativa all'uso dei farmaci in caso di dolore.

ASPETTI PSICOSOCIALI DELLA STOMATOPIROSI O SINDROME DELLA BOCCA URENTE

Cerruti M., Rosselli M.

Servizio Medicina Psicosomatica
Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi
Dipartimento di Medicina Interna
Università degli Studi di Firenze

Abstract

La Stomatopirosi, in inglese *Burning mouth syndrome*, si presenta come un disturbo al cavo orale nel quale non viene riscontrata nessuna lesione organica. In particolare, il disturbo principale, che viene accusato, è un forte bruciore alla zona della bocca, maggiormente sulla lingua e sul palato. L'incidenza è maggiore sopra i 50 anni e nel sesso femminile, è meno frequente tra gli uomini e raro tra i giovani. I sintomi possono insorgere in modo graduale o improvvisamente e presentarsi nel corso del tempo e della giornata in modo differente.

La presente ricerca si propone di indagare se: 1) i pazienti stomatopiroici si distinguano per una presenza maggiore di quadri psicopatologici (DSM-IV) e/o altri quadri (DCPR–Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research); 2) nei pazienti stomatopiroici vi sia una presenza maggiore di eventi stressanti precedenti; 3) i pazienti affetti da Stomatopirosi abbiano tratti specifici di personalità e/o altri aspetti psicosociali caratterizzanti.

Il campione preso in esame è composto da 30 soggetti a cui è stata diagnosticata la Stomatopirosi, 60 soggetti di controllo: 30 con una patologia orale organica (Lichen Planus) e 30 soggetti ritenuti sani, cioè privi di qualsiasi disturbo alla bocca e di altri tipi di disturbi psicologici. A tutto il campione è stata somministrata un' intervista semistrutturata riguardante le relazioni interpersonali, i valori, il rapporto con il proprio corpo; due interviste strutturate: MINI PLUS (Mini International Neuropsychiatric Interview) per la diagnosi di disturbi psicopatologici secondo la classificazione del DSM IV e intervista per i DCPR (Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research), la scala Paykel per gli eventi stressanti e alcuni test psicometrici autosomministrati: CDQ, per la depressione, STAI 1 e STAI 2, per l'ansia di stato e di tratto, IBQ, per il comportamento abnorme di malattia, TAS-20, per la diagnosi di alestitimia, ACL, come questionario sulla personalità.

I risultati dei test psicometrici (CDQ, STAI 1, STAI 2, TAS-20, IBQ) sono stati elaborati statisticamente con il Test di Kruskal-Wallis (analisi della varianza per ranghi ad una via), quelli dell'intervista semi-strutturata, delle interviste strutturate, dell'ACL e della scala Paykel sono stati elaborati con il Test esatto di Fisher.

I risultati mostrano che il campione ha un'età media intorno ai 64 anni ed è formato in percentuale maggiore da donne. Per quanto riguarda i nostri obiettivi, è confermata la presenza in modo statisticamente significativo di quadri psicopatologici (Episodio Depressivo Maggiore insorto tra i sei mesi e un anno prima del disturbo orale e Disturbo d'Ansia Generalizzato attuale), di quadri secondo i DCPR (Ansia per la salute, Nosofobia, Sintomi Secondari ad un disturbo psichiatrico, Somatizzazione persistente, Sintomi di Conversione, Umore irritabile) spesso anche tra loro compresenti (Umore irritabile con Comportamento A, Ansia della salute con Umore irritabile); inoltre con frequenza statisticamente significativa le

diagnosi psicopatologiche si associano a diagnosi di DCPR (disturbi dell'umore con sintomi secondari ad un disturbo psichiatrico).

È confermata statisticamente anche l'alta presenza di eventi stressanti precedenti il disturbo, senza che alcuno di essi presenti una particolare significatività.

Per quanto riguarda i tratti tipici di personalità si ritrova in queste persone in modo statisticamente significativo una forte sensibilità allo stress e alle situazioni conflittuali che evitano ad ogni costo, ed una aggressività non ponderata (notevolmente agita o repressa). Quindi in conclusione si delinea una personalità con tratti dipendenti/evitanti e passivo aggressivi.

Gli altri aspetti psicosociali caratterizzanti sono stati individuati in una significativa presenza di conflittualità nelle relazioni con la famiglia di origine, di una tendenziale indifferenza per il proprio corpo e carenze nell'area dei valori, inclusa la spiritualità.

Naturalmente dato il campione molto ridotto, questa si propone come una ricerca preliminare; per il futuro si auspica di ampliare il campione e di poter effettuare un follow up, considerando la terapia psicofarmacologica (SSRI), che la letteratura riporta come cura con più alti successi di guarigione, e una psicoterapia di gruppo che si intende iniziare a breve all'interno dell'ambulatorio di psicosomatica dell'ospedale di Careggi.

AUTOIMMUNITÀ TIROIDEA, DISTURBI DELL'UMORE E STRESS: UN CAMPO DI RICERCA IN EVOLUZIONE

**Mauro G. Carta, Alessandra Garofalo, Francesca Mannu,
Maria Carolina Hardoy**

Università degli Studi di Cagliari

Abstract

BACKGROUND: L'associazione fra disturbi dell'umore e d'ansia e patologie tiroidee è nota da tempo ma solo negli ultimi anni questa area di ricerca ha subito un rinnovato impulso.

La relazione propone i risultati di alcune ricerche in corso di svolgimento o recentemente pubblicate, inerenti lo specifico tema della associazione fra autoimmunità tiroidea e disturbi dell'umore. È inoltre presentata e una breve revisione critica della letteratura e sono discusse le più attuali linee di dibattito.

RISULTATI: Un recente studio condotto nella popolazione generale ha confermato che la autoimmunità anti perossidasi (positività anti-TPO, TPO+) è un fattore di rischio per Episodio Depressivo. La TPO+ è stata segnalata quale fattore specifico di rischio per Depressione Maggiore e Disturbo di Panico nel morbo celiaco. In questa patologia così come nelle tiroiditi, si rilevano frequenti alterazioni del microcircolo cerebrale. Tuttavia lo screezio microvascolare benché relato alla positività antiTPO+, non si associa in maniera univoca al rischio per disturbi dell'umore. Nelle epatiti virali da virus C la positività anti TPO è un determinante per l'insorgenza di disturbi depressivi in corso di terapia interferonica.. Non ancora consolidati appaiono, per contro, recentissimi risultati che delineano specifici marker sindromici nelle depressioni con positività per autoimmunità tiroidea (maggior frequenza di sintomatologia atipica nella TPO+)).

La relazione fra autoimmunità ed ipotiroidismo nella genesi dei disturbi dell'umore non è del tutto chiara. Alcune indagini, sembrano indicare un possibile legame fra disturbi dell'umore e autoimmunità tiroidea nelle fasi precoci della malattia di Hashimoto con ormoni tiroidei nella norma. Al contrario è stata rilevata una relativamente bassa frequenza in patologie come i gozzi eutiroidei (con assenza di autoimmunità). Non è quindi escluso un ruolo della autoimmunità indipendente dalla carenza ormonale.

Secondo il gruppo di Elenkov, l'autoimmunità tiroidea sarebbe influenzata dall'asse ipotalamo-ipofisi-surrene attraverso il bilanciamento di citochine antinfiammatorie e proinfiammatorie. La maggiore frequenza di patologie depressive nel post-partum in donne con positività anti-TPO sarebbe riconducibile, alle modificazioni dell'assetto immunitario e si spiegherebbe alla stregua degli stessi fenomeni osservati per l'artrite reumatoide o le malattie demielinizzanti. Ma, a contraddire questa ipotesi, è stato riscontrato che la presenza di eventi di vita stressanti in menopausa non sembra costituire un fattore di interazione con la positività TPO.

CONCLUSIONI: Allo stato attuale i legami etiopatogenetici fra autoimmunità tiroidea e disturbi dell'umore non sono ancora chiariti. I recenti sviluppi e le ricerche descritte lasciano presagire nell'immediato futuro promettenti risultati.

BACKGROUND

L'associazione fra disturbi dell'umore, d'ansia e patologie tiroidee è nota da tempo, ma solo negli ultimi anni questa area di ricerca ha subito un rinnovato impulso. La relazione propone i risultati di alcune ricerche in corso di svolgimento o recentemente pubblicate, inerenti lo specifico tema della associazione fra autoimmunità tiroidea e disturbi dell'umore. È inoltre presentata una breve revisione critica della letteratura e sono discusse le più attuali linee di dibattito.

Al fine di comprendere il ruolo della autoimmunità tiroidea nella stretta relazione fra patologie tiroidee e disturbi affettivi, in primo luogo, si tenterà di definire, attraverso i risultati delle ricerche del nostro gruppo e della attuale letteratura, se esista un rischio di disturbi d'ansia e dell'umore negli individui eutiroidei con autoimmunità tiroidea e quali siano i disturbi interessati. Ed infine, posto che una associazione esista, si cercherà di chiarire lo stato attuale delle conoscenze circa l'ipotesi se questa sia la conseguenza di una disfunzione tiroidea non rilevabile con i comuni esami di routine o se possano essere prese in considerazione delle ipotesi patogenetiche alternative.

RISULTATI:

L'associazione fra patologie affettive a autoimmunità tiroidea

La prevalenza della autoimmunità tiroidea nella popolazione generale è stimata intorno al 15%, la condizione è nettamente più frequente nelle donne [1]. L'ipotiroidismo, anch'esso più frequente fra le donne, interessa una quota non trascurabile di individui [1].

Parecchi studi hanno valutato l'associazione tra la depressione e l'autoimmunità tiroidea. Si tratta per lo più di studi caso-controllo su pazienti psichiatrici o nella popolazione generale [2-7]. Molte di queste ricerche indicano una associazione più stretta con i disturbi bipolari, rispetto alle depressioni unipolari [3, 4]. Lo studio di Fountoulakis [5], dimostra un più stretto legame con la depressione atipica, almeno per quanto concerne gli anticorpi antimicrosomiali. Inoltre, indica come caratteristica delle depressioni unipolari la presenza degli anticorpi TBII. Questi anticorpi sono rivolti contro il recettore TSH e si associano più spesso ad una iperfunzione che ad una ipofunzione tiroidea. Un recente studio condotto nella popolazione generale effettuato dal nostro gruppo [6], ha confermato che la positività all'auto-anticorpo anti perossidasi (anti-TPO+) è un fattore di rischio per Episodio Depressivo.

In conclusione possiamo affermare che i dati non sono univoci a causa delle differenti metodologie adottate. In generale i disturbi dello spettro bipolare sembrano maggiormente interessati (Depressione Unipolare, Depressione Ricorrente Breve, Depressione Atipica), ed in questo gruppo risulta particolarmente rilevante il riscontro degli anticorpi antimicrosomi ed antiperossidasi.

La Depressione Unipolare comunque sembra associarsi alla positività anti-TPOAb, mentre deve essere confermato il dato degli TBIIAb. Potrebbe essere suggestivo pensare che in un sottogruppo il fattore patogenetico possa essere legato ad un ipertiroidismo lieve ma questa ipotesi trova scarse conferme.

Il dato relativo ai disturbi d'ansia risulta poco studiato in letteratura. È possibile il rischio per disturbi ansiosi (panico, fobia sociale), ma probabilmente la minore frequenza di queste condizioni (3%) rende una possibile associazione meno facilmente evidenziabile rispetto alla depressione maggiore. Il possibile ruolo della anti-TPO+ è stato evidenziato non solo nella genesi della depressione ma anche nel disturbo di panico, nei pazienti con Morbo Celiaco, una popolazione particolarmente vulnerabile, probabilmente per i bassi livelli di triptofano dovuti al malassorbimento [2].

Sembra ipotizzabile una possibile base genetica comune ad una sindrome caratterizzata da Disturbo di Panico, Cistite interstiziale, Autoimmunità Tiroidea e Prolasso Mitralico. Sarebbe interessato il cromosoma 13 [8].

Le ipotesi patogenetiche: ipofunzione "sotto-soglia"?

Alcune indagini, sembrano indicare un possibile legame fra disturbi dell'umore e autoimmunità tiroidea nelle fasi precoci della malattia di Hashimoto con ormoni tiroidei nella norma. Uno lavoro, studio effettuato dal nostro gruppo sembra indicare che il rischio per

disturbi dell'umore e d'ansia (in particolare la fobia sociale) precede la fase di disfunzione ghiandolare [9]. Abbiamo preso in esame due gruppi di pazienti, il primo con tiroidite di Hashimoto in fase precoce eutiroidica ed il secondo con Gozzo eutiroidico, mentre i controlli, quattro per ogni caso, sono stati estratti random dalla banca dati di uno studio di popolazione, le diagnosi lifetime sono state condotte attraverso intervista CIDI con il sistema ICD-10. Mentre la depressione maggiore e la fobia sociale si rivelavano più frequenti nel disturbo di Hashimoto rispetto ai controlli, è stata rilevata una relativamente bassa frequenza di disturbi dell'umore e d'ansia nei gozzi eutiroidici (con assenza di autoimmunità). Non è quindi escluso un ruolo della autoimmunità indipendente dalla carenza ormonale.

Un possibile ruolo della autoimmunità nel rischio depressivo è confermato da una recente ricerca sui disturbi dell'umore in corso di terapia interferonica. Il nostro gruppo ha evidenziato come, nel corso di terapia con peg IFN, i soggetti HCV positivi, in eutiroidismo con autoimmunità tiroidea (TPO+) precedente la terapia, emerga un rischio elevato, rispetto a soggetti senza autoimmunità tiroidea, di contrarre un episodio depressivo nel corso della stessa terapia interferonica (OR=17.1 P<0.001) [10].

Nell'ipotesi che un ipotiroidismo non diagnosticato potesse avere un ruolo patogenetico in molti disturbi dell'umore si era cercato di definire come funzionasse la ghiandola tiroidea in pazienti depressi [11, 12]. Alcune delle alterazioni riscontrate nei pazienti depressi sono riconducibili ad un modello di ipotiroidismo centrale, ad esempio una minore risposta del TSH alla stimolazione con TRH, con differenze più marcate e statisticamente significative alla rilevazione delle h 23.00 [11]. Così come una minore differenza fra i 2 picchi di TSH dopo stimolazione (il cosiddetto delta delta) [11]. C'è anche da dire che queste stesse alterazioni potrebbero essere causate da un lieve ipertiroidismo. Lo stesso lavoro di Duval [9] rilevava, dopo trattamento antidepressivo, una diminuzione del FT3, FT4, aumento Δ TSH 2300, aumento $\Delta\Delta$. Il più recente lavoro di Esel indica, dopo trattamento antidepressivo, un aumento della risposta del TSH alla stimolazione, ma questo risultato potrebbe essere raggiunto anche con un più plausibile effetto sulla funzione ipofisaria [12].

Nella depressione la ipotesi più plausibile sulla patogenesi di queste modificazioni è quella di un ipotiroidismo centrale. Quali sono le possibili cause di ridotta attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi tiroidei nei depressi sono stati chiamati in causa [13]:

- ipercortisolismo da iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrene
- l'effetto di altri ormoni/neurotrasmettitori (catecolamine ecc.)
- le citochine pro-infiammatorie (possibile link con autoimmunità)

In realtà su un piano psicosomatico possiamo definire un differente profilo di risposta endocrina [13]. Si ritiene che nella Depressione Melanconica, che è più frequente nelle depressioni unipolari, possa essere rilevato un netto incremento della attività del cortico-releasing-hormon (CRH), con attivazione del sistema dopa-mesolimbico e del sistema ipotalamo-betaendorfine. Il CRH induce diminuzione del TRH, del TSH ed inibisce la trasformazione del T4 in T3, attraverso una azione diretta e mediata dai glucocorticoidi. Il CRH inibisce le citochine proinfiammatorie (IL-12 e TN α) attraverso la Noradrenalina (parzialmente attraverso i glucocorticoidi) e, di conseguenza inibisce l'immunità cellulo-mediata.

Nella Depressione Atipica, più frequente nelle depressioni bipolari, e caratterizzata da iperfagia, ipersonnia, depressione serale, al contrario, abbiamo una riduzione dell'attività del CRH e non si riscontra ipercortisolemia. Questa condizione attiva le citochine proinfiammatorie e l'immunità cellulo-mediata.

Le differenze relative all'attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene potrebbe spiegare perché nelle forme depressive classiche abbiamo un ipotiroidismo centrale e come queste

forme risultano meno frequenti nella autoimmunità. In conformità con quanto evidenziato nella citata ricerca di Fountoulakis [5].

Nelle forme “autoimmuni” da possibile intervento delle citochine proinfiammatorie, associate a bassa cortisolemia, il quadro sarebbe quindi più spesso quello della depressione atipica [13].

Il modello dell’ipotiroidismo centrale dovuto all’attivazione delle citochine proinfiammatorie [14] è oggi chiamato in causa anche nella depressione post-partum e nella associazione fra questa condizione e la autoimmunità tiroidea. Gli anticorpi antitiroidei sono presenti in oltre il 56% delle donne in gravidanza con ipotiroidismo sub-clinico e nel 90% delle donne con ipotiroidismo conclamato. Il 63.6% delle donne con anti-TPO sviluppa ipotiroidismo in gravidanza.

Inoltre, in gravidanza è documentata una condizione di immunosoppressione relativa

L’interruzione di questa condizione, che si verifica al momento del parto, è probabilmente implicata nella riesacerbazione post-partum dell’ autoimmunità tiroidea (PPTD) e di altre malattie autoimmuni

Quindi nel post-partum la maggiore frequenza di patologie depressive in donne con positività anti-TPO sarebbe riconducibile, alle modificazioni dell’assetto immunitario e si spiegherebbe alla stregua degli stessi fenomeni osservati per l’artrite reumatoide o le malattie demielinizzanti.

In favore di una patogenesi autoimmune della Depressione post partum stanno:

- associazione con Ipotiroidismo e autoimmunità tiroidea [15]
- associazione con aumento marker circolanti di attività del sistema immunitario [14, 16].
- interLeukine-1-6-12 TNF-alfa

Esistono, tuttavia, degli elementi che non concordano perfettamente con questa visione, Oretti *et al.* (2002) individuano gli eventi di vita stressanti come fattori di rischio indipendenti dalla presenza di positività TPO [17]. Questo dato è di complessa interpretazione perché a medio termine lo stress, attraverso l’attivazione del CRH potrebbe addirittura inibire le citochine proinfiammatorie, ed abbassare comunque anche se in via diretta centrale la funzionalità tiroidea.

Riguardo all’associazione fra depressione postpartum e autoimmunità tiroidea in soggetti eutiroidei, non tutti gli studi forniscono risultati univoci. Le ricerche del gruppo di Harris [15] sono tuttavia convincenti, in particolare lo studio di Lazarus [18] che sembra indicare per l’autoimmunità tiroidea in una gravidanza come fattore predittivo di depressione post partum in gravidanze successive.

Un ulteriore ricerca del gruppo di Harris [19], sembrerebbe avere trovato una associazione fra autoimmunità e depressione ma non fra disfunzione tiroidea e depressione. Lasciando quindi supporre un rischio per l’autoimmunità indipendente dalle stesse conseguenze sulla funzionalità della ghiandola.

È possibile che l’autoimmunità possa, essere la spia di una disfunzione tiroidea non rilevabile nella routine clinica perché un basso livello ormonale intracellulare non sempre potrebbe rivelarsi con test routinari. Infatti, potrebbero essere compromessi i ritmi circadiani mentre le indagini si eseguono a orari standard. L’effetto potrebbe essere “amplificato” dalla sensibilità del SNC che, come noto, utilizza in misura maggiore tiroxina piuttosto che triiodotironina modificata perifericamente.

In conclusione sulla base dei dati attuali non si può escludere un possibile ruolo della ipofunzione non rilevabile routinariamente nella patogenesi della depressione associata ad autoimmunità tiroidea.

Un ruolo potrebbe essere rivestito dall’azione citochine proinfiammatorie sull’ipotalamo

(modello dello stroke) una ipotesi di questo tipo è plausibile anche se non dimostrata.

Interpretazioni alternative alla disfunzione ghiandolare

Una possibile alternativa potrebbe essere costituita dal fatto che l'immunità potrebbe essere implicata in processi patologici extraghiandolari correlati (anche indirettamente) con la sintomatologia depressiva

Un possibile ruolo patogenetico potrebbe essere svolto dalle frequenti alterazioni del microcircolo cerebrale rivelatosi nelle tiroiditi molto più frequentemente di quanto non fosse supposto sulla base della descritta "Vasculite encefalica di Hashimoto" [20]. In un nostro recente studio abbiamo confermato la asimmetria aspecifica come tipica della vasculite di Hashimoto ma con una caratteristica asimmetria parietale nei soggetti con depressione e/o panico [21].

Si tratta di uno studio caso controllo dove i casi erano individui con tiroidite di Hashimoto (H) con Disturbo Depressivo Maggiore o Disturbo di Panico, diagnosticati con l'intervista CIDI. Studiando questi pazienti con la SPECT, abbiamo evidenziato una maggiore asimmetria perfusiva parietale nei soggetti con H e Disturbo Depressivo Maggiore e/o Panico rispetto agli Hashimoto non depressi ed una maggiore asimmetria perfusiva aspecifica (almeno 1 area frontale o temporale o parietale compromessa) rispetto ai depressi senza Hashimoto. In sostanza i soggetti con Depressione e/o Panico e Hashimoto presentano l'asimmetria perfusiva aspecifica tipica delle tiroiditi di Hashimoto con, in aggiunta, una peculiare asimmetria perfusiva parietale.

Il risultato è molto interessante, perché, se fosse confermata la relazione fra depressione e vasculite, potrebbe essere ipotizzata una causa o concausa indipendente dai fattori ormonali.

CONCLUSIONI

Allo stato attuale non esiste un modello patogenetico esaustivo che chiarisca il ruolo della autoimmunità tiroidea quale possibile fattore di rischio per i disturbi affettivi

L'ipotesi della ipofunzione tiroidea non evidenziabile con i normali test di routine non esclude il possibile ruolo di fattori extra ormonali.

BIBLIOGRAFIA

1. Vanderpump MP, Tunbridge WM, French JM, Appleton D, Bates D, Clark F, Grimley Evans J, Hasan DM, Rodgers H, Tunbridge F, et al.: The incidence of thyroid disorders in the community: a twenty-year follow-up of the Wickham Survey. Clin Endocrinol (Oxf). 1995 Jul; 43(1): 55-68.
2. Carta MG, Hardoy MC, Boi MF, Mariotti S, Carpiello B, Usai P: Association between panic disorder, major depressive disorder and celiac disease: a possible role of thyroid autoimmunity. J Psychosom Res 2002; 53(3): 789-793.
3. Haggerty JJ Jr, Stern RA, Mason GA, Beckwith J, Morey CE, Prange AJ Jr: Subclinical hypothyroidism: a modifiable risk factor for depression? Am J Psychiatry 1993 Mar; 150(3): 508-10.
4. Kupka RW, Breunis MN, Knijff E, Ruwhof C, Nolen WA, Drexhage HA: Immune activation, steroid resistancy and bipolar disorder. Bipolar Disord 2002; 4 Suppl 1:73-4.
5. Fountoulakis KN, Iacovides A, Grammaticos P: Thyroid Function in Clinical Subtypes of Major Deoression. BMC Psychiatry 2004, 4(6): published on line.
6. Carta MG, Loviselli, Hardoy MC, Massa S, Cadeddu M, Sardu C, Carpiello B, Dell'Osso L, Mariotti S: The link between thyroid autoimmunity (antithyroid peroxidase autoantibodies) with anxiety and mood disorders in thecommunity: a field of interest for public health in the future. BMC Psychiatry 2004; 4:25

7. Pop VJ, Maartens LH, Leusink G, van Son MJ, Knottnerus AA, Ward AM, Metcalfe R, Weetman AP: Are autoimmune thyroid dysfunction and depression related? *J Clin Endocrinol Metab* 1998 Sep; 83 (9): 3194-7.
8. Weissman MM, Gross R, Fyer A, Heiman GA, Gameroff MJ, Hodge SE, Kaufman D, Kaplan SA, Wickramaratne PJ: Interstitial cystitis and panic disorder: a potential genetic syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 2004 Mar; 61 (3): 273-9.
9. Carta MG, Mariotti S: Disturbi tiroidei e disturbi dell'umore; possibile ruolo dell'autoimmunità, Congresso SOPSI 2004, *Giornale Italiano di Psicopatologia Supplemento* 10: 214, 2004.
10. Carta MG, Medda S, Farci P: Disturbi dell'affettività nei pazienti affetti da epatite cronica HCV correlata, risultati di uno studio caso-controllo, Congresso SOPSI 2004, *Giornale Italiano di Psicopatologia Supplemento* 10: 216, 2004
11. Duval F, Mokrani MC, Correa H, Bailey P, Valdebenito M, Monreal J, Crocq MA, Macher JP: Lack of effect of HPA axis hyperactivity on hormonal responses to d-fenfluramine in major depressed patients: implications for pathogenesis of suicidal behaviour. *Psychoneuroendocrinology* 2001 Jul; 26 (5): 521-37.
12. Esel E, Kartalci S, Tutus A, Turan T, Sofuoglu S: Effects of antidepressant treatment on thyrotropin-releasing hormone stimulation, growth hormone response to L-DOPA, and dexamethasone suppression tests in major depressive patients. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry* 2004 Mar; 28 (2): 303-9.
13. Elenkov IJ, Chrousos GP: Stress, hormones, proinflammatory and antiinflammatory cytokines, and autoimmunity. *Ann N Y Acad Sci* 2002; 966: 290-303.
14. Elenkov IJ, Wilder RL, Bakalov VK, Link AA, Dimitrov MA, Fisher S, Crane M, Kanik KS, Chrousos GP: IL-12, TNF-alpha, and hormonal changes during late pregnancy and early postpartum: implications for autoimmune disease activity during these times. *J Clin Endocrinol Metab* 2001 Oct; 86 (10): 4933-8.
15. Harris B, Oretti R, Lazarus J, Parkes A, John R, Richards C, Newcombe R, Hall R: Randomised trial of thyroxine to prevent postnatal depression in thyroid-antibody-positive women. *Br J Psychiatry* 2002 Apr; 180: 327-30.
16. Maes M: Major depression and activation of the inflammatory response system. *Adv Exp Med Biol* 1999; 461: 25-46. Review.
17. Oretti RG, Harris B, Lazarus JH, Parkes AB, Crownshaw T: Is there an association between life events, postnatal depression and thyroid dysfunction in thyroid antibody positive women? *Int J Soc Psychiatry* 2003 Mar; 49(1): 70-6.
18. Lazarus JH, Parkes AB, Premawardhana LD, Harris B: Screening for postpartum thyroiditis. *J Clin Endocrinol Metab* 1999 Nov; 84 (11): 4295-6.
19. Harris B, Lazarus J: Postpartum psychiatric disorders. *Lancet* 2004 Jun 19; 363 (9426): 2092.
20. Zetting G, Asembaum S, Feuger BJ: Increased prevalence of subclinical brain perfusion abnormalities in patients with autoimmune thyroiditis: evidence of Hashimoto's encephalitis? *Clinical Endocrinology* 2003; 59: 637-644.
21. Carta MG, Hardoy MC, Piga M, Usai P, Mariotti S: L'associazione fra autoimmunità tiroidea e Disturbi Psichiatrici è mediata da alterazioni del microcircolo cerebrale?, Congresso SOPSI 2004, *Giornale Italiano di Psicopatologia Supplemento* 10:215, 2004.

PATOLOGIA REUMATICA IN CORRELAZIONE A DISTURBI PSICHIATRICI, SESSUALITÀ E QUALITÀ DELLA VITA: ANALISI DI UN CAMPIONE AFFETTO DA OSTEOARTROSI

**Vitetta L.^a, De Filippis L.^b, Caliri A.^b, Spampinato A.^c,
Di Rosa A.E.^d, Bagnato G.F.^b**

INTRODUZIONE: L'osteoartrosi (OA) è una patologia articolare a lenta evoluzione caratterizzata inizialmente da difetti focali della cartilagine, successivamente da diffuse erosioni della stessa; la graduale comparsa di dolore articolare, la rigidità e la limitazione funzionale sono parte del corteo sintomatologico di questa affezione. Dal momento che la cartilagine non è innervata, il dolore origina da effetti secondari quali la distensione della capsula articolare, lo stiramento delle terminazioni nervose periostali ed, a volte, la sinovite. Fattori psicologici, come stress e depressione, possono influenzare la percezione del dolore nei pazienti con OA, e parimenti la qualità di vita del paziente artropatico può essere alterata dalla percezione del dolore. L'OA è la più comune reumoartropatia dell'uomo, ipotizzando che la malattia interessi il 15% della popolazione mondiale, con una prevalenza in Italia di 6.500.000 pazienti artrosici e di decine di milioni di cittadini negli USA. Se è ben noto che l'OA rappresenta la principale patologia reumatica, ed uno dei maggiori problemi di salute pubblica, in relazione al dolore e alla disabilità fisica dei pazienti, nonché all'assenza dal lavoro e alle ripercussioni economiche, forse non è altrettanto noto che i soggetti affetti da tale patologia presentano una qualità di vita (QdV) significativamente peggiore di quella dei soggetti "non artropatici", non solo nei domini associati al "physical status", ma anche in quelli correlati alla vitalità, ai rapporti sociali, e alla salute più in generale. Un questionario di valutazione della QdV è uno strumento strutturato per rappresentare globalmente lo stato di salute del soggetto e consiste di una serie di scale a quesiti multipli. Indici sintetici che descrivono globalmente la dimensione fisica, psicologica e sociale possono essere derivati dall'aggregazione dei punteggi delle diverse scale e componenti del questionario. E il dolore, sintomo cardine dell'OA, può essere all'origine di una condizione che conduce alla depressione. In un'inchiesta americana, Magni riporta un tasso di depressione nei soggetti con dolore cronico del 18 % contro l'8 % della popolazione generale. Sullivan inoltre ha osservato un tasso da tre a quattro volte più alto di depressione maggiore nei pazienti con lombalgia cronica, rispetto alla popolazione che non accusa tale sintomo. Ma il dolore e la depressione, frequentemente trovati associati, spesso non sono riconosciuti, o comunque presi in considerazione, nella maniera adeguata, sia per dei pregiudizi sociali che ne limitano sia per cattiva conoscenza da parte della classe medica sulla loro interpretazione. Si aggiunga che questi sintomi spesso sono attribuiti agli effetti della vecchiaia, così come "l'umore triste" è ritenuto una normale reazione ai numerosi cambiamenti fisici e familiari osservati nella terza età, la più interessata da OA. Riconoscere che la QdV dei pazienti con OA è significativamente più bassa dei soggetti in salute, non ha un mero valore epidemiologico, ma anche clinico: non considerare la depressione in un paziente con dolore cronico può condurre a diagnosi e terapie errate, e talora addirittura a "patologie iatrogene". Ma ancora, dal momento che la percezione del paziente nei cambiamenti dello stato di salute è il più importante indicatore del successo del trattamento, la misurazione della QdV costituisce un ottimo strumento per giudicare l'efficacia di una terapia,

^a Dipartimento Salute Mentale di Taormina- Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura; AUSL 5 Messina

^b U.O. di Reumatologia, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Messina

^c U.O. di Urologia, P.O. S. Vincenzo- Taormina; AUSL 5 Messina

^d Clinica Psichiatrica, Istituto di Psicologia Clinica, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università di Messina

nonché per il monitoraggio a lungo tempo dei pazienti. Infine, un supporto sociale e psicologico gioca indubbiamente un ruolo importante nel moderare gli effetti del dolore, della limitazione funzionale, della depressione sulla QdV dei soggetti con OA.

OBIETTIVO: Gli studi sinora condotti, come si evince dalla letteratura consultata, non hanno interessato la popolazione dell'Italia meridionale. L'obiettivo del nostro studio è stato quello di valutare come impotenza funzionale e dolore cronico possano influire sulla qualità della vita dei pazienti. Valutare l'incidenza di sindrome ansioso-depressiva comparandola alla disabilità che tale patologia può dare. Valutare l'influenza che questo può avere sulla sensazione soggettiva d'impotenza e distress psicologico. Fornire dati epidemiologici ed antropometrici ricavabili dai questionari somministrati. **PAZIENTI E METODI:** Lo studio è stato condotto su 1782 pazienti, dell'area siculo-calabra, affetti da osteoartrosi diagnosticata secondo i criteri di Altman (1991); ogni medico di base aderente al progetto ha selezionato fino a 10 pazienti, affetti da OA, ma che non dovevano presentare altre patologie internistiche di rilievo, né essere affetti da neoplasia, aver subito un intervento chirurgico nell'ultimo anno, essere in trattamento immunosoppressivo o affetti da altre patologie reumatiche.

Al medico di famiglia sono dedicate due schede, di seguito elencate:

1. Scheda di rilevazione epidemiologica; (A)
2. Scheda dati del paziente; (B)

La prima scheda, di rapida compilazione, consta di otto quesiti, di carattere quantitativo, cui il medico dovrà rispondere selezionando una delle opzioni proposte. La seconda scheda, da compilare con il paziente, permette la rilevazione di dati anagrafico-anamnestici.

Al paziente sono dedicate tre schede, di seguito descritte:

1. Health Assessment Questionnaire; (C)
2. SF-36; (D)
3. Symptom Questionnaire di Kellner; (E)

L'HAQ comprende 20 quesiti riguardanti altrettanti atti della vita quotidiana, suddivisi in 8 differenti categorie: lavarsi e vestirsi, alzarsi, camminare, igiene, attività, mangiare, raggiungere oggetti ed afferrare. Ogni quesito consente 4 risposte, in relazione al grado di difficoltà. Il questionario, validato anche nella versione italiana, ed ampiamente utilizzato in campo reumatologico, esplora elettivamente la disabilità funzionale.

L'SF-36 è un questionario concepito per valutare i principali domini riguardanti lo stato di salute. Validato originariamente negli Stati Uniti, è stato successivamente tradotto e adattato in diversi contesti linguistici, risultando affidabile anche nella versione italiana (Apolone e Mosconi, 1996). Uno studio svedese ha mostrato che l'SF-36 ha un'alta validità, ma anche un'alta attendibilità, essendo i risultati riproducibili nel tempo e infatti tra gli strumenti generici è quello maggiormente utilizzato in ambito reumatologico. Indici sintetici che descrivono globalmente lo stato di salute fisica (attività fisica, ruolo e salute fisica, salute in generale, dolore) e quello mentale (vitalità, ruolo e stato emotivo, salute mentale, attività sociali) sono ottenibili dall'aggregazione delle sottoscale costituenti il questionario. I quesiti e le scale dell'SF-36 sono organizzati in modo tale che tanto più elevato è il punteggio, tanto migliore è lo stato di salute del soggetto. Già utilizzato largamente in campo reumatologico nella sua forma generica, l'SF-36 può essere modificato per renderlo più utile negli studi sull'OA.

Il Symptom Questionnaire di Kellner è una scala che misura il distress e il benessere; al paziente è richiesto di leggere rapidamente una lista di 92 quesiti suddivisi in 4 scale basate sull'analisi fattoriale di sintomi psicologici: ansia, depressione, sintomi somatici ed ostilità e di scegliere la risposta (sì o no, vero o falso) che meglio descrive come si è sentito durante l'ultimo periodo. I pazienti prendono un punto per ogni risposta "sì" o "vero": un punteggio

più alto indica un maggiore livello di distress.

RISULTATI: Il nostro campione è risultato composto per il 32% da uomini e per il restante 68% da donne; il peso medio dei maschi è risultato di $75,74 \pm 9,81$, mentre quello delle femmine di $69,89 \pm 11,27$; l'altezza media dei maschi è risultata di $168,064 \pm 6,49$, mentre quello delle femmine di $160,33 \pm 6,46$. Relativamente agli anni di insorgenza della malattia, la maggior parte del campione da noi studiato risultava colpita dalla patologia da un periodo di 10 anni (18%), da 5 anni (12%), da 15 anni (8,6%). Il numero di anni di malattia è però una variabile profondamente correlata all'età dei pazienti; è, quindi, comprensibile il motivo per cui dai 26 anni ai 40 anni di malattia si registrano pochi casi (basti ricordare che l'età media dei pazienti è di circa 66 anni). Il numero medio di anni di malattia è di $8,47 \pm 7,27$ per gli uomini e $9,50 \pm 7,09$ per le donne. Si noti l'elevato valore della deviazione standard che denota un'elevata variabilità dell'insorgenza della patologia. I siti maggiormente interessati da OA risultano essere il ginocchio (67,1%) e la colonna (18,9%); il disturbo alle mani è meno frequente (0,3% degli uomini e 1% delle donne). L'interessamento del ginocchio, dell'anca e della colonna è spesso concomitante, mentre l'artrosi delle mani è spesso disgiunta da manifestazioni in altri siti. Interessanti appaiono le associazioni esistenti tra i siti interessati e le classi di età da noi determinate. Nei soggetti di età uguale o inferiore ai 50 anni vi è una maggiore incidenza di localizzazione alla colonna (49,7%), mentre per le rimanenti classi di età la sede preferenziale è il ginocchio. La maggior parte dei pazienti viene trattata con F.A.N.S. (43,3%), COXIBs (24,4%) ed analgesici (16%), spesso anche congiuntamente. Le associazioni più frequenti sono quelle di FANS e COXIBs (7,1%), analgesici e FANS o analgesici e COXIBs. Scarso appare l'uso (singolo o combinato) dei condroprotettori, in riferimento a qualunque sito interessato. Sull'HAQ (Health Assessment Questionnaire) è possibile fare delle valutazioni interessanti: il 32% del campione afferma di riuscire a compiere attività, quali alzarsi, lavarsi, vestirsi, mangiare, camminare, muoversi autonomamente, con poca difficoltà; il 26,8% lo fa con difficoltà; solo il 4,2% afferma di non riuscire. Appare chiara la differenziazione per sesso, relativa ai risultati dell'HAQ. Analizzando i risultati della tabella., che correla gli anni di malattia e qualità della vita, si evince che il maggior numero di soggetti appartenenti alla prima classe (affetti da OA da meno di 5 anni) compiono le azioni della vita quotidiana senza difficoltà (12,6%) o con poca difficoltà (14,7%). Man mano che aumentano gli anni di malattia aumentano le difficoltà in quanto la maggior parte degli individui della seconda e terza classe dichiara di avere poca difficoltà o difficoltà. Coloro che non riescono nello svolgimento delle attività sono, se pur in bassa percentuale, gli appartenenti alla terza classe, ovvero coloro che hanno la malattia da un numero di anni superiore a 10. Circa il test HS (Health Survey), si evince una valutazione positiva dei pazienti circa il proprio stato di salute; ben il 42,4% definisce, infatti, sufficiente lo stato delle proprie condizioni fisiche; tuttavia una percentuale medio-alta (32,8%) lo definisce scadente; solamente l'1,5% lo ritiene eccellente. La relazione relativa al legame intercorrente tra gli anni di malattia categoriale e l'SF-36 pone in rilievo come il giudizio circa il proprio stato di salute sia sufficiente (17,2%) o buona (13%) per gli appartenenti alla prima classe, sufficiente (14,5%) o scadente (12,2%) per i soggetti della seconda, scadente (12,7%) per quelli della seconda. All'aumentare del numero di anni di malattia, quindi, peggiora la percezione del proprio stato di salute.

Pertanto ci si riferisce ad una valutazione della propria salute rispetto all'anno precedente: in generale sembra esserci stato un peggioramento; il 36,6% afferma che la propria condizione fisica è lievemente peggiorata, il 34,3% la ritiene più o meno uguale, il 21,9% esprime, poi, un giudizio rigorosamente negativo, giudicandola decisamente peggiore. In riferimento agli anni di malattia categoriale, appare più o meno uguale per i soggetti affetti dalla malattia da un breve periodo di tempo; all'aumentare degli anni di malattia si assiste a un peggioramento di

tale valutazione in quanto il maggior numero di risposte si orienta verso un “lieve peggioramento” o un “deciso peggioramento”. Questi dati sono confermati dai risultati della tabella relativa al grado di difficoltà e di impedimento nello svolgimento delle attività quotidiane: ben il 52% del campione, infatti, afferma che i problemi fisici limitano molto. Proporzione ancora più alta (69,4%) si registra nella tabella riferita alla difficoltà nelle attività lavorative. Circa l’impedimento al normale svolgimento di attività di carattere sociale (amici, gruppi di incontro) la percentuale di soggetti che afferma di essere molto impedito è minore (26,8) , mentre il 34,7% dice di essere impedito “solo un po’”. Viene preso in esame il legame intercorrente tra gli anni di malattia categoriale e gli score “svolgimento attività” e “problemi lavoro”; in relazione al primo all’aumentare degli anni di malattia aumenta il grado di limitazione, mentre per i problemi in ambito lavorativo tutte le classi registrano le percentuali più alte in corrispondenza della risposta “mi limita molto”; evidentemente il grado di impedimento nel lavoro è alto anche per i soggetti affetti dalla patologia da un esiguo numero di anni. Mettendo in relazione i valori dello score attività sociali con l’HAQ, si evidenzia come i soggetti aventi poca difficoltà mostrano un qualche impedimento nella vita sociale (14,6%), mentre i soggetti che incontrano difficoltà mostrano un maggiore impedimento. Il numero di soggetti che risultano comunque assolutamente impediti nello svolgimento delle attività è esiguo.

Si è effettuata una valutazione circa il dolore fisico e le conseguenze che esso comporta: avverte un dolore forte il 30,9% del campione, mentre il 36,3% prova un dolore moderato e il 17,4% lo avverte lievemente. L’impedimento provocato dal dolore influisce solo un po’ per il 39,7%, molto per il 36,6%. Anche qui, all’aumentare degli anni di malattia aumenta il grado di dolore provato, passando da lieve a moderato, per gli appartenenti alla prima classe, a moderato o addirittura forte, per gli appartenenti alle successive classi.

Per quanto riguarda l’umore dei soggetti normali: il 39,2% afferma di non essersi mai sentito, nell’ultimo mese, vivace e brillante, calmo e sereno, pieno di energia e felice; il 32,3% afferma di sentirsi sempre di buon umore.

In riferimento all’umore dei soggetti depressi: da notare l’alta percentuale (56,9%) che afferma di sentirsi giù di morale, scoraggiato e triste, sfinito e stanco.

In relazione al numero di anni di malattia, si evidenzia che il 17,4% dei soggetti della prima classe dichiara di essersi sentito sempre, nel corso dell’ultimo mese, in uno stato di calma, tranquillità e serenità. Gli appartenenti alle classi successive dichiarano di non essersi mai sentiti in tale stato di calma. I soggetti depressi dichiarano invece di essersi sentiti sempre, nel corso dell’ultimo mese, tristi e scoraggiati, indipendentemente dall’appartenenza alla classe di anni di malattia; si noti che si tratta di ben il 59,6% dei soggetti esaminati.

Nel prendere in considerazione l’influenza dello stato emotivo nella vita sociale: il 52,9% afferma che lo stato emotivo la influenza per una parte del tempo; per il 21,8% tale influenza si verifica quasi sempre; soltanto il 4,4% afferma che tale influenza è inesistente. In tutte e tre le classi di età si manifesta una maggioranza di risposte “per una parte del tempo”, dunque tale variabile non è influenzata particolarmente dal numero di anni di malattia.

Viene delineato il profilo interpretativo circa lo stato ottimista e pessimista dei soggetti: vengono infatti definiti ottimisti coloro che dichiarano che la propria salute è come quella degli altri o che addirittura godono di ottima salute, pessimisti coloro ai quali sembra di ammalarsi un po’ più facilmente degli altri e che si aspettano che la propria salute andrà peggiorando. Relativamente al legame esistente tra anni di malattia e score soggetto ottimista i soggetti affetti da OA da un minor numero di anni rispondono “VERO” alle affermazioni “La mia salute è come quella degli altri”, “Godo di ottima salute” per il 21,8%. Gli appartenenti alle successive classi rispondono “FALSO” rispettivamente con il 20,3% ed il 18,4%. I soggetti pessimisti, invece, rispondono “VERO” ad affermazioni del tipo “Mi pare di

ammalarmi un po' più facilmente degli altri", "Mi aspetto che la mia salute andrà peggiorando" indipendentemente dal numero di anni di malattia. La loro percentuale è dell'80,9% contro il 19,1% che invece risponde "FALSO". Il dato espresso dalla tab. mostra il legame esistente tra la difficoltà nello svolgimento delle attività quotidiane e la valutazione circa il proprio stato di salute. Coloro che non incontrano difficoltà affermano prevalentemente un giudizio positivo, ritenendo "Buona" la propria salute, mentre coloro che incontrano difficoltà finiscono col giudicarla sufficiente o scadente.

Riguardo all'HAQ ed al giudizio sul proprio stato di salute rispetto all'anno precedente, mostra la preminenza della risposta "Più o meno uguale" per i soggetti che non incontrano difficoltà (11,5%), mentre all'aumentare del grado di difficoltà vi è la tendenza a giudicare peggiori le condizioni fisiche. Analogo discorso va fatto in merito allo score svolgimento attività il cui grado di limitazione appare proporzionale al grado di difficoltà, e allo score problemi lavoro, in cui si osserva una grande percentuale di risposte "Mi limita molto" per tutti i livelli di difficoltà. La valutazione circa l'assetto psicologico è importante: infatti, mentre i soggetti che dichiarano di essersi sempre sentiti, nel corso dell'ultimo mese, sereni e tranquilli hanno per lo più minime difficoltà, i soggetti depressi dichiarano di essersi sentiti sempre molto scoraggiati, tristi ed agitati, a prescindere dal grado di difficoltà mostrato rilevato all'HAQ.

Notevole interesse suscitano le tabelle che rispecchiano il grado di associazione esistente tra due variabili: le classi di età e le classi di anni di malattia. Per i soggetti di età inferiore o uguale ai 50 anni la malattia si presenta per lo più da un periodo compreso tra 1 e 5 anni, così come per i pazienti della classe di età 51-60. I soggetti di età compresa tra i 61 e i 70 anni mostrano associazione con le classi di anni di malattia 1-5 e 6-10; come ci si attende, man mano che l'età aumenta si innalza il numero di anni di malattia per cui la classe di soggetti 71-80 dichiara di essere affetta da OA per l'11,8% dei casi da un periodo compreso tra 6 e 10 anni, e per l'11,6% dei casi da più di 10 anni. Infine, la classe più anziana (>80 anni) presenta una forte associazione con l'ultima classe di anni di malattia (>10 anni).

Per quanto riguarda la distribuzione dell'ansietà. La sottoscala dell'ansietà ha un range di 0-17. La percentuale più alta del campione (8,2%) ha un medio basso livello di ansietà. I livelli più alti di ansietà (16 e 17) vengono raggiunti solo dal 2,9% dei soggetti. Interessante il sesso dell'individuo: il livello 0 di ansietà è molto maggiore per gli uomini (14%) che per le donne (6,6%), così come accade per il livello 2 (con l'11,1% degli uomini contro il 7,3% delle donne) e per qualche altro livello basso. Ai livelli più alti della sottoscala (dal 13° in poi) le percentuali delle donne risultano essere significativamente maggiori. È evidente, quindi, che gli stati d'animo più ansiosi sono più frequenti nelle donne rispetto agli uomini.

Situazione analoga si ha per la depressione, nei primi 5 livelli della sottoscala si ha una percentuale cumulata del 55%; questo dato è sicuramente positivo in quanto buona parte del campione non soffre (o soffre poco) di depressione. Anche in riferimento al sesso si ha una situazione analoga all'ansietà: sembrano essere più depresse le donne che gli uomini.

Importante la distribuzione dei sintomi somatici. In questo caso la percentuale più alta del campione (8%) si trova a un livello medio-alto della sottoscala, precisamente l'11°: da tale livello in poi si registra una percentuale cumulata del 40,3%. La tabella riferita al sesso dei soggetti evidenzia che ai livelli più bassi della sottoscala (fino all'ottavo) si collocano le percentuali più alte degli uomini, ai livelli più alti sono maggiori le percentuali riferite alle donne.

Importante la distribuzione dell'ostilità: ai livelli più bassi della sottoscala si collocano alte percentuali di soggetti: si noti che fino al livello 4 si registra il 55% del campione. Questo risultato è molto positivo, in quanto il campione esaminato avverte solo in parte sentimenti di ostilità: solo il 3,3% del campione occupa elevati livelli di ostilità (dal 14° al 17°).

Relativamente alla distribuzione dell'ostilità per sesso, vi è una quasi equa disposizione a tale sentimento da parte di maschi e femmine. Non si evidenziano particolari legami tra gli anni di malattia e le scale ansietà, depressione, sintomi somatici, ostilità. Secondo gli items dell'HAQ, attraverso i vari punteggi della scala ansietà, si evince che i soggetti che dichiarano di non avere o avere poca difficoltà riportano, nella scala ansietà, bassi punteggi, generalmente compresi tra 0 e 12. I pazienti il cui punteggio è compreso tra 13 e 16 affermano prevalentemente di avere difficoltà, mentre risultano percentualmente più basse le risposte del tipo "Ho molta difficoltà" o "Non riesco", indipendentemente dal punteggio della scala ansietà riportato. Secondo gli items all'HAQ per i punteggi della scala depressione, si evidenzia come i punteggi minori (tra 0 e 8) siano correlati ad items quali "Senza difficoltà" e "Con poca difficoltà"; coloro che dichiarano di avere difficoltà riportano punteggi nella scala depressione compresi tra 5 e 15 mentre è notevolmente inferiore il numero di risposte del tipo "Ho molta difficoltà" e "Non riesco". In relazione alle scale sintomi somatici ed ostilità si evidenzia che all'aumentare dei punteggi ottenuti aumenta la difficoltà mostrata dai pazienti nello svolgimento delle attività quotidiane; tuttavia, le percentuali di coloro che dichiarano di non riuscire affatto, a prescindere dai punteggi riportati, sono irrilevanti.

La distribuzione della rilassatezza (la cui sottoscala ha range 0-6) è considerata dal livello mediano (il 3°) in poi si ha una percentuale cumulata del 67,1% e ciò indica che in genere i pazienti oggetto di studio hanno un discreto livello di rilassatezza, tranne il 9,8% che invece ha livello 0 di rilassatezza. Si evidenzia che le donne più degli uomini occupano con percentuali maggiori i livelli più elevati di rilassatezza.

Importante la distribuzione della contentezza: la valutazione dello stato di contentezza generale del campione è molto positiva, dal momento che ben il 33,4% del campione registra il massimo livello di contentezza. La distinzione del sesso non mostra particolari differenze di comportamento in relazione allo stato d'animo considerato.

Positiva anche la valutazione della distribuzione del benessere fisico da cui si evince che solo l'1,1% del campione non prova (o prova poco) benessere fisico e quindi si colloca ai livelli 0 e 1 della sottoscala; ben il 58,6% del campione, invece, prova il massimo livello di benessere fisico. Inoltre, emerge un particolare atteggiamento in termini di differenza tra i due sessi: al livello 0 la percentuale delle donne è leggermente maggiore di quella degli uomini; ai livelli centrali, precisamente quelli compresi tra il 2° ed il 5°, le percentuali relative ai maschi sono sistematicamente superiori a quelle delle femmine; infine al livello 6 la percentuale femminile riprende la superiorità rispetto a quella maschile. Quindi le donne o non provano benessere fisico o, se lo provano, raggiungono elevati livelli di esso.

Viene esaminata la distribuzione della buona disposizione verso gli altri: nel caso di tale attitudine la valutazione non può che essere negativa: ben il 60,7% del campione si colloca ai livelli 0 ed 1; il 34,6% occupa i livelli intermedi; solo il 4,7% occupa il massimo livello di buona disposizione ed è quindi ben disposto alla vita sociale tranquilla e pacifica. Si descrive la distribuzione della buona disposizione verso gli altri differenziando in base al sesso.

Infine, è stato studiato il BMI (body mass index) in relazione alle variabili di interesse. Dalla tabella., relativa agli items dell'HAQ, si evince che i soggetti con minore BMI (<20) non incontrano difficoltà. All'aumentare di esso si accresce il grado di difficoltà. Inoltre, sono riportate le associazioni esistenti con l'SF-36; viene prevalentemente giudicata scadente la salute dei soggetti il cui BMI è maggiore (31-40 e >40); tale giudizio è invece positivo per i soggetti il cui BMI è inferiore a 20. Per quanto riguarda i dati relativi al giudizio sulla propria salute rispetto all'anno precedente, emerge come sia espresso in termini negativi qualora il BMI sia notevole, in termini positivi qualora esso sia minimo. Il BMI appare direttamente proporzionale al grado di difficoltà incontrato nello svolgimento delle attività quotidiane, delle attività lavorative e delle attività di carattere sociale. Anche in riferimento al grado di dolore

provato e al grado di ostacolo nei lavori di casa essi risultano tanto più elevati quanto maggiore è il BMI. Per quanto riguarda lo score dei soggetti normali si sono sentiti, nel corso dell'ultimo mese, SEMPRE sereni, vivaci e sereni prevalentemente i soggetti con un basso BMI (9,3), mentre non si sono mai sentiti in tale stato gli individui con BMI compreso tra 31-40 (10,7%) o maggiore di 40 (99%). I soggetti depressi che rispondono prevalentemente di essersi sentiti, nell'ultimo mese, SEMPRE scoraggiati, tristi ed agitati, sono quelli con BMI elevato. La tabella mostra che, nel corso dell'ultimo mese, i soggetti che hanno avuto "Quasi sempre" interferenze nelle loro attività sociali sono gli individui aventi BMI maggiore di 40, mentre affermano di aver subito tale interferenza solo "Per una parte del tempo" i soggetti con BMI compreso tra 21 e 40.

Importanti sono le differenze nello score tra soggetti ottimisti e pessimisti, in relazione al BMI. Rispondono "Vero" ad affermazioni di tipo positivo circa il proprio stato emotivo i soggetti ottimisti con BMI minore di 20 (12%). I soggetti pessimisti, invece, che rispondono "VERO" ad affermazioni esprimenti un giudizio negativo del proprio stato emotivo non sono caratterizzati da un particolare BMI, essendo le percentuali relative alle 4 classi di BMI tutte alquanto elevate.

CONSIDERAZIONI

La disabilità fisica, la disperazione e le difficoltà di adattamento sono correlate con il dolore e la depressione, e questa lo è con le difficoltà sociali e con la sessualità. Ne consegue che le donne, percependo maggiormente il dolore, vivono con più difficoltà il sentimento di handicap. La distribuzione dell'HAQ è dovuta anche ad una modalità percettiva diversa potenzialmente integrata con l'autostima e la percezione di sé. A maggior ragione l'intervento di psicoterapia cognitiva è un valore aggiunto per un clinical management. Altri AA hanno dimostrato che nelle donne è prevalente uno stile cognitivo con un pattern caratterizzato da ideazione catastrofica e maggiore ostilità. Interventi sull'autostima e sullo stile cognitivo, nella donna, possono modificare la percezione del dolore ed il sentimento di disabilità.

BIBLIOGRAFIA

1. Altman R: Classification of Disease: Osteoarthritis. Semin Arthritis Rheum 1991; 20 Suppl, 2; 40-47.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994.
3. Apolone G, Mosconi P: Come usare il questionario sullo stato di salute SF-36 (versione italiana). Progetto IQOLA. Istituto di ricerche farmacologiche "Mario Negri", 1996.
4. Birrell FN, Hassell AB, Jones PW, Dawes PT: How does the short form 36 health questionnaire (SF-36) in rheumatoid arthritis (RA) relate to RA outcome measures and SF-36 population values? A cross-sectional study. Clin Rheumatol 2000; 19(3): 195-9 (ISSN: 0770-3198).
5. Blixen CE, Kippes C: Depression, social support, and quality of life in older adults with osteoarthritis. Image J Nurs Sch 1999; 31 (3): 221-6.
6. Briggs A, Scott E, Steele K: Impact of osteoarthritis and analgesic treatment on quality of life of an elderly population. Ann Pharmacother 1999 Nov; 33 (11): 1154-9.
7. Callahan LF, Blalock SJ: Behavioural and social research in rheumatology. Curr Opin Rheumatol 1997 Mar; 9(2): 126-32 (ISSN: 1040-8711).
8. Clément JP, Bonnin-Guillame S, Léger JM: Faits et recherches sur la dépression du sujet âgé, L'année gérontologique, 1995; 127-138.
9. Colombo B, Sinigaglia L: Malattie degenerative delle articolazioni, cap.11.
10. Fries JF, Spitz PW et al.: Measurement of patient outcome in arthritis. Arth Rheum 1980;

- 23: 137-45.
11. Jimenez SA, Dharmavaram RM: Genetic aspects of familial osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 1994; 53: 789-797.
 12. Keller SD, Ware JE, Hatoum HT, Kong SX: The SF-36 Arthritis-Specific Health Index (ASHI): II. Tests of validity in four clinical trials. *Med Care* 1999 May; 37(5 Suppl): MS51-60.
 13. Kellner R: A symptom questionnaire. *J Clin Psychiatry* 1987; 48:268-74.
 14. Khalifa P (sous la direction du): Douleurs rhumatologiques et vieillissement. Ouvrage collectif, pp. 6 e 67.
 15. Knahr K, Kryspin-Exner I, Jagsch R, Freilinger W, Kasperek M: Beurteilung der Lebensqualität vor und nach Implantation einer Huft-Totalendoprothese. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 1998 Jul-Aug; 136 (4): 321-9.
 16. Kosinsky M, Keller SD et al.: The SF-36 Healt Survey as a generic outcome measure in clinical trials of patients with OA and rheumatoid arthritis: tests of data quality, scaling assumptions and score reliability. *Med Care* 1999; 37: MS10-22.
 17. Kvien TK, Kaasa S, Smedstad LM: Performance of the Norwegian SF-36 Health Survey in patients with rheumatoid arthritis. II. A comparison of the SF-36 with disease-specific measures. *J Clin Epidemiol* 1998 Nov; 51(11): 1077-86.
 18. Lo IK, Griffin S, Kirkley A: The development of a disease-specific quality of life measurement tool for osteoarthritis of the shoulder: The Western Ontario Osteoarthritis of the Shoulder (WOOS) index. *Osteoarthritis Cartilage* 2001 Nov; 9 (8): 771-8.
 19. Manek NJ: Medical management of osteoarthritis. *Mayo Clin Proc* 2001 May; 76(5): 533-9.
 20. Martin DP, Engelberg R et al.: Comparison of the musculoskeletal function assessment questionnaire with the Short Form-36, the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, and the Sickness Impact Profile healt-status measures. *J Bone Joint Surg Am* 1997; 79:1323-35.
 21. Mazzuca SA: Education and behavioral and social research in rheumatology. *Curr Opin Rheumatol* 1994 Mar; 6(2): 147-52 (ISSN: 1040-8711).
 22. McCarberg BH, Herr KA: Osteoarthritis. How to manage pain and improve patient function. *Geriatrics* 2001 Oct; 56(10): 14-7, 20-2, 24.
 23. Moskowitz RW: Il quadro clinico e di laboratorio dell'artrosi, in McCarty DJ, Koopman WJ: Trattato di reumatologia, vol. III, 1993.
 24. Oddis CV: New perspectives on Osteoarthritis. *AJM* 10S-15S, 26/02/96.
 25. Porandau S, Berembaum F, Corval M: Cartilage degradation and articular inflammation. *Rev Prat* 1996 Nov; 46 (18): 2180-5.
 26. Ranza R, Marchesoni A, Calori G et al.: The italian version of the functional disability index of the Healt Assessment Questionnaire. A reliable instrument for multicenter studies on rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheum* 1993;11:123-8.
 27. Salaffi F, Carotti M, Cervini C: Healt Assessment Questionnaire: la versione italiana di uno strumento di valutazione della qualità della vita nel paziente con artrite reumatoide. *Adria Med* 1997; 19; 5-11.
 28. Salaffi F, Peroni M, Ferraccioli GF: Qualità della vita in reumatologia: metodi di valutazione. *Seminari sul dolore* 1991; 4:11-26.
 29. Salaffi F, Stancati A: Scale di valutazione e malattie reumatiche. Cap I.
 30. Soderman P, Malchau H: Validity and reliability of Swedish WOMAC osteoarthritis index: a self-administered disease-specific questionnaire (WOMAC) versus generic instruments (SF-36 and NHP). *Acta Orthop Scand* 2000 Feb; 71 (1): 39-46.
 31. Strombeck B, Ekdahl C, Manthorpe R, Wikstrom I, Jacobsson L: Health-related quality of life in primary Sjogren's syndrome, rheumatoid arthritis and fibromyalgia compared to

- normal population data using SF-36. *Scand J Rheumatol* 2000; 29(1): 20-8 (ISSN: 0300-9742).
32. Thumboo J, Chew LH, Lewin-Koh SC: Socioeconomic and psychosocial factors influence pain or physical function in Asian patients with knee or hip osteoarthritis. *Ann Rheum Dis* 2002; 61:1017–1020.
 33. Ware JE jr, Sherbourne CD: The MOS 36-item short form health survey (SF-36). 1. Conceptual frame-work and item selection. *Med Care* 1992; 30: 473-81.
 34. Ware JE, Keller SD, Hatoum HT, Kong S: The SF-36 Arthritis-Specific Health Index (ASHI): I. Development and cross-validation of scoring algorithms. *Med Care* 1999 May; 37(5 Suppl): MS40-50.

SEZIONE 4

ASPETTI PSICOGENETICI IN PSICOSOMATICA ED INTERVENTI OLISTICI

ALESSITIMIA E SINTOMI NEGATIVI DELLA SCHIZOFRENIA

Orlando Todarello^a

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche
Università degli Studi di Bari

INTRODUZIONE

Gli attuali criteri diagnostici della schizofrenia [1] riconoscono pienamente la distinzione di due classi di sintomi, positivi (delirio, allucinazioni, comportamento ed eloquio disorganizzati) e negativi (annientamento affettivo, perdita di nessi logici, e perdita di interesse, volontà), come poli opposti di un'unica dimensione [2].

I sintomi schizofrenici possono essere divisi in queste due classi già in occasione dell'iniziale ospedalizzazione e hanno dimostrato di essere stabili nel tempo [3].

L'anedonia, la perdita di interesse o piacere derivante dalle interazioni sociali e dalle esperienze fisiche, è una delle principali caratteristiche della sindrome negativa che si pensa la schizofrenia condivida con la depressione. In accordo con il DSM-IV [1], la disforia o l'anedonia devono essere presenti affinché venga fatta la diagnosi di depressione maggiore. È stato ripetutamente trovato che un livello elevato di anedonia è una caratteristica degli individui con schizofrenia [4-6]. Inoltre, l'anedonia è strettamente associata con il ritiro sociale ed emozionale che comunemente si riscontra nella schizofrenia e nella depressione come una manifestazione di ottundimento affettivo, anche se la natura dell'associazione è attualmente dibattuta [7, 8].

L'ottundimento affettivo e la perdita di nessi logici sono anche vicine al costrutto dell'alessitimia, che indica un disturbo cognitivo e affettivo nello sperimentare, nell'identificare, e nel comunicare i sentimenti dell'individuo. Il costrutto dell'alessitimia è al momento definito come un gruppo di caratteristiche cognitive e affettive che includono difficoltà nell'identificare e comunicare i sentimenti, problemi nel distinguere tra sentimenti e sensazioni somatiche di attivazione emozionale, vita immaginativa impoverita e restrittiva, e uno stile di pensiero concreto e orientato alla realtà [9]. Alcuni studi sperimentali hanno evidenziato che i soggetti alessitimici mostrano difficoltà significative nei processi che riguardano gli stimoli emozionali, nel riconoscimento e nell'espressione delle informazioni verbali e facciali delle emozioni [10-13]. Queste caratteristiche sono simili alla restrizione nel range e nell'intensità di espressività emozionale, particolarmente attraverso il linguaggio del corpo e facciale, e nella produttività del pensiero e del linguaggio clinicamente manifestati attraverso gli aspetti dei sintomi negativi dell'ottundimento affettivo e dell'alogia negli individui schizofrenici.

L'alessitimia è considerata una caratteristica molto importante dei disturbi della disregolazione affettiva ma la sua associazione con altri disturbi psichiatrici è una questione controversa [9]. Pochi studi iniziali hanno esaminato l'associazione tra l'alessitimia e le forme di schizofrenia che sono vicine ai sintomi negativi nei pazienti con deficit o schizofrenia non paranoide. Stanghellini e Ricca [14] hanno trovato che l'alessitimia era significativamente associata ai sintomi non paranoidei e hanno ipotizzato che può essere un prerequisito per lo sviluppo di sintomi negativi. Nkam *et al.* [15, 16] hanno trovato che i pazienti con il deficit della schizofrenia erano più alessitimici di quelli in assenza del deficit della schizofrenia e che gli schizofrenici con i sintomi di deficit avevano una alessitimia più elevata e l'ottundimento affettivo di quelli con i sintomi positivi. Comunque, Cedro *et al.* [17] hanno trovato che i

^a Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche, Università di Bari, piazza G.Cesare, 70124 Bari;
e-mail: ortod@psichiat.uniba.it

pazienti non ospedalizzati con schizofrenia paranoide avevano punteggi più elevati di *l'alessitimia* dei soggetti in buona salute del gruppo di controllo. È stato trovato inoltre che *l'alessitimia* non è in relazione con i disturbi dell'Asse I ma è associata ad alcune caratteristiche dell'Asse II, confermando così che è una dimensione della personalità indipendente dalle categorie psichiatriche [18]. In aggiunta, l'ottundimento affettivo è comune anche alla depressione. Sebbene sia stato trovato che *l'alessitimia* è strettamente in relazione alla depressione maggiore [19], ricerche recenti evidenziano che *l'alessitimia* e la depressione sono costrutti indipendenti [20, 21].

Per nostra conoscenza, nessuno studio ha valutato in modo longitudinale se *l'alessitimia* è associata ai sintomi della schizofrenia e se è dipendente dal decorso della malattia. Studi precedenti su pazienti medici hanno evidenziato che *l'alessitimia* è un tratto stabile e assume ruoli differenti nel corso della malattia. Per esempio, essa era indipendente dall'attività della malattia nel disturbo infiammatorio intestinale [22] ma consentiva una forte prevedibilità di scarso risultato nel trattamento dei disturbi funzionali gastrointestinali [23].

STUDIO

Per valutare se *l'alessitimia* è associata ai sintomi negativi della schizofrenia e correlata con il cambiamento nel tempo dei sintomi schizofrenici abbiamo studiato un campione di 29 pazienti affetti da disturbo dello spettro schizofrenico. Se *l'alessitimia* è in relazione ai sintomi negativi, allora ci si attende in tempi differenti una associazione positiva tra questi due principali aspetti. Inoltre, se *l'alessitimia* è correlata con il cambiamento dei sintomi nel tempo, allora ci si aspetta che il suo incremento o la sua diminuzione sia concorde con il corso della malattia nel tempo.

I 29 pazienti di: età tra i 18 e i 64 anni, con diagnosi di schizofrenia, disturbo schizofreniforme, o disturbo schizoaffettivo, in regime di trattamento stabile per almeno 4 mesi, liberi nei 4 mesi precedenti da disturbi cognitivi organici, neurologici, oncologici, sistemici, da comorbidità con altri disturbi dell'Asse I, senza ospedalizzazione psichiatrica o episodi psicotici acuti, venivano trattati in accordo alla loro condizione clinica, caso per caso, principalmente con antipsicotici (olanzapina, aloperidolo), antidepressivi (sertralina, fluoxetina, paroxetina), e stabilizzatori dell'umore (carbamazepina, valproato). Nella fase iniziale e poi a 3, 6 e 12 mesi i pazienti venivano valutati con la versione italiana dello SCID [24], la scala di Valutazione Globale del Funzionamento (GAF), inclusa nell'Asse V del DSM-IV [1], e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) [25-29], la Scala della Sindrome Positiva e Negativa (PANSS) [30], la Montgomery e Asberg Depression Rating Scale (MADRS) [32] nella versione italiana [31].

Lo studio ha evidenziato che i punteggi della TAS-20 non erano significativamente associati all'età, l'educazione, la durata della malattia, e l'età di esordio, e non erano differenti tra uomini e donne.

La tabella 1 mostra le correlazioni tra i punteggi delle scale al momento iniziale e delle 3 valutazioni di follow-up.

Poiché tutti i pazienti hanno ricevuto un trattamento appropriato, ci si aspettava un significativo miglioramento dei sintomi psichiatrici nelle valutazioni successive alla linea di base. L'ipotesi che *l'alessitimia* è associata con i sintomi negativi e depressivi verrebbe confermata se anche i punteggi della TAS-20 cambiassero in modo concorde con i sintomi psichiatrici, mentre non ci si aspetta alcuna concordanza se *l'alessitimia* non è associata alla psicopatologia. I punteggi PANSS per la psicopatologia generale (con range da $52,6 \pm 14,2$ della linea di base a $40,1 \pm 10,6$ della valutazione di 12 mesi), i sintomi positivi (con range da $21,9 \pm 7,1$ della linea di base a $16,3 \pm 6,2$ della valutazione di 12 mesi) e i sintomi negativi (con range da $28,4 \pm 10,5$ della linea di base a $21,2 \pm 7,0$ della valutazione di 12 mesi), i punteggi

della MADRS (con range da $21,9 \pm 14,2$ della linea di base a $16,1 \pm 7,8$ della valutazione di 12 mesi) e della GAF (con range da $52,1 \pm 11,2$ della linea di base a $63,2 \pm 11,2$ della valutazione di 12 mesi) hanno mostrato un significativo miglioramento nel tempo. Nessuna differenza significativa è stata invece trovata per i punteggi della TAS-20 (con range da $65,8 \pm 9,9$ della linea di base a $64,6 \pm 11,1$ della valutazione di 12 mesi) nel tempo. La comparazione ANOVA dei punteggi della subscale PANSS e MADRS alla linea di base e le valutazioni di follow-up non hanno mostrato alcuna differenza tra i 3 gruppi creati con i punteggi cut-off della TAS-20, indicando che i sintomi schizofrenici e depressivi erano simili in pazienti con differenti gradi di severità di alessitimia (dati non mostrati).

Tabella 1. Le correlazioni tra i punteggi delle 4 valutazioni del periodo di studio

	Linea di base	3 mesi	6 mesi	12 mesi
PANSS Sintomi generali	$52,6 \pm 14,2$	$46,5 \pm 14,1$	$44,3 \pm 12,5$	$40,1 \pm 10,6$ § #
PANSS Sintomi positivi	$21,9 \pm 7,1$	$19,8 \pm 8,3$	$18,3 \pm 6,5 *$	$16,3 \pm 6,2$ * §
PANSS Sintomi negativi	$28,4 \pm 10,5$	$23,4 \pm 8,2$	$22,2 \pm 8,5 *$	$21,2 \pm 7,0$ *
MADRS	$21,9 \pm 8,3$	$20,4 \pm 8,2$	$17,3 \pm 7,9 *$	$16,1 \pm 7,8$ * §
GAF	$52,1 \pm 11,2$	$54,1 \pm 11,6$	$56,7 \pm 12,9$ *	$63,2 \pm 11,2$ * §
TAS-20	$65,8 \pm 9,9$	$67,3 \pm 12,4$	$66,2 \pm 11,6$	$64,6 \pm 11,1$

* Differenza con la valutazione alla linea di base statisticamente significativa con $p < 0.05$

§ Differenza con la valutazione a 3 mesi statisticamente significativa con $p < 0.05$

Differenza con la valutazione a 6 mesi statisticamente significativa con $p < 0.05$

L'ipotesi che l'alessitimia sia correlata ai sintomi schizofrenici sarebbe confermata se i punteggi della TAS-20 mostrassero una associazione positiva e significativa con i sintomi negativi e depressivi. Le correlazioni tra i punteggi alla linea di base e le valutazioni di follow-up sono mostrate nella Tabella 2.

Si sono evidenziate correlazioni tra le scale psicopatologiche come previsto. Alla linea di base, le 3 scale PANSS erano positivamente associate l'un l'altra e negativamente al funzionamento psicosociale (punteggi GAF). Al follow-up dei 12 mesi, i punteggi PANSS e MADRS erano tutti positivamente correlati e entrambi negativamente correlati ai punteggi GAF. Inoltre, le scale PANSS positive e negative alla linea di base e al follow-up erano significativamente associate ($r = 0.48$ e $p = 0.74$, $p < 0.01$, rispettivamente). Anche i punteggi GAF alla linea di base e al follow-up significativamente correlati ($r = 0.75$, $p < 0.01$). Diversamente dalle scale psicopatologiche, nessuna associazione significativa è stata trovata tra la TAS-20 e la PANSS, i punteggi della MADRS, e della GAF alla linea di base che alla valutazione di 12 mesi, eccetto che per una valutazione positiva tra la sintomatologia generale della TAS-20 e della PANSS alla linea di base ($r = 0.51$, $p < 0.05$). Inoltre, il punteggio della TAS-20 alla linea di base era altamente associato con il punteggio della TAS-20 nella valutazione di 12 mesi ($r = 0.77$, $p < 0.01$).

Tabella 2. Correlazioni mediante Spearman's rank test tra i punteggi delle varie scale alla linea di base e al follow-up a 12 mesi

	TAS-20	PANSS Generali	PANSS Positivi	PANSS Negativi	MADRS
Baseline					
PANSS Generali	0.51 *				
PANSS Positivi	0.32	0.70 **			
PANSS Negativi	0.30	0.68 **	0.66 **		
MADRS	0.26	0.36	0.12	0.25	
GAF	-0.20	-0.29	-0.41 *	-0.60 *	0.27
Follow-up					
PANSS Generali	0.19				
PANSS Positivi	-0.03	0.80 **			
PANSS Negativi	0.21	0.74 **	0.67 **		
MADRS	0.12	0.69 **	0.48 **	0.63 **	
GAF	0.21	-0.66 **	-0.67 **	-0.65 **	-0.56 **

- $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Data per vera l'ipotesi che l'alessitimia è associata con i sintomi negativi e depressivi della schizofrenia, questo studio avrebbe dovuto rilevare una associazione positiva tra questi costrutti in alcuni o nella maggior parte dei momenti del periodo di valutazione dei 12 mesi e inoltre un cambiamento del livello di alessitimia coerente con il decorso della malattia. Invece lo studio non ha confermato questa ipotesi: l'alessitimia è risultata nei pazienti ambulatoriali schizofrenici indipendente dai sintomi negativi, così come dai sintomi positivi e depressivi e non in relazione con il decorso della malattia nel tempo. Dopo un anno di trattamento psicofarmacologico appropriato, le sindromi schizofreniche e depressive sono migliorate in modo significativo, così come il funzionamento psicosociale, come ci si aspettava, mentre le caratteristiche principali dell'alessitimia sono rimaste stabili nel tempo. L'alessitimia non era associata con altri sintomi negativi, positivi, generali o depressivi e l'unico predittore di alessitimia nella valutazione finale era il punteggio dell'alessitimia alla linea di base, dopo aver controllato la psicopatologia e il funzionamento psicosociale. Inoltre, nel campione è stata trovata un'alta prevalenza di individui alessitimici (65,5%) mentre i sintomi depressivi e schizofrenici non erano differenti tra i tre gruppi di pazienti con gradi differenti di gravità di alessitimia.

Poiché l'alessitimia non era in relazione con l'intero range di sintomi schizofrenici, incluso i sintomi depressivi e negativi, e con il decorso della malattia durante il trattamento, i nostri risultati suggeriscono che l'alessitimia è indipendente dalla psicopatologia. In questo campione di pazienti schizofrenici ambulatoriali, l'alessitimia era altamente stabile nel tempo, non in relazione ai sintomi, e non influenzata dal miglioramento dei sintomi schizofrenici e depressivi.

CONCLUSIONI

I dati del nostro studio sono coerenti con quelli di altri studi che evidenziano che nei disturbi psichiatrici e medici l'alessitimia può essere variamente associata con altre dimensioni psicopatologiche ma è un costrutto di personalità indipendente e stabile [9].

Tuttavia, i dati del nostro studio suggeriscono che l'alessitimia possa avere un qualche ruolo nel processo schizofrenico, poiché è stato trovato che due terzi dei pazienti avevano punteggi nel range più elevato dell'alessitimia. Senza dubbio alcune caratteristiche centrali della

sindrome negativa della schizofrenia (ottundimento affettivo, alogia) sono clinicamente simili alla manifestazione comportamentale dell'alessitimia, come il deficit nell'identificare e verbalizzare le emozioni, l'incapacità nel processare cognitivamente gli aspetti soggettivi delle emozioni, l'assenza di coinvolgimento emozionale, il deficit nel riconoscere ed esprimere le espressioni mimiche. Una ipotesi speculativa è che la schizofrenia e l'alessitimia possano essere mediate dai comuni meccanismi neurobiologici. Studi recenti hanno mostrato che deficit cognitivi, che si pensa siano responsabili di alcuni sintomi e disfunzioni nella schizofrenia, possono essere dovuti a disfunzioni della corteccia cingolata anteriore [33, 34]. In accordo con il modello "blindfeel" [35], l'alessitimia è percepita come l'equivalente emozionale della cecità, perché si pensa sia associata ad un deficit nel coinvolgimento della corteccia cingolata anteriore durante l'attivazione emozionale. Recenti indagini con il brain imaging funzionale hanno confermato che le strutture della corteccia cingolata mediofrontale e anteriore erano meno attivate da stimoli intensi negli individui alessitimici rispetto a quelli non alessitimici, particolarmente quando venivano impiegati stimoli sperimentali negativi [36, 37]. Poiché questi studi sono stati condotti su volontari sani, per valutare il ruolo di intermediario delle strutture della corteccia cingolata anteriore sono necessari ulteriori studi in soggetti alessitimici e schizofrenici, così come in altri disturbi psichiatrici e medici nei quali gli stessi meccanismi neurobiologici si pensa siano coinvolti.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 4. Washington DC, American Psychiatric Association, 1994.
2. Andreasen NC, Olson S: Negative versus positive schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39:789-794.
3. Rey ER, Bailer J, Brauer W, Handel M, Laubenstein D, Stein A: Stability trends and longitudinal correlations of negative and positive syndromes within a three-year follow-up of initially hospitalized schizophrenics. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 405-412.
4. Blanchard JJ, Mueser KT, Bellack AS: Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998; 24: 413-424.
5. Herbener ES, Harrow M: The course of anhedonia during 10 years of schizophrenic illness. *J Abnorm Psychol* 2002; 111; p 237-248.
6. Crespo-Facorro B, Paradiso S, Andreasen NC, O'Leary DS, Watkins GL, Ponto LL, Hichwa RD: Neural mechanisms of anhedonia in schizophrenia: a PET study of response to unpleasant and pleasant odors. *J Amer Med Ass* 2001; 286: 427-435.
7. Romney DM, Candido CL: Anhedonia in depression and schizophrenia. A re-examination. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189:735-740.
8. Loas G, Boyer P, Legrand A: Anhedonia and negative symptomatology in chronic schizophrenia. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 5-11.
9. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge, Cambridge University Press, 1997.
10. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: Alexithymia and the recognition of facial expressions of emotions. *Psychother Psychosom* 1993; 59: 197-202.
11. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: Alexithymia and the processing of emotional stimuli: An experimental study. *New Trends Exp Clin Psychiatry* 1993; 9: 9-14.
12. Lane RD, Sechrest L, Reidel R, Weldon V, Kaszniak A, Schwartz GE: Impaired verbal and nonverbal emotion recognition in alexithymia. *Psychosom Med* 1996; 58: 203-210.
13. Naatanen P, Ryyanen A, Keltikangas-Jarvinen L: The influence of alexithymic characteristics on the self-perception and facial expression of a physiological stress state. *Psychother Psychosom* 1999; 68: 252-262.

14. Stanghellini G, Ricca V: Alexithymia and schizophrenias. *Psychopathology* 1995; 28: 263-272.
15. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M: L'alexithymie chez des schizophrènes déficitaires et non déficitaires [Alexithymia in deficit and nondeficit schizophrenics]. *L'Encéphale* 1997; 23: 358-363.
16. Nkam I, Langlois-Thery S, Dollfus S, Petit M: Symptômes négatifs, dépression, anxiété et alexithymie ches des schizophrènes DSM-III-R [Negative symptoms, depression, anxiety and alexithymia in DSM-III-R schizophrenics]. *L'Encéphale* 1997; 23: 267-272.
17. Cedro A, Kokoszka A, Popiel A, Narkiewicz-Jodko W: Alexithymia in schizophrenia: An exploratory study. *Psychol Rep* 2001; 89: 95-98.
18. Bach M, de Zwaan M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE: Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 239-243.
19. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, Viinamaki H: Alexithymia and depression. A prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 2001; 42: 229-234.
20. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ: An evaluation of the absolute and relative stability of alexithymia in patients with major depression. *Psychother Psychosom* 2001; 70: 254-260.
21. Mueller J, Buehner M, Ellgring H: Relationship and differential validity of alexithymia and depression: A comparison of the Toronto Alexithymia and self-rating depression scales. *Psychopathology* 2003; 36: 71-77.
22. Porcelli P, Leoci C, Guerra V, Taylor GJ, Bagby RM: A longitudinal study of alexithymia and psychological distress in inflammatory bowel disease. *J Psychosom Res* 1996; 41: 569-573.
23. Porcelli P., Bagby R.M., Taylor GJ, De Carne M., Leandro G., Todarello O: Alexithymia as a predictor of treatment outcome in patients with functional gastrointestinal disorders. *Psychosom Med* 2003; 65: 911-918.
24. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW: SCID-I. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (Italian version by Guaraldi GP, De Girolamo G, Mazzi F, Morosini P, Lusetti M. O.S., Firenze, 2000).
25. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23-32.
26. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ: The twenty-item Toronto Alexithymia Scale. II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38: 33-40.
27. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM: The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: III. Reliability and factorial validity in a community population. *J Psychosom Res* 2003; 55: 269-275.
28. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA: The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: IV. Reliability and factorial validity in different languages and cultures. *J Psychosom Res* 2003; 55: 277-283.
29. Bressi C, Taylor GJ, Parker JDA, Bressi G, Brambilla V, Aguglia E, Allegranti I, Bongiorno A, Giberti F, Bucca M, Todarello O, Callegari C, Vender S, Gala C, Invernizzi G: Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: An Italian multicenter study. *J Psychosom Res* 1996; 41: 551-559.
30. Kay SR, Fiszbein A, Opler A: The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1987; 13: 261-267.
31. Conti L: Repertorio delle scale di valutazione in psichiatria [Inventory of psychiatric assessment scales]. Vol.1. SEE, Firenze, 1999.
32. Montgomery SA, Asberg M: A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 382-386.

33. Sanders GS, Gallup GG, Heinsen H, Hof PR, Schmitz C: Cognitive deficits, schizophrenia, and the anterior cingulate cortex. *Trends Cogn Sci* 2002; 6: 190-192.
34. Carter CS, MacDonald AW, Ross LL, Stenger VA: Anterior cingulate cortex activity and impaired self-monitoring of performance in patients with schizophrenia: An event-related fMRI study. *Am J Psychiatry* 2001; 158:1423-1428.
35. Lane RD, Schwartz GE, Kaszniak AW: Is alexithymia the emotional equivalent of blindsight? *Biol Psychiatry* 1997; 42:834-844.
36. Berthoz S, Artiges E, Van de Moortele PF, Poline JB, Rouquette S, Consoli S, Martinot JL: Effect of impaired recognition and expression of emotions of frontocingulate cortices: An fMRI study with men with alexithymia. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 961-967.
37. Kano M, Fukudo S, Gyoba J, Kamachi M, Tagawa M, Mochizuki H, Itoh M, Hongo M, Yanai K: Specific brain processing of facial expressions in people with alexithymia: An H(2)(15)O-PET study. *Brain* 2003; 126: 1474-1484.

I GRUPPI BALINT NELLA MEDICINA DI BASE

Antonio Suman^a

I G.B. TRA TRADIZIONE E SVILUPPO

I Gruppi Balint sono stati dedicati, fino dal loro inizio negli anni '50 a Londra, ai medici di famiglia anche se poi sono stati organizzati dei gruppi con studenti o medici delle strutture ospedaliere. Mentre all'estero, nell'Europa del Nord, hanno avuto una buona diffusione, nelle Università e nei corsi di formazione alla Medicina Generale in Italia, finora sono rimasti molto circoscritti o del tutto assenti.

Le mie esperienze della metà degli anni '80 in Clinica Dermatologica di Firenze, mi avevano lasciato qualche perplessità circa l'eventualità di un'ampia adesione dei medici a questo tipo di formazione. Così, quando nel 2000 la SIMP Toscana iniziò gli incontri con i medici di base presso l'Ordine dei Medici di Firenze, non pensavo che si sarebbe sviluppato un vivo interesse che si sarebbe diffuso poi in non poche aree della Toscana, (Firenze, Empoli 3 gruppi, Casentino, Valdarno, Massa, mentre richieste provenienti da altre zone sono in esame).

Probabilmente cambiamenti socio culturali hanno creato una disponibilità e un'attenzione al tema della Relazione Medico- Paziente. Alcuni fattori favorenti sono per es.:

- la preponderanza di rapporti mediati dalla tecnologia che ha stimolato alcuni ad un recupero dei valori relazionali intersoggettivi,
- la divulgazione di giornali e servizi televisivi enfaticamente medicine alternative e olistiche,
- l'esigenza dei pazienti di essere informati e il desiderio di divenire parte attiva nelle scelte terapeutiche
- la necessità di una formazione continua del personale sanitario,
- una cultura "psicosomatica" meno marginale, ecc.

I differenti contesti socio culturali, le recenti acquisizioni in psicoanalisi particolarmente sulle dinamiche gruppali e sulle modalità comunicative consce e inconsce hanno fatto sentire la loro influenza sull'organizzazione e sulla conduzione dei Gruppi Balint odierni. È noto da varie ricerche che circa la metà dei pazienti che un medico di base incontra nella pratica quotidiana riguarda disturbi somatici collegabili in vario modo a disagi psicologici per il cui trattamento non ha ricevuto alcuna preparazione professionale.

Il medico non è abituato a chiedersi perché un certo disturbo è comparso in quel momento della storia di quel soggetto e se ci sono dei fattori concausali psicologici che contribuiscono a determinare la malattia e come si può fare per inserirli nel trattamento terapeutico. Una tale impostazione del problema non trova riscontro nella formazione universitaria né in quella successiva. Chi si sente impreparato evita di entrare in un terreno infido e sconosciuto. Non mi riferisco a disturbi psichiatrici propriamente detti (ansia, depressione, fobie, deliri, ecc) ma di una diffusa patologia spesso non ben definita che può o non può trovare qualche riscontro nelle indagini cliniche. La ricerca di fattori psicologici in causa nella eziopatogenesi di una determinata malattia non può essere limitata ai soli casi di negatività dei dati clinici. Il fatto che ci sia una colite ulcerosa o un asma allergico non significa che sia conclusa la prescrizione terapeutica con la somministrazione di un farmaco. Se per es. la sintomatologia è comparsa in un bambino dopo la separazione dei genitori, in un adulto per il fallimento di un matrimonio,

^a Antonio Suman, psichiatra, psicoterapeuta, libero professionista
Lung. Acciaiuoli, 20 - 50132 Firenze
e-mail: antoniosuman@virgilio.it

dopo una frustrazione sul lavoro, ci dobbiamo chiedere che relazione sussista tra evento e malattia. In tali situazioni i pazienti non sono orientati a segnalarne i rapporti, sembra piuttosto che la malattia sia una difesa (per quanto costosa e inadeguata) dal prendere atto di un fallimento o di un abbandono, di uno scacco nella vita. Winnicott afferma che la vera patologia del malato psicosomatico è proprio la dissociazione fra mente e corpo: ne consegue che qualsiasi intervento dovrà tener conto della ricomposizione di questa profonda scissione. La possibilità di ricostruire il collegamento mentale fra l'evento stressante e il disturbo fisico, nei tempi e nei modi adatti alla elaborazione dell'evento traumatico, può modificare il decorso della patologia in atto.

Il medico di base dunque deve improvvisare e spesso si trova a disagio perché, dopo aver esaurito il proprio repertorio culturale tecnico medico - biologico, non sa più come rispondere alle reiterate richieste del paziente che si mostra insoddisfatto dei risultati. Bisogna aggiungere che molto spesso l'invio allo psichiatra o allo psicologo, in assenza di sintomi clinici definiti, oltre a non essere gradito al paziente che non collega il disagio psichico ai disturbi somatici, si risolve in un fallimento. Un'altra specificità della situazione è che il medico di base se deve affrontare casi complessi, emotivamente pesanti, deve gestirli da solo. Queste condizioni possono condurre ad una crisi dei rapporti sia con i pazienti, sia con i colleghi, determinando situazioni di disagio non trascurabili, potenzialmente dannose anche per i pazienti. Un'alta percentuale dello stress conseguente alla professione medica (che può giungere anche al burn-out) deriva proprio da questa lacuna nella formazione psicologica e/o psicosomatica. L'obiettivo non è però quello di far diventare i medici degli esperti in psicologia né, tanto meno, degli psicoterapeuti; non ne avrebbero né la disponibilità né il tempo vista la brevità, nella media, della visita medica e l'affollamento degli ambulatori.

Il metodo Balint non si basa su un tipo di insegnamento tradizionale come di solito si fa a scuola o all'Università ma piuttosto, sulla partecipazione attiva dei componenti del gruppo e sulla elaborazione dei vissuti portati da ognuno dei membri. Più che un ampliamento delle conoscenze teoriche si ricerca una migliore conoscenza dei reali bisogni del singolo paziente, spesso non esplicitamente dichiarati e, in particolare, si cerca di perseguire uno sviluppo e un affinamento della capacità osservativa ed autosservativa del medico curante rivolta alle proprie emozioni e ai propri comportamenti che sono attivati attraverso modalità conscie o inconscie dal paziente.

Il medico crede di operare "oggettivamente" e scientificamente senza tener conto che lui, come tutti, è notevolmente influenzato dal suo stato d'animo e delle risposte emotive suscitate dalla sofferenza, dalla ritorsione di una terapia, dalla lamentosità, dalle proteste, dalla seduttività del paziente, ecc. Queste risposte emotive che sono così comuni, così umane, che si danno per scontate e non fanno parte del campo osservativo del medico, eppure giocano un ruolo importante per la compliance del paziente, nel suscitare fiducia o sfiducia e nei risultati stessi della terapia. Basta pensare all'effetto placebo dei farmaci che è l'espressione dell'influenza psicologica del medico. Tali sentimenti invece che costituire un impedimento al successo della terapia possono essere presi in esame ed essere considerati come espressione di modalità comunicative del paziente e ricevute, sottoforma di sensazioni-emozioni-sentimenti e pensieri, da parte del medico.

Il linguaggio usato nel gruppo non è tecnico ma il più possibile vicino a quello della vita quotidiana.

L'apprendimento avviene attraverso l'esame delle esperienze effettuate e, poiché è un'attività più formativa che informativa, può procedere solo lentamente, un po' per volta.

Il Gruppo Balint è costituito, in media, da 8 - 12 medici e da un conduttore, di solito uno psicoanalista, che ha avuto una formazione sia psicoanalitica che esperienziale specifica. Il

gruppo si riunisce con frequenza quindicinale per periodi variabili ma è auspicabile che si protraggano per almeno 1 o 2 anni; ogni seduta dura 1,5 o 2 ore. I medici a turno presentano un proprio caso descrivendo gli incontri con un paziente che li ha messi in difficoltà. In questo contesto non si vogliono spiegare le cause e le dinamiche di una malattia ma si cerca il massimo della personalizzazione, i problemi e le difficoltà implicite o esplicite di quella singola persona in quel dato contesto. I commenti, i suggerimenti, le opinioni dei partecipanti al gruppo, integrati dagli interventi del conduttore, tendono a focalizzare l'attenzione:

- a - sul genere di difficoltà interiori, relazionali familiari, sociali che si possono dedurre o inferire dalle comunicazioni del paziente;
- b - sulle modalità stesse secondo le quali egli si presenta e chiede aiuto: atteggiamento, postura, tono della voce, tipo di linguaggio, abbigliamento, capacità di esprimere emozioni;
- c - sul "vissuto" del medico e sulle modalità con le quali egli risponde al paziente attraverso modalità inconscie (per es. attraverso l'*identificazione proiettiva*, concetto non utilizzato da Balint). Non è sempre facile per il medico riconoscere i possibili contrasti tra le sue intenzioni e convinzioni e il suo comportamento reale;
- d - sui movimenti cognitivo-emozionali che si attivano nel gruppo dei partecipanti durante la discussione. Si può per es. notare come il medico che presenta il caso possa occupare il posto del paziente mentre il gruppo assume la funzione del curante. A questa osservazione a cui era giunto già lo stesso Balint, se ne può aggiungere un'altra: il gruppo che si fraziona schierandosi su diverse posizioni non va interpretato come chi ha ragione o chi ha torto nella lettura del caso ma le divisioni del gruppo possono rappresentare le parti diverse della mente del paziente, parti che possono essere anche non comunicanti fra loro o francamente in conflitto. Sarà compito del conduttore mettere in evidenza queste dinamiche gruppali.

Dai risultati dell'interazione medico-paziente dipende spesso l'evoluzione del rapporto e l'esito del trattamento terapeutico. È dunque un modo di aiutare i medici a riflettere sul proprio stile di relazione con i pazienti, permettendo di raggiungere una più profonda comprensione di questi ultimi e dei loro reali bisogni. Diventano più sensibili e recettivi utilizzando i propri sentimenti come strumento di conoscenza del paziente. In termini tecnici questo vuol dire porre attenzione particolare al *controtransfert* del medico. L'emergenza di eventuali insufficienze, errori o fraintendimenti sono meglio accettati in base alla constatazione che anche gli altri membri del gruppo incontrano le stesse difficoltà.

Termino questa breve esposizione citando le parole di Balint: "...l'acquisizione dell'attitudine psicoterapeutica non consiste solo nell'imparare qualcosa di nuovo, ma implica inevitabilmente una modificazione notevole seppur parziale della personalità del medico".

IL CORPO E I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

**Fausto Agresta, Gianfranco Contini, Giuseppe Bontempo, Raffaele Croce,
Roberto Filippini, Anna Maria Rotondo, Angela Sermoni**

Gruppo Prospettive in Psicologia^a

I disturbi della personalità, anche sottosoglia, sembrano espandersi in modo incessante in questo periodo storico. Verosimilmente, accanto ad una maggiore attenzione da parte dei clinici, esistono fattori non solo intrapsichici, ma anche psicosociali che condizionano il fenomeno. Sembra lecito considerare l'incertezza come uno dei principi sui quali si fonda la realtà quotidiana nel mondo contemporaneo. Incertezza e complessità si rinforzano l'una con l'altra e una delle strategie che oggi sembra dominante per affrontarle è, semplicisticamente, quella di agire come se la riflessione introspettiva rispetto a questa condizione rappresentasse un fastidio da evitare. Molte delle nostre azioni, comprese quelle legate alle dinamiche relazionali, sono sperimentate lasciando poco o nessuno spazio all'analisi profonda delle motivazioni e dei significati.

La virtualità creata dalle tecnologie internettiane sembra agevolare, o addirittura indurre, un nuovo stile di relazione e forse un nuovo sviluppo della vita psichica. La virtualità del bit prende sempre più il posto della realtà degli atomi. Da questo si osserva un cambiamento davvero epocale di paradigmi. Ecco allora che, a ben analizzare le direttrici fondamentali che caratterizzano la nostra contemporaneità, è possibile azzardare che lo stile della "nuova normalità" è una sorta di sintesi tra il modello di funzionamento psichico borderline e quello narcisistico.

Incontrare oggi persone che si presentano con uno stile di atteggiamento tra il borderline e il narcisismo è sempre più frequente. Sono soggetti arrabbiati, depressi e impulsivi, emotivamente instabili. Con un'immagine di sé, le sue finalità e le preferenze soggettive (comprese quelle sessuali) spesso non chiare e disturbate. Con, di solito costanti, sentimenti di vuoto interiore, tendenza a relazioni intense, instabili e disturbate, con sforzi eccessivi per evitare l'abbandono.

Si tratta di persone con una modalità pervasiva di instabilità delle relazioni interpersonali, dell'autostima e dell'umore, e una marcata impulsività, che iniziano nella prima età adulta e sono presenti in una varietà di contesti. Sono in grado di compiere sforzi disperati per evitare abbandoni reali o immaginari e la percezione della separazione o del rifiuto possono portarle ad alterazioni profonde dell'immagine di sé, dell'umore, della cognitività e del comportamento. Gli individui con Disturbo Borderline di Personalità possono avere una modalità di boicottaggio di se stessi nel momento in cui l'obiettivo è sul punto di essere realizzato (per esempio, ritirarsi da scuola quando sono in procinto di diplomarsi, distruggere una relazione proprio quando è chiaro che potrebbe durare).

A ben vedere le caratteristiche di base proprie di questi disturbi appartengono ad un modo di essere dell'uomo contemporaneo che vive alla ricerca di emozioni, possibilmente "forti". L'emozione forte è quella alla quale si crede e ad essa si affida una momentanea ed effimera sicurezza, che si è anche in grado di comunicare ad altri. Questa emozione effimera copre spesso una condizione "alesitimica", intesa come incapacità a percepire le sensazioni, le emozioni e la gioia, provenienti dal corpo, che potrebbe essere inquadrata come caratteristica comune in molti casi di disturbo borderline. Questo spiegherebbe il tentativo di "risvegliare" un corpo non percepito perché anestetizzato, mediante agiti anche cruenti (rapporti sessuali agiti o subiti in modo violento, graffiarsi, ferirsi, automutilarsi).

^a Sede: via Bologna, 35 – 65121 PESCARA.

Il concetto di “organizzazione borderline di personalità”, descritto da Kernberg (1970), rappresenta una modalità di funzionamento intrapsichico e lascia intendere che gli altri disturbi di personalità potrebbero essere caratterizzati da una sottostante organizzazione borderline. L'autore prevede tre criteri diagnostici:

1. presenza di diffusione di identità,
2. esame di realtà conservato,
3. meccanismi di difesa primitivi (negazione, scissione, identificazione proiettiva, ecc.).

Ampliando il concetto di Kernberg che certi fattori costituzionali sono rilevanti nella eziologia del Disturbo Borderline di Personalità (DBP), Cloninger e coll nel 1993, in base all'elaborazione del modello psicobiologico della personalità, che prevede che circa il 50% della personalità possa essere attribuito al temperamento, influenzato da variabili genetiche, ed il restante 50% al carattere, determinato da variabili ambientali, entrambi strutturanti in “dimensioni”, hanno riscontrato che questi pz. sono gli unici a presentare una forte tendenza sia alla ricerca della novità sia all'evitamento del danno. In altre parole, essi sono impulsivi, arrabbiati ed anche estremamente ansiosi.

Il borderline fallirebbe più che nel differenziare a sufficienza le immagini del Sé da quelle dell'oggetto, come accade nelle psicosi, soprattutto nell'integrazione degli aspetti “buoni” e “cattivi” (derivati pulsionali libidici e aggressivi) sia del Sé che dell'oggetto.

Responsabile di tale difficoltà di integrazione sarebbe una patologica aggressività pregenitale. A scopo difensivo rispetto a tale primitiva aggressione pulsionale, il borderline va incontro ad una “divisione dell'Io” (concetto simile a quello freudiano di “Spaltung”), che serve come base per il meccanismo di difesa elettivo delle organizzazioni caratteriali borderline: la scissione. Una scissione che potremmo definire “verticale” rispetto alla linea conscio-inconscio, che porta un soggetto ad identificare in un altro, ad es., non degli aspetti diversi di una stessa persona, ma persone differenti, mantenendo, però, a livello cognitivo, un unico riferimento oggettuale. Sembrano esserci, in definitiva, diversi momenti di valutazione, con perdita del “senso della realtà” ma non dell'“esame di realtà”, come avviene nelle psicosi.

Nei borderline l'oggetto viene ancora percepito come scisso.

Molti studi hanno condotto alla diagnosi di borderline così come è stata inserita da Spitzer e coll. nel DSM III (1979), comprendendola nei Disturbi di Personalità, cioè nell'asse II e raccogliendo un insieme di criteri diagnostici che comprendessero sia le caratteristiche cosiddette schizotipiche, cioè vicine alla schizofrenia, che i borderline in senso stretto. Da queste due diverse concezioni del termine borderline, vennero formulate due diverse diagnosi, la prima “borderline schizotipica” (vicina alla schizofrenia) e la seconda “borderline instabile”(i tipici pazienti arrabbiati, impulsivi e depressi).

Nel DSM III, la personalità borderline si caratterizza per otto criteri diagnostici:

1. rapporti interpersonali instabili e intensi
2. impulsività
3. instabilità dell'umore
4. rabbia intensa e inappropriata
5. comportamenti fisicamente autolesivi
6. disturbo di identità
7. cronici sentimenti di vuoto e di noia
8. difficoltà a tollerare la solitudine

Il DSM IV (1994) aggiunse un criterio indicante la presenza di passeggiere ideazioni paranoide, dovute a stress, o di severi sintomi dissociativi.

Dal punto di vista clinico esiste in campo psicoanalitico la convinzione generale che l'aggressività giochi un ruolo primario nel disturbo borderline.

Il tema dell'abbandono sembra essere centrale in questi individui e gli sforzi disperati che essi mettono in opera per evitare anche una breve separazione, evidenziano la forte influenzabilità di questi soggetti da parte degli eventi esterni. Il rifiuto o l'abbandono da parte di altri, infatti, scatena la percezione ed il conseguente senso di colpa, che ciò dipenda comunque da loro.

Le distorsioni cognitive, come il pensiero quasi-psicotico, caratterizzato da transitori, circoscritti e/o atipici strappi nell'esame di realtà, possono anche verificarsi nel contesto di relazioni interpersonali. Sono comuni percezioni quasi-deliranti di abbandoni da parte di figure amate.

I sentimenti costantemente presenti di "mancanza" e di noia provati, li spingono a cercare costantemente qualcosa da fare, nel tentativo di riempire un "vuoto" incolmabile.

Egli si consuma nel tentativo di stabilire relazioni diadiche esclusive in cui non vi sia alcun rischio di abbandono, ma, una volta raggiunta l'intimità con un'altra persona, due tipologie di ansia vengono attivate. Da un lato, cominciano a temere di essere "fagocitati" dall'altro e di perdere la propria identità, dall'altro, esperiscono un'angoscia che sconfina nel panico in relazione all'idea di poter essere abbandonati in qualsiasi momento.

Il tipico atteggiamento relazionale di questo stile è quello di stabilire relazioni interpersonali intense, ma fortemente instabili. La persona che interpreta con precisione questo stile è in grado di provare con estrema semplicità di passaggio fasi alterne di idealizzazione e di svalutazione della persona alla quale si appoggia o con la quale intende stabilire un contatto o una relazione, su un'onda emotiva sempre molto corta.

In questo stile relazionale la relazione d'oggetto esiste per frammenti e ogni oggetto di relazione soddisfa per un frammento.

L'esperienza del sé della personalità borderline è caratterizzata da un marcato disturbo di identità. Se si potesse immaginare come si sente un oggetto inanimato, si potrebbe forse comprendere il senso di vuoto interiore di queste persone che solo la presenza altrui fa sentire "vive". Solo la presenza fisica di altre persone consente loro di dare un significato alla propria vita. In tale condizione di dipendenza, la solitudine è così sgradevole perché comporta un vissuto profondo di annientamento.

Il borderline utilizzerebbe il proprio corpo come un "oggetto transizionale" nel senso di Winnicott (1953), ossia in modo non reale ma illusorio, esercitando su di esso un tentativo di controllo onnipotente, limitato dalla realtà dell'oggetto ed effettuando un tentativo di "risvegliare" un corpo non percepito perché anestetizzato, mediante agiti anche cruenti (graffiarsi, ferirsi, automutilarsi).

In questo senso una ferita inflitta dall'esterno tenderebbe a risvegliare un corpo "che non sente" e, al contempo, a mascherare un dolore "interno" avvertito come intollerabile.

Il modo di comunicare tramite il corpo è incentrato sulla promiscuità sessuale, su rapporti sessuali intrattenuti con persone diverse.

Tutto questo conduce alla similitudine con il "cristallo", delicato da toccare, facile a rompersi e pericoloso quando è finito in frantumi (1999).

Per ciò che concerne il trattamento, un approccio di tipo farmacologico può essere in grado di modificare positivamente l'evoluzione del disturbo, anche se spesso questi pazienti sono scarsamente complianti e sorprendentemente sensibili agli effetti collaterali dei farmaci.

Gli antipsicotici si sono rivelati utili soprattutto in quei soggetti che presentano concomitanti caratteristiche schizotipiche, riducendo la tendenza all'autoriferimento, la depersonalizzazione e le ricorrenti illusioni.

La categoria degli antidepressivi tricyclici, da alcuni considerata di utilità terapeutica in considerazione sia dell'ipotesi di una comorbidità con i disturbi affettivi, sia di una

appartenenza stretta allo spettro affettivo, si sono rivelati addirittura dannosi per un aggravamento dei comportamenti auto- ed etero-aggressivi, dell'impulsività e dell'ideazione di riferimento.

Gli IMAO, invece, sembrano avere effetti positivi sulla riduzione dell'ansia e della rabbia, con miglioramento del tono timico.

La fluoxetina, poi, che comporta una normalizzazione dell'emotività, in alcuni pazienti avrebbe determinato una acutizzazione della sintomatologia.

Gli stabilizzatori dell'umore, in particolare la carbamazepina, si è rivelata efficace nell'attenuare i comportamenti impulsivi e sopprimere l'instabilità emotiva.

Il trattamento più efficace si è rivelato quello integrante una terapia farmacologica con un approccio psicosociale, mirante a mantenere questi pazienti ad un più stabile livello di funzionamento sia lavorativo che interpersonale.

Per quanto riguarda il tipo di "setting", è stata valutata l'efficacia sia di contesti individuali che di gruppo.

In un'ottica psicoterapeutica ad orientamento analitico, Otto Kernberg ha proposto una psicoterapia da lui definita "espressiva", basata su una modificazione della tecnica psicoanalitica classica, partendo dalle considerazioni che il terapeuta non deve assumere un atteggiamento puramente di supporto, che, paradossalmente, aumenterebbe l'angoscia e i sintomi disadattivi, mentre un approccio espressivo migliora le potenzialità cognitive. Inizialmente, gli interventi del terapeuta sono mirati alla chiarificazione e al confronto sui vissuti del paziente prevalentemente minati dal meccanismo della scissione, e solo in un secondo momento, allorquando si sia consolidata una maggiore integrazione delle immagini del Sé e dell'oggetto precedentemente scisse, può essere indicata l'interpretazione del materiale inconscio, indirizzato all' "hic et nunc" della seduta, non al materiale del passato. Tale tecnica è stata riproposta, in parte modificata da Gill (1994), che ha auspicato il superamento della dicotomia espressivo-supportivo.

Adler (1985) ha proposto metodiche che consentissero una graduale separazione e autonomizzazione del paziente dal setting anche attraverso l'utilizzo di "oggetti transizionali", in quanto setting troppo rigidi e strutturati infondono in pazienti in cui la preoccupazione rispetto all'abbandono è molto forte, un'ansia di separazione schiacciante, fondata sulla paura di poter essere allontanati dal terapeuta.

Searles (1986) presta la massima attenzione alla identificazione proiettiva da parte del paziente nei confronti del terapeuta, il che può portare ad una simbiosi non priva di rischi.

In un'ottica cognitivo-comportamentale, la Linehan (1993) ha proposto una tecnica chiamata "terapia comportamentale dialettica", utile per diminuire i tentativi di suicidio e i tentativi autolesivi in borderline di sesso femminile. La teoria presuppone che il disturbo borderline dipenda da una disfunzione della regolazione emotiva, la quale a sua volta dipende sia da una predisposizione biologica, che aumenta la vulnerabilità, che dall'interazione con un ambiente patogeno o "invalidante", nel senso che la famiglia spesso non riconosce le emozioni o le colpevolizza. Il terapeuta si mostra accettante ed empatico verso il paziente, le sue emozioni vanno comprese e discusse per valutare soluzioni alternative. Si tratta di una tecnica con un forte accento psicoeducazionale e arricchita da tecniche di social skills training, simile per alcuni aspetti a quella psicodinamica, prevedendo, attraverso una prima accettazione del paziente da parte del terapeuta, l'apertura alla possibilità di una successiva accettazione del paziente del proprio Sé.

Perché questo possa verificarsi è necessario un recupero da parte del paziente della possibilità

di vivere le proprie emozioni, dando loro corpo e nome, e della capacità di rappresentarle. Tale processo porterebbe, poi, ad un recupero dell'identità.

BIBLIOGRAFIA

1. Adler G. (1985) *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. Aronson, New York.
2. Akiskal HS. (1981) Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic, and bipolar-II disorders in the "borderline" realm. *Psychol Clin North Am*; 4:25-46.
3. American Psychiatric Association. (1994) *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Masson, Milano.
4. American Psychiatric Association. (2001) *DSM-IV-TR Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Text Revision. Masson, Milano.
5. Cassano GB (a cura di). (1999) *Trattato Italiano di Psichiatria*. Masson, Milano.
6. Cloninger CR, Svrakic DM. (1993) *A psychobiological model of temperament and character*. *Arch Gen Psychiatry*; 46: 587-99.
7. Gill MM. (1994) *Psychoanalysis in Transition. A Personal View*. Analytic Press, Hillsdale, NJ.
8. Grinker RR et al. (1968) *The borderline syndrome*. Basic Books, New York.
9. Gunderson JG, Elliott GR. (1985) The interface between borderline personality disorder and affective disorder. *Am J Psychiatry* ; 142: 277-88.
10. Kernberg OF. (1978) *Sindromi marginali e narcisismo patologico*. Boringhieri Editore, Torino.
11. Linehan M. (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford, New York.
12. Searles H. (1986) *My work with Borderline Patients*. Aronson, New York.
13. Spitzer RL, Endicott J. (1979) *Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia*. *Arch Gen Psychiatry*; 36:17-24.
14. Stern A. (1938) Psychoanalytic investigation of therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal Q*; 7: 467-89.
15. Stern DN. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino*. Bollati Boringhieri, Torino.
16. Winnicott DW. (1953) *Oggetti transizionali e fenomeni transizionali*. In: *Gioco e Realtà*. Armando, Roma, 1974.

IL CORPO DOLORE IN UN CENTRO DI TERAPIA DEL DOLORE^a

Pierluigi Ciritella^b

Il dolore rappresenta uno dei fenomeni della vita umana più complesso e ricco di sfumature, al punto che sarebbe forse meglio parlare di “dolori”, al plurale, più che di “dolore” come se si trattasse di una patologia o di un’esperienza unica e uguale per tutti. La frattura di un femore può essere uguale in due soggetti diversi, ma i “dolori” che ne derivano non saranno certamente uguali: ogni persona lo sperimenterà come “suo”, unico, qualche volta addirittura indescrivibile, qualche volta addirittura incomunicabile; allo stesso modo il dolore per la perdita di una persona cara si colorirà di sfumature e di intensità diverse a seconda di chi si confronterà con questo evento.

Per Salvatore Natoli (1986) l’esperienza del dolore e della sofferenza si colloca al di sotto del linguaggio, perciò le parole risultano impotenti.

L’esperienza del dolore trasforma il rapporto del corpo con il mondo: nella situazione di benessere comunica con esso, nella situazione di malessere si sperimenta il corpo come un impedimento e ci si ritrae sentendolo quasi qualcosa di diverso da sé. Nelle classificazioni della clinica del primo ‘800 il problema della definizione del dolore non si riusciva a risolvere e l’anatomia ne dedusse che non è il dolore da classificare ma la lesione. Ma, a questo punto, sopravvenne uno scacco storico: all’apertura del cadavere di chi accusava dolori violenti, raramente si trovava la lesione né nel punto indicato come doloroso, né tantomeno nel cervello e nemmeno sul tragitto del nervo incriminato. Poiché l’anatomia patologica si trovava ad un punto fermo, e non era in grado di dire quale fosse l’ingranaggio inceppato responsabile del dolore, l’oggetto dolore ben presto divenne di competenza della psicologia. Il dolore è un sentimento, oltre che una sensazione, e allora la psicologia lo analizza come esperienza dell’essere umano in generale, senza peraltro disdegnare il ricorso alla neurofisiologia. Il dolore, dunque, non è una semplice nocicezione, è un fenomeno molto più complesso, descritto ed accettato solo una ventina di anni fa come una complessa esperienza sensoriale ed emotiva^c. Ma questa, a ben vedere, non è una visione originale se Platone nel III secolo a.C. scriveva: “...è errore assai diffuso fra gli esseri umani quello di voler intraprendere separatamente la cura del corpo e quella dello spirito”. Il dolore è quindi un esempio di sensazione espressione del corpo-mente, sede di eventi quali emozioni, sentimenti, ricordi, percezioni sensoriali, sogni.

Ecco dunque che i dolori diventano modo e mezzo per comunicare: dal mal di pancia o dalla cefalea del bambino che non vuole andare a scuola, alla dismenorrea di una donna che forse rifiuta le trasformazioni corporee, o il suo diventar donna o tutt’e due le cose o chissà quant’altro! Ecco dunque che attraverso l’ascolto dei dolori, si ascoltano menti-corpi che non sanno o non possono parlare in altro modo, aprendo le porte a quella medicina che è sempre psicosomatica.

Dolore come comunicazione dunque!

Il cervello e tutto il Sistema Nervoso Centrale, è tuttora considerato come un sistema di

^a Questo articolo deriva dalla suddivisione in due parti della relazione originale “Dalla parola al corpo: esperienze e risultati” che è stata presentata al Convegno dal gruppo *Di Donato, Ciarelli, Ciritella, Di Donato, Croce, Natarella*.

^b Pierluigi Ciritella: Medico, Anestesista, Counselor di orientamento analitico
IRCCS “Casa Sollievo della Sofferenza”- S. Giovanni R. (FG) Via Trieste, 46 - 71100 Foggia
e-mail: ciritella@interfree.it

^c La IASP, International Association for the Study of Pain e successivamente l’Organizzazione Mondiale della Sanità, ha definito il dolore “*un’esperienza sensoriale o emotiva associata ad un danno dei tessuti o che si può descrivere in termini di tale danno, o entrambe le cose*”

comunicazione elettrico, qualcosa di paragonabile ad una rete telefonica con miliardi di chilometri di cavi che si intrecciano in modo molto complesso. Più di recente, nuovi strumenti hanno permesso agli scienziati di studiare quello che viene definito il “Cervello Umido” o “Cervello Chimico”, riferendosi al complesso legante-recettore quasi a rappresentare un secondo Sistema Nervoso. I recettori funzionano come molecole sensitive e così come occhi, orecchie, lingua, dita e pelle, fungono da organi di senso, i recettori fanno la stessa cosa a livello cellulare. Queste sostanze fluttuano, -si agitano-, vibrano sulla superficie cellulare in attesa di captare messaggi che si diffondono nel fluido che circonda ogni cellula. I messaggi si vanno a “Legare” in modo specifico al recettore (Leganti). Questi infinitesimali fenomeni fisiologici si possono tradurre in vistose modificazioni nel comportamento, nell’attività fisica e nell’umore. Ogni recettore “dialoga” incessantemente con una sola o poche molecole neurotrasmettitoriali: “molecole dell’informazione”, ovvero unità base di linguaggio (come i *bit* nel linguaggio dei computer) usato dalle cellule di tutto il corpo per comunicare attraverso apparati come il sistema endocrino, il sistema nervoso, l’apparato gastrointestinale, persino il sistema immunitario. Queste sostanze sono il substrato biologico delle emozioni, la base molecolare di ciò che sperimentiamo sotto forma di sentimenti, sensazioni, pensieri, impulsi. Con il termine emozione intendo esperienze quali l’ira, la paura, la tristezza, la gioia, ma anche sensazioni basilari come piacere e dolore nonché le pulsioni istintuali come, fame e sete. I neurotrasmettitori ed i loro recettori sono presenti in tutto il corpo, non solo nel cervello: la mente è nel corpo.

Facciamo un esempio pratico: tutto il rivestimento dell’intestino, dall’esofago all’intestino crasso, compresi i sette sfinteri è ricoperto di cellule nervose che contengono neuropeptidi e recettori. È quindi plausibile pensare che sentiamo emozioni da quella parte del corpo (intestino) che spesso, e non a caso, definiamo emozioni viscerali. Tutti sappiamo che l’eccitazione, la paura, la collera aumentano la motilità intestinale, ma si tratta di un cambiamento biunivoco, infatti può accadere che il movimento dell’intestino nell’espellere le scorie possa influire sullo stato emotivo.

Alla luce di queste riflessioni potremmo vedere i dolori del corpo-mente rifacendoci alla *teoria dell’informazione*, ritenendo che i dolori siano modalità diverse, per certi versi sbagliate, di comunicare.

Ecco dunque che il fattore umano nella terapia del dolore, o meglio, dei dolori, diventa fondamentale nell’ascolto empatico e rispettoso dell’uomo che soffre, al fine di comunicare il dolore, di contenerlo, dargli un senso, proprio come si fa per il pianto di un neonato, sempre diverso di volta in volta, sempre diverso da neonato a neonato, ma sempre comunicativo e veicolo di informazioni.

I dolori costituiscono codici crittografati, da qui si può tentare di trovare la chiave attraverso il corpo che li veicola, in particolare attraverso il contatto: *“Perché anche se un paziente non chiederà mai di essere toccato, forse è proprio attraverso il contatto che possiamo davvero parlare al corpo”* (Di Donato, 2002).

Partendo da queste considerazioni nell’approccio al paziente che lamenta un dolore, ma molto più spesso “dolori”, nel centro di Terapia del Dolore del mio Ospedale, ho sviluppato un approccio che tenga conto di questa valenza comunicativa attraverso il corpo e che prescinda dall’uso esclusivo ed escludente (dal rapporto medico-paziente) del farmaco, ma che fa del farmaco «» ulteriore momento di incontro medico-paziente in cui il *“paziente dimostra il suo bisogno, ... e il medico offre il suo aiuto ...”* (Di Donato, 2000) in una visione balintiana che vede il medico che “somministra se stesso” il primo e più importante farmaco. Inoltre faccio ricorso a metodi che, attraverso la mediazione corporea, come il training autogeno ed il rilassamento ad induzioni variabili, consentono di passare dall’espressione non verbale a quella verbale dei vissuti corporei e quindi dei dolori del cliente.

ESPERIENZE DI TERAPIA DEL DOLORE

“Mi è caduto il mondo addosso”

Giovanna, 40enne, nubile, disoccupata. Giovinale e carina, si rivolge al nostro Centro lamentando da circa un anno dei “dolori alle spalle e alla schiena”. Giovanna vive da sola dopo la morte della madre, ha cominciato a star male poco dopo la morte di quest’ultima. Ha eseguito ogni tipo di indagine diagnostica e l’unico dato patologico è costituito da un angioma intravertebrale probabilmente congenito. Giovanna afferma di aver accudito la madre, unica in famiglia a poterlo fare a tempo pieno, in quanto non sposata e senza impegni di lavoro, per circa nove anni. Racconta di sforzi fisici anche notevoli, essendo stata costretta a sollevare di peso la mamma paraplegica anche per condurla in bagno o metterla a letto, senza mai aver accusato se non una comprensibile stanchezza a fine giornata. Racconta della sua totale dedizione alla mamma, delle sue rinunce al lavoro e a formarsi una famiglia, della sua solitudine ora che non c’è più e del suo sentirsi inutile. Giovanna, non ha più speranze per i suoi dolori che la costringono ad essere aiutata anche a portare le borse della spesa e che pongono in allarme i fratelli e le sorelle che, fino ad allora non erano stati presenti se non fugacemente nell’accudire la vecchia madre. I farmaci analgesici, anche molto forti, che prende, non le danno molto sollievo, anzi gli effetti collaterali sullo stomaco si fanno sentire al punto da rendere necessaria la somministrazione di gastro-protettori. All’orizzonte si prospetta la possibilità di un intervento chirurgico sulla colonna vertebrale tanto rischioso quanto verosimilmente non risolutivo e che, forse, addirittura potrebbe peggiorare il quadro clinico. I numerosi medici già consultati hanno abbandonato Giovanna che si lamenta di *“non essere stata nemmeno visitata”*, ma tutti avevano guardato con attenzione le radiografie scuotendo la testa e qualcun altro le aveva detto di “non pensarci perché non aveva niente”.

Propongo a Giovanna un decina di sedute di rilassamento ad induzioni variabili per insegnarle a rilassarsi e ad avere consapevolezza del suo corpo, offrendole ascolto circa i suoi dolori e visitandola per controllare lo stato della sua schiena. Non avendo altre terapie da proporle, voglio che lei ed io ci mettiamo all’ascolto di un corpo che urla il suo dolore, laddove non è capace Giovanna di urlare la sua rabbia, la sua solitudine! Già alla prima seduta Giovanna, dichiara piangendo che non ha sentito mai nulla di simile, mai si è accorta di “essere” un corpo, fino ad allora pensava di “possedere” un corpo. Il contatto le sembra caldo, piacevole, coinvolgente, “dolce come quello della mamma” che non ricorda, però di aver mai sperimentato. Nelle successive sedute Giovanna racconta di aver avuto la sensazione, alla morte della madre, che le fosse *“caduto il mondo addosso”*. Solo ora capisce come l’inizio di quei suoi dolori sia da correlare a quell’evento, ma capisce anche che i suoi dolori costringono la sua famiglia a prendersi cura di lei visto che non lo avevano fatto con la mamma. Capisce che così operava senza volerlo e senza saperlo una specie di vendetta, o di sottile ricatto nei confronti dei fratelli, che, però, le si ritorce contro impedendole ormai di vivere. Da quel momento Giovanna comincia a conquistare il desiderio ed il piacere di sentirsi bene e, dopo circa due mesi, verso la fine delle sedute concordate, Giovanna decide di accettare un lavoro di commessa, part-time, però, perché *“non si sa mai, dovesse tornarmi il dolore per le troppe ore in piedi!... ”* e poi, autorassicurandosi, *“anche se ho capito che adesso devo ascoltarmi di più, ascoltare il mio corpo!”*

“Non vedo l’ora di raccontarglielo! ”

Francesca, 39 anni, nubile, insegnante. Viene a visita lamentando un dolore persistente e di grande intensità localizzato alla base della lingua che dura da circa sei mesi e che, nonostante le cure, non migliora ma, anzi, ora compromette addirittura la deglutizione e la capacità di parlare. Da alcuni giorni non mangia quasi più al punto che è evidente il suo dimagrimento. Ha un aspetto dimesso, la fronte corrugata e le labbra sottili e serrate, i lunghi capelli che, le

incorniciano il volto, la fanno sembrare ancora più scarna.

Francesca entra nella stanza ancora con il cappotto abbottonato, si guarda intorno spaesata e su mio invito si accomoda. Comincia a parlare del suo lavoro che le piace molto e che teme di non poter più fare bene. Parla a lungo dei suoi dolori e mi racconta dei suoi stretti rapporti con i genitori. Si scusa per aver parlato così tanto dicendo: *“avevo bisogno di sfogarmi un pò: non parlo mai con nessuno! Da quando poi è morta mamma non ho più con chi parlare, lei era l'unica che mi ascoltava”*. Francesca è rimasta in casa con i genitori, entrambi morti per tumore. La visito accuratamente: sia il cavo orale, sia il resto del corpo appaiono indenni da lesioni o patologie evidenti. Indugio molto nella palpazione della gola, del collo e delle principali stazioni linfonodali. Francesca, dapprima tesa, sembra rilassarsi pian piano sotto l'effetto del massaggio. Le comunico quello che anche altri medici le avevano già detto, e cioè l'assenza di lesioni ma le sottolineo che non per questo il suo è un dolore immaginario: so che soffre e sono disposto ad aiutarla a capire le cause di questa sua sofferenza. La invito per un successivo colloquio, e lei accetta sorridente: *“così parliamo un altro pò!”* Durante i colloqui successivi emerge il tema della solitudine e la nostalgia di quando viveva con i genitori. A questo punto ho la curiosità di sapere qualcosa di più sulla morte della madre avvenuta circa due anni prima. Francesca sta in silenzio per alcuni secondi; sembra smarrita, ho la sensazione che la mia domanda le abbia provocato una forte reazione emotiva; fa una smorfia e inspira profondamente e dice: *“finora non ne ho mai parlato con nessuno”*. Apprendo, così, che la madre era morta per un tumore alla mascella e le ultime fasi della vita le aveva trascorse in preda a violenti dolori alla lingua, in assenza di farmaci oppioidi che il medico curante non aveva voluto somministrarle. Francesca si era sentita in colpa per non essersi saputa imporre al medico: avrebbe *“voluto cambiarlo o pretendere una terapia adeguata alla situazione della madre”*. È stata a macerarsi per tutto questo tempo fin quando, e Francesca scopre da sola la singolare coincidenza, esattamente nel 2° anniversario della morte della madre comincia ad accusare il dolore alla base della lingua. Trasale, è stupefatta: non ci aveva mai riflettuto, ma il suo dolore le ha fatto smettere di pensare quotidianamente al suo senso di colpa. Concentrando la sua attenzione sul dolore Francesca non aveva più pensato a nulla provando, però, sul suo stesso corpo i dolori che aveva sentito la madre. Francesca va via con una luce diversa nel volto e mi chiede un nuovo appuntamento che non posso darle, però prima di dieci giorni. Mi telefona tre o quattro giorni dopo: *“dottore, sa va molto meglio, il mio dolore è quasi scomparso, e ho anche ripreso ad andare a scuola: non vedo l'ora di raccontarglielo!...”*

“Che bel massaggio!”

Rina ha quasi 65 anni, sposata con un figlio, commerciante. È una simpatica donna, piccoletta di statura, molto vivace nell'aspetto e nel modo di muoversi. Rina lamenta da quasi cinque anni un dolore localizzato alla parte sinistra dell'addome che non le lascia tregua se non quando dorme. Si è sottoposta a svariati esami gastroenterologici, ripetendoli anche più volte sempre con esito negativo: a parte una diverticolosi del colon che non giustifica la sintomatologia. Rina ha subito anni addietro l'asportazione di una mammella per un tumore e, più di recente si è fatta volutamente asportare un nodulo calcifico alla mammella superstite, nonostante le fosse stata dichiarata la benignità della lesione e l'inutilità dell'intervento; ma dice Rina *“Dottore è meglio togliere. Non si sa mai, e poi se ci fosse un'operazione pure per la pancia la farei volentieri: non mi spaventa andare sotto i ferri, ma basta soffrire!”*. Chiedo a Rina di spogliarsi per visitarla: lei appare piacevolmente stupita: *“lei è un medico che visita ancora?”* Nella visita dell'addome Rina sente che il massaggio le giova e rende più sopportabile il dolore.

Nei colloqui successivi, emerge una storia costellata da episodi di depressione già in età giovanile. A Rina, che si prende cura di tutta la sua famiglia, ed anche della suocera e della cognata gravemente ammalata, sembra di non avere diritto a star male: nessuno le crede, e che, anzi, ha la sensazione di infastidire chi le sta vicino con le sue lagnie. Ha qualcosa dentro che non riesce a

mettere fuori, qualcosa che ha radici profonde dentro di sé, *“nella pancia”* le suggerisco. Lei annuisce e va via con la prescrizione di un ansiolitico per meglio riuscire a riposare la notte, e di un antidepressivo, che, è dimostrato, le spiego, funziona bene sul dolore. Mi chiede, se la visiterò anche le volte successive. Istituzionalizzo la visita, modificandola in un massaggio dell’addome, con una sequenza predeterminata e sempre uguale, una suggestione ipnotica, che viene dopo l’ascolto di tutto ciò che Rina ha voglia di dirmi, ma soprattutto mi parla della sua sofferenza, dei suoi dolori.

Rina non è guarita, ha sempre il suo “mal di pancia”, con il quale, però, ora convive molto meglio, sorride spesso durante i nostri incontri e riprende un’alimentazione più varia e gratificante, beve anche un po’ di vino e questa è una riconquista, dopo le diete pallide e sciapite che le erano state consigliate per affrontare il mal di pancia. Viene sempre volentieri a raccontare di sé e, nel “godersi” il suo massaggio spesso esclama: *“quando lei mi massaggia, il dolore non è più localizzato da una parte, ma è come se si sciogliesse e si diffonde e diventa leggerissimo. Eh!...sarebbe bello se lei potesse farmi il massaggio tutti i giorni!...: “*

“Da qui non si passa!”

Luciana è una farmacista poco più che trentenne sposata da quattro anni e senza figli. Viene inviata al Centro, da un neurochirurgo che aveva operato la madre di aneurisma cerebrale qualche anno prima. Luciana non è molto bella, ha l’aria di una bambina spaurita che non capisce quello che le sta succedendo. È alta, si veste alla moda, in stile militare, e nelle movenze dà l’impressione di non essere molto femminile. Lamenta un dolore vulvare insopportabile, con fasi di parziale remissione. Questo dolore ormai da circa due anni le occupa completamente la mente: non pensa ad altro e d’altronde non potrebbe essere diversamente: *“è semplicemente da impazzire!”* La madre alla quale lei è stata molto vicina durante la malattia, *“ero l’unica della famiglia in grado di farlo, anche se mi è costato molto”*, non le è di aiuto, anzi le aumenta l’ansia ed il dolore. Il padre, così come il marito, sdrammatizzano o la ignorano. Luciana parla a bassa voce ed ha un lieve difetto di pronuncia che la porta trascinare la “s”, un pò come fanno per vezzo certe volte i bambini. È ansiosa, ha spunti fobici ed ossessivi, si ritiene *“fissata per l’igiene”*. Ha eseguito esami fastidiosissimi, ed ha girato l’Italia alla ricerca di qualcuno che potesse darle una cura per il suo problema: un agopuntore a Torino ed una psicologa a Roma l’hanno aiutata, ma sono troppo lontani e non può raggiungerli spesso come vorrebbe. A Roma, però si sente meglio e non ha le crisi di esacerbazione del dolore. Roma è una città che le piace e nella quale si sente libera di essere come le pare, perché non la conosce nessuno.

Luciana parla volentieri di sé, ed a me fa piacere ascoltarla. Mi incuriosisce il fatto che dopo quattro anni di matrimonio non abbia figli. Le chiedo se è frutto di una scelta o se ci sono altri motivi. Luciana sbotta: *“Ecco!! Questo è il punto!!, mio marito vorrebbe un figlio, ed anch’io lo vorrei, ma non ne vengono. Lui sarebbe disposto anche ad adottarlo ma io non voglio: se devo avere un figlio voglio che sia io a farlo!”* Luciana si è sottoposta ad una procedura di inseminazione artificiale, due anni prima, più che altro per far piacere al marito. Racconta di come sia stata un’esperienza terribile, e di come sia stata male, dopo aver appreso che l’impianto dell’ovulo fecondato non aveva attecchito. Due sue amiche, conosciute in clinica, invece, avevano portato a buon fine l’inseminazione ed avevano partorito. Insieme, io e Luciana, riflettiamo sull’invidia e sul senso di inadeguatezza e di colpa per non essere “stata capace” di rimanere incinta. Il dolore vulvare, però, si scatena fortissimo al secondo tentativo di inseminazione. Questo dolore così forte renderà impossibile continuare con i tentativi e renderà almeno per il momento impossibile una gravidanza, che forse, suggerisco, non si sente ancora pronta ad affrontare. “Sì” dice lei dubbiosa, *“è come se con il mio dolore dicessi: da qui non si passa!”*.

Conveniamo che dovrà riuscire ad esprimere il suo dissenso ad una gravidanza senza ricorrere allo stratagemma del dolore. Facciamo delle sedute di training autogeno che l’aiuti a rilassarsi

ma soprattutto a prendere consapevolezza del suo corpo e delle sue sensazioni. Man mano che andiamo avanti dice di sentirsi un po' meglio ma, soprattutto, si sente compresa. Le suggerisco una psicoterapia che le consenta di affrontare i suoi problemi e nel congedarla, non riesco a trattenere una lieve carezza sul volto di una bambina che forse non si sente ancora pronta a diventare donna.

BIBLIOGRAFIA

1. Cosmacini G: La percezione del dolore e l'uomo. In: MA Tiengo: La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale. Ed. Springer-Verlag, Milano, 2001.
2. Di Donato I: La via del contatto: l'esperienza di una nuova terapia corporea. In: Atti del Convegno "Il Corpo tra immagine e realtà" - Francavilla al Mare (CH) 20 aprile 2002.
3. Di Donato R: Il farmaco in psicoterapia. In: "Appunti e spunti di dotta ignoranza" - Lavoro pubblicato in proprio, 2000.
4. Natoli S: L'esperienza del dolore. Ed. Feltrinelli, Milano, 1986.
5. Pert BC: Molecole di emozioni. Ed. Corbaccio, Milano, 2000.
6. Ravasi G: La carcassa e l'anima. In: MA Tiengo: La percezione del dolore: ruolo della corteccia frontale. Ed. Springer-Verlag, Milano, 2001.
7. Tiengo MA, et al.: Seminari sul dolore. A cura dell'Università di Milano, Facoltà di Medicina e Chirurgia. Anno Accademico 1985-86.

IL CORPO: PIACERE E DOLORE NEL RILASSAMENTO ANALITICO^a

Ilaria Di Donato^b e Cecilia Natarella^c

Negli ultimi anni abbiamo assistito in ambito psicoterapico ad una profonda trasformazione, dovuta ai cambiamenti del panorama sociale e di conseguenza proprio della richiesta che oggi si rivolge alla psicoterapia. Le statistiche internazionali (World Health Report 200-01 Database) mostrano che le patologie psichiche (depressione maggiore, disturbi d'ansia, disturbi alimentari e del comportamento) sono diffusamente in crescita, e prevalenti, con una crescita maggiore tra le donne. Anche le statistiche nazionali dell'Istituto Superiore della Sanità confermano questa tendenza.

Inoltre la depressione e i disturbi dell'immagine corporea sono in netta crescita nella prima adolescenza, dove i disturbi di depressione, ansia e disturbi alimentari sono diagnosticati per il 95% a ragazze e per il 5% a ragazzi.

In ogni età i disturbi di tipo psicosomatico, i disagi e le malattie espresse dal corpo e nel corpo sono in crescita esponenziale.

D'altro canto la crisi della psicanalisi sembra ormai, almeno nei paesi anglofoni, una realtà. Tempi, costi e presupposti culturali ne hanno fatto un lusso per pochi, mentre la richiesta di aiuto, la richiesta di corpo e di ascolto non sono mai state così diffuse.

Non diciamo nulla di nuovo sottolineando ancora come il corpo sia l'assoluto protagonista di ogni aspetto del mondo attuale. È l'immaginario, la fantasia, il sintomo, il territorio nel quale più che mai affetti, relazioni, desideri e frustrazioni vivono e vengono agiti.

Anche da un punto di vista filosofico e scientifico il corpo rappresenta uno dei pochi enigmi rimasti ancora da risolvere. Di fronte all'attuale successo ed al diffondersi delle terapie "altre", la psicanalisi si trova di fronte ad una innegabile difficoltà: da un lato cercare nuove prospettive che consentano di raggiungere un'utenza di formazione più eterogenea, e dall'altro affrontare "*l'universo corpo*", che oggi rappresenta la domanda più significativa: è principalmente con il corpo, o con l'assenza e il disagio di questo, che si cerca una terapia. Molte sono le offerte in questa direzione, moltissime le terapie centrate sul corpo. Ma spesso solo su questo. La risposta che si può trovare in questi contesti, per quanto validi, è una risposta incompleta, che soddisfa solo parzialmente il bisogno di riappropriazione dell'affettività e della *corporeità*. Il rischio più grande è quello di vedere scotomizzata oggi la dimensione psichica almeno quanto, fino ad ora, è accaduto con quella corporea. Occuparsi attivamente del corpo *reale* lascia ancora fuori il corpo *vissuto*, il corpo *fantasmatico*, il corpo *emozione*.

In questa chiave il Rilassamento Analitico (d'ora in avanti R.A.) rappresenta sia un fecondo tentativo di risposta a tali esigenze, considerando sia la riscontrata efficacia nella terapia e la duttilità del metodo che la forte coerenza con i costrutti psicanalitici, sia una fonte di interrogativi più profondi sul "corpo a corpo" tra terapeuta e paziente, chiarendo molti aspetti

^a Questo articolo deriva dalla suddivisione in due parti della relazione originale "Dalla parola al corpo: esperienze e risultati" che è stata presentata al Convegno dal gruppo *Di Donato, Ciarelli, Ciritella, Di Donato, Croce, Natarella*.

^b Dr.ssa Ilaria Di Donato, PhD, Counselor, responsabile ASS.I.R. sez. di Firenze, via Mattioli, 76 Firenze,
e-mail: ilariadidonato@hotmail.com

^c Dr.ssa Cecilia Natarella, Psicologa, Psicoterapeuta, Vicepresidente ASS.I.R, viale Cappuccini, 34/a, Lanciano (Ch) **e-mail: cecilianatarella@libero.it**
ASS.I.R. Via Galilei, 65, Pescara - tel. 085.422.421.4 - **e-mail: simpassir@hotmail.com**

della relazione terapeutica. Il R.A. si colloca infatti nella scia del percorso segnato da Ferenczi e da Balint (1965) riguardo alle modificazioni necessarie della tecnica psicanalitica, proponendosi come possibile trasformazione del setting e della tecnica freudiana classica attraverso l'attivazione della terapia e il contatto corporeo, che consentono tanto di raggiungere aree psichiche preverbalmente difficilmente sfiorabili in una terapia esclusivamente verbale, quanto di accostare pazienti, come ad esempio psicotici o bambini, di complessa gestione nella psicoanalisi classica.

Le prime parole e i primi tentativi di comunicazione nascono nel mondo emozionale, e quando diventano espressione che rivolgiamo all'altro, questo riesce a coglierle solo nella misura in cui anch'egli le abbia vissute e le riconosca in sé. Solo così c'è comunicazione. Merleau-Ponty (1972) sottolinea che tutto avviene come se l'intenzione dell'altro abitasse il nostro corpo, o come se le nostre intenzioni abitassero il suo. Senza questo reciproco coabitarsi ogni comunicazione diventa irrealizzabile.

Il contenuto emozionale delle parole diventa a volte evidente durante l'induzione, quando il terapeuta si trova ad usare un termine o un'immagine che per lui ha una valenza affettiva particolare, ma che nell'altro può produrre corrispondenza o ostilità, sorpresa o chiusura. La parola quindi molto prima di esprimere un concetto, un significato, è qualcosa che si lancia e si riceve, che si dice e che si ascolta, che può penetrare o rimbalzare.

Altro elemento fondamentale nella comunicazione emotiva, ce lo ricorda Galimberti (Galimberti, 1983), è l'uso della "nostra" lingua, quella che non a caso viene chiamata *lingua madre*, e l'uso che facciamo di parole ricche di significati emozionali antichi. Dentro queste parole il nostro corpo si trasfigura, si racconta, si esprime.

Si dice anche che le parole "volano". Questa leggerezza, questa facilità ad usarle e a dimenticarle dipende dal fatto che esse lasciano lo spazio all'espressione emotiva che le accompagna e alle sensazioni che producono.

A volte, in alternanza alle parole, troviamo il silenzio, che non è da intendersi come semplice intervallo, ma linguaggio a sé stante, con una sua semantica. Ci sono infatti silenzi dai significati tanto vari quante sono le emozioni e le intenzioni di chi lo esprime. Ci sono silenzi di negazione, di chiusura e silenzi di offerta, di disponibilità, di dolore e di piacere.

Il linguaggio, la parola, nascono dunque dall'incontro con l'altro e dall'esigenza di far sentire qualcosa, la propria esistenza, non di far conoscere o di far capire. E rimane per tutta la vita pura comunicazione, emozione da scambiarsi, che solo l'altro riesce a confermare e ad arricchire.

DOLORE E PIACERE

Lo spazio e l'accadere nel R.A. sono dunque ricchi di affetti e contraddizioni, emozioni diverse, dolore e piacere. Se nel dolore la presenza scopre il proprio corpo come qualcosa di estraneo, nel piacere lo riconosce come suo e si riconosce in lui. Ma non è solo dal corpo, dal corpo in sé, che nasce il piacere, piuttosto dal contatto del corpo con qualcosa del mondo, una qualità che proprio il contatto, la relazione risvegliano. Galimberti paragona il piacere al gusto di un frutto, che non è nel frutto come lo sono ad esempio la polpa o il succo, ma è ciò che il frutto risveglia in me, una sua eco. Accade nel momento in cui assaporo, quando le mucose entrano in contatto con i profumi del frutto, eppure non è né nelle une né nelle altre che il piacere risiede.

Il piacere non si prende, si incontra, si scopre, lo si sente nascere in sé nell'entrare in contatto con la propria interezza. Il piacere coinvolge la presenza nella sua totalità, laddove pienamente al corpo ci si concede. Perché il corpo diventi piacere è indispensabile la presenza, l'abitare, la volontà di esplorare e riconoscersi nel corpo nella sua profondità e interezza, riempiendo i vuoti e i buchi che il dolore crea con il calore del riconoscimento e

della riappropriazione.

Riversata nella relazione, è possibile nel R.A. poiché si crea un “corto circuito” del linguaggio, nel proporre al paziente una situazione inattesa e sorprendente in grado di rovesciare ciò che il linguaggio ha ordinato e strutturato, consentendogli così di uscire dalla ripetizione. Proporre uno spazio per l’inatteso, parole che evocano e sorprendono e un contatto sempre diverso e non prevedibile, dunque non controllabile nell’aspettativa. Perché ciò accada infatti, il linguaggio verbale non può essere sufficiente. È necessario recuperare un livello anteriore, più profondo, pre-verbale, appunto, nel quale la sensazione precede il nome, ed è molto più violenta, ricca di affetti, polisemica della parola che la rappresenterà.

IL CORPO DELLA PAROLA

Cosa si nasconda in un’anima ferita dal dolore e dall’angoscia è difficile e complesso da decifrare. Solo il corpo, sede dell’inconscio, referente principale nella relazione, può condurci fino alle radici del problema e può diventare “PAROLA”, che svela, che racconta, che diventa indizio.

Il rilassamento analitico funziona come modalità di apertura e di avvicinamento al corpo, inteso proprio come “discorso sulla psiche” (Galimberti, 1983).

Grazie al corpo, offerto come luogo e mezzo di scambio, la parola può emergere dando nome alla sensazione provata e trasformandola in vissuto. Dal corpo rinasce la parola, così come era successo già tanto tempo prima, che la sostanza-corpo si era trasformata in grido, pianto e parola.

All’interno della terapia che utilizziamo, la parola ha un ruolo complesso. Ci sono le parole del terapeuta, mentre induce: sono parole seduttive, avvolgenti, rassicuranti, o semplicemente descrittive, dure, realistiche. Scelte seguendo il suo codice socio-culturale ma anche il suo codice personale. E con l’irruzione del discorso persona nel linguaggio del Rilassamento il terapeuta si svela all’Altro.

Fondamentale diventa anche la voce che accompagna e modula le parole, che avvolge e riempie il corpo disteso, e che inizialmente assume un significato quasi dominante rispetto al contenuto delle parole. La Voce è il suono che accompagna il tuffo regressivo, è la voce della madre buona. Progressivamente dalla voce emergono simboli, parole, che penetrando aggressivamente definiscono e separano, suscitando la paura ma altresì il desiderio di ricomporsi e di ricongiungersi nell’unità.

Il terapeuta, parlando e toccando, sceglie più o meno consapevolmente il tono della voce, le parole, i gesti, i tempi. Il corpo dell’altro assorbe contatto e parole, mano e voce, ma non può rispondere che con la parola, e solo con la parola. A questo punto si realizza il fine del rilassamento: la parola che qui si ascolta è davvero la parola del Corpo, che esprime liberamente il suo desiderio e la sua apertura all’altro. È proprio sulla parola che adesso ci soffermiamo. Sulla parola che prima di essere portatrice di un contenuto e di una intenzione logica è essenzialmente “gestualità”. Per dirla con Argon (1956), le parole sono gesti, nient’altro che gesti, nient’altro che parole.

La parola rappresenta la voce che la produce e la persona che la pronuncia. Questo fa sì che ci sia comunicazione sempre, a prescindere dall’intenzionalità del contenuto, perché comunicare è “mettere in comune”, stabilire una relazione con un Altro da noi, che mantenendo la distanza garantisce la continuità della comunicazione.

Il bambino impara a parlare quando sente la separazione dalla madre, la sostituisce col simbolo, con la parola. Da questo momento in poi, per tutta la vita, la parola diventa espressione di desiderio, desiderio d’amore.

All’altro, attraverso il contatto, si svela, si dichiara coinvolto, accetta il rischio che ogni corpo a corpo comporta. E non è il toccare del chirurgo, non è del corpo oggetto (*körper*)

che si parla, bensì del corpo vissuto (*leib*), quello pieno di sensazioni e di emozioni. E soprattutto non è un acting, perché il contatto fa parte delle regole.

Questa terapia consente di arrivare ad una vera e propria sintesi psicosomatica, garantita dal decorso dell'ontogenesi e chiarita dall'ascolto psicoanalitico. Offre, il Rilassamento analitico, anche una risposta al problema del corpo nel rapporto medico-paziente, il corpo che lo psicoterapeuta non tocca ma sul quale fantastica e che il medico tocca ma nega, riducendolo a realtà anatomo-fisiologica. La dimensione totale che il R.A. assume interessa dunque sia la persona del medico che quella del paziente, in quanto desiderosi di ritrovare la loro integrità (corpo - spirito) attraverso la relazione col mondo.

LA PAROLA DEL CORPO

Il corpo è lo spazio centrale, la scena su cui più che altrove si gioca la relazione. Ma parlare del corpo non è soltanto riferirsi ad un oggetto del mondo, ma piuttosto a ciò che dischiude un mondo, un universo di significati e vissuti che hanno con l'apparato biologico che li sostiene il rapporto del contenitore con il contenuto. Corpo reale e corpo immaginario, corpo vissuto e corpo emozione si trovano insieme sul lettino e nelle parole del terapeuta, attori di una danza fatta di avvicinamenti e improvvise fughe, piacere e dolore, desiderio e paura. Si torna agli equivoci che il termine rilassamento crea, aprendo uno spazio ulteriore tra l'aspettativa miracolistica o passiva del paziente che porta il suo corpo perché venga guarito e ciò che invece, sorprendentemente accade.

Spesso capita che il paziente non si rilassi affatto: ciò che l'induzione porta, sotto l'apparenza calma e suadente delle parole e del tono di voce è un'effrazione, una penetrazione alla quale facilmente i pazienti rispondono con un rifiuto. Non riescono a rilassarsi e tutta la loro aggressività si manifesta proprio nel corpo che rimane rigido, a disagio, e cerca di mantenere il controllo. Il battito cardiaco che accelera, continue deglutizioni, improvvisi pruriti. E così le resistenze espresse senza filtro attraverso il corpo entrano immediatamente a far parte della relazione, seguendo modalità diverse: in alcuni la tensione muscolare può avere il significato di un rifiuto, per altri di un aumento dell'angoscia di fronte all'invito a lasciarsi andare, per altri la sfida di chi sarà a condurre il gioco.

Al contrario il rilassamento muscolare immediato può significare accettazione, ma può anche rappresentare un modo di sottomettersi al tocco del terapeuta offrendogli il "guscio", l'esterno di sé per nascondere meglio o rifiutargli l'interno. Il corpo abbandonato sul lettino, apparentemente rilassato ma in realtà in quel momento guscio vuoto, disabitato, come il cuscino sotto le coperte che simulando il sonno copre la fuga. Questo "no" del paziente non viene tacitato o eliminato attraverso esercizi e ripetizioni, non viene soppresso attraverso l'apprendimento, ma rimane come elemento relazionale importante, la risposta di uno dei due giocatori. In seguito al contatto corporeo il materiale prodotto dai pazienti è comunque notevole. È raro che il contatto, unito alle parole dell'induzione, non risvegli delle sensazioni specifiche legate alla storia individuale del paziente, portando alla luce delle tracce inconscie, rimosse o disinvestite. A volte parole, a volte dolori, contrazioni improvvise, una diversa percezione di sé. Il modo in cui questa storia che il corpo cela, fatta di ricordi traumatici, di desideri e fantasmi rimasti inastati nella pelle, negli organi e nella carne, può essere. Se, come afferma Balint (1959), era in passato spesso necessario attendere molto tempo perché in un'analisi si raggiungesse, attraverso la regressione, l'area del difetto fondamentale e con essa l'atmosfera di armoniosa mescolanza necessaria per il progresso della terapia, attraverso il contatto corporeo ciò diviene possibile in breve tempo.

Inoltre l'esperienza dell'essere toccati da adulti rappresenta sempre un'esperienza piuttosto conflittuale ed evoca di per sé numerose sensazioni. Al di fuori dell'infanzia e della vita amorosa il contatto dei corpi è fortemente negato, e anche laddove un contatto è necessario,

come ad esempio nella diagnostica medica o nell'assistenza infermieristica, esso è ancora completamente spersonalizzato e privato di intenzionalità. Il medico che visita un paziente si limita a sentire un fegato, auscultare un polmone, esaminare un'epidermide ma non tocca mai un ventre, una pelle, un corpo. Eppure innumerevoli studi, da Spitz (1945) ad Anzieu (1990) a Pert (2000) tra gli altri, hanno sottolineato importanza del *maternage* nelle lunghe o precoci degenze ospedaliere, soprattutto psichiatriche, e degli effetti terapeutici del contatto corporeo per lo sviluppo completo della persona.

In risposta a questo, il R.A. oltre ad accogliere direttamente la richiesta di contatto del paziente, può essere considerato un valido programma di formazione alla relazione per quanti esercitino una professione sognante, fornendo una cornice teorica ed interpretativa all'interno della quale collocare le richieste espresse dal corpo dei pazienti durante una psicoterapia o qualsiasi tipo di relazione *soignant- soigné*, terapeuta-paziente.

Possibili equivoci

Parlare del R.A., così come proporlo in una relazione medico-paziente, pone immediatamente di fronte ad una serie di equivoci ed apparenti contraddizioni.

Una contraddittorietà è già nel termine "rilassamento". Parola carica di vissuti di benessere e passività, che rimanda ad un'ideologia strettamente medica: c'è un sintomo (ansia) da affrontare con un intervento (rilassamento) per ottenere la guarigione (distensione). L'aggettivo "analitico" rimanda invece alla relazione tra medico e paziente e all'indagine dei vissuti che emergono da e attraverso l'ascolto del corpo. Nel primo caso si tende a coprire, a silenziare il sintomo, nel secondo invece a scoprire, a dare la parola al corpo.

Anche la pratica del Rilassamento presenta aspetti contraddittori. Durante l'induzione, termine ereditato dall'ipnosi, non si spinge il paziente, non si ha un obiettivo verso il quale orientarlo, suggestionandolo. Al contrario, l'induzione è libera, diversa, costruita di volta in volta, agita, così che la relazione è provocata, proposta aggressivamente. Il progetto è nel voler costruire un dialogo con il paziente: noi costruiamo la nostra induzione, indirizziamo consapevolmente delle suggestioni, e lui è libero di accettarle o di rifiutarle. Nella sua risposta, nel sì o nel no, si crea la condizione indispensabile per il dialogo.

Dunque il R.A., al contrario di altre terapie corporee, non ha come obiettivo la distensione, lo star bene, il piacere della calma, bensì l'ascolto del corpo e la sollecitazione del dialogo. Il tutto con il fine ultimo di costruire una relazione.

Qualcuno potrebbe dire: dov'è l'originalità? Ogni terapeuta che si rispetti punta a creare una buona relazione. Ma il ruolo del rilassatore analitico è decisamente più attivo: è lui che per primo si propone. Il corpo piacere nel R.A. si realizza nel momento in cui un corpo parla all'altro nei codici che conosce e che ritrova, ed incontra la disponibilità di un altro corpo ad ascoltare. Il piacere è dunque esclusivamente piacere di comunicare, con sé e con l'altro. Il R.A. ci sembra facilitare e accelerare questo processo che è al centro di ogni psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA

1. Anzieu D. (1990) *L'épiderme nomade et la peau psychique*. Apsygée, Paris (trad.it.: *L'epidermide nomade e la pelle psichica*. Cortina, Milano, 1992).
2. Aragon L. (1956) *Théâtre roman*. Gallimard, Paris.
3. Balint M. (1959) *Thrills and regression*. (trad.it. *La regressione*. Cortina, Milano, 1983)
4. Balint M. (1965) *Primary love and psycho-analytic technique*. (trad.it. *L'amore primario*. Guaraldi, Firenze, 1973).
5. Di Donato R. (1987) *L'aggressività nel corpo a corpo medico-paziente*. Atti, XI Congresso SIMP, Messina, 28-31 Maggio 1987.
6. Di Donato R. (2001) *Il rilassamento analitico: dalla psicosomatica al corpo*. Prospettive in

Psicologia, Anno IX, n.2, 2001.

7. Eissler R.S. (a cura di), (1945) *The psychoanalytic study of the child*. International University Press, New York.
8. Galimberti, U. (1983) *Il corpo*. Feltrinelli, Milano.
9. Merleau-Ponty M. (1972) *Fenomenologia della percezione*. Il Saggiatore, Milano.
10. Pert C. (2000) *Molecole di emozioni*. Corbaccio, Milano.
11. Sapir M. (1980). *Soignant-soigné: le corps à corps*. Payot, Paris.
12. Sapir M., Reverchon, F., Prevost, J.J., Canet, C., Philibert, R., Cornier, A., Cohen, S. (1979) *La relaxation, son approche psychanalytique*. Bordas, Paris (trad.it.: *Il rilassamento -approccio psicanalitico*. Astrolabio, Roma, 1980).
13. Spitz R.A. (1945) *An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. In: Eissler, R.S. (a cura di), op.cit.
14. World Health Report 200-01 Database.

SEZIONE 5

TAVOLA ROTONDA: IL FUTURO DELLA RICERCA PSICOSOMATICA IN ITALIA - UPDATE DEI GRUPPI SULLE ATTIVITÀ IN CORSO

***MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE E SINDROME
DEL COLON IRRITABILE: QUALITÀ DELLA VITA,
PRESENZA DI SINTOMI ANSIOSO-DEPRESSIVI E DEI
SINTOMI SOTTOSOGLIA EVENTUALMENTE ASSOCIATI
ED EFFICACIA DI UN TRATTAMENTO
FARMACOLOGICO CON ESCITALOPRAM***

**Castrogiovanni P., Goracci A., Castrogiovanni A., De Capua A.,
Martinucci M., Rossi S., Santomauro T., Vernillo R.**

Dipartimento di Neuroscienze
Sezione di Psichiatria
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Siena

L'attenzione dei ricercatori si è, in questi ultimi anni, nuovamente concentrata sulla così detta medicina psicosomatica. È evidente la rilevanza, dal punto di vista epidemiologico, dei disturbi somatici non giustificabili solamente dalla componente organica e come tali quadri clinici possano gravemente inficiare la qualità della vita del paziente. Tra i numerosi disturbi nei quali la componente organica e quella psichica si possono variamente sovrapporre e reciprocamente influenzare la nostra attenzione si è concentrata su alcune malattie intestinali come la Sindrome del Colon Irritabile, il Morbo di Crohn e la Rettocolite Ulcerosa. In tutte queste sindromi i sintomi fisici possono essere influenzati da aspetti psicopatologici con manifestazioni non sempre eclatanti (sottosoglia), ma comunque in grado di modificare il quadro clinico, la risposta terapeutica e la compliance del paziente. Inoltre, spesso un trattamento psicofarmacologico può contribuire a ridurre, se non a risolvere, la sintomatologia somatica. Questo risultato può essere interpretato considerando non solo l'efficacia di tali trattamenti sulla psicopatologia di base, ma anche esaminando l'azione diretta di alcune molecole (specialmente antidepressivi) a livello gastrointestinale.

Partendo da tali presupposti, scopo del nostro studio è quello di valutare, in un campione di soggetti affetti dalle suddette patologie a carico dell'apparato intestinale, la presenza o meno di patologie psichiatriche di Asse I e di sintomi sottosoglia eventualmente associati a tali quadri clinici e di analizzare, a distanza di tempo, l'efficacia di una molecola ad attività antidepressiva (Escitalopram) su tale sintomatologia, valutandone inoltre gli effetti sulla qualità della vita di tali pazienti.

Per perseguire tale scopo selezioniamo un campione fra tutti i pazienti affluenti al servizio ambulatoriale di Endoscopia Digestiva, Sezione di Chirurgia, dell'Università di Siena a partire dal mese di Gennaio 2004. I pazienti saranno affetti da una di queste patologie: Rettocolite Ulcerosa, Morbo di Crohn e Sindrome del Colon Irritabile.

La valutazione testistica si articola in due tempi: inizialmente (T0) somministrazione di scale di valutazione riguardanti gli indici di gravità della patologia gastroenterica presente (IBSSSS, CDAI, CAI), la presenza o meno di evidenti patologie psichiatriche in comorbidità (MINI) e di sintomi sottosoglia (SCI-OBS, SCI-MOOD, SCI-PAS), la quantificazione dei livelli di ansia e depressione (HAM-A, HAM-D) e la qualità della vita di tali pazienti (Q-LES-Q). Viene inoltre somministrato Escitalopram ad un dosaggio di 10 mg/die. Successivamente (T1), dopo 3 mesi dalla prima visita, i pazienti saranno sottoposti ad una visita di controllo e ad una rivalutazione testistica allo scopo di rilevare le eventuali modificazioni dell'intero quadro sintomatologico in base alla risposta al trattamento farmacologico.

I risultati preliminari ottenuti dalla somministrazione dei questionari al T0 indicano come

all'aumentare del punteggio ottenuto tramite gli indici di gravità della malattia fisica aumenti proporzionalmente il punteggio relativo alle scale HAM-A e HAM-D. Tale proporzionalità è ugualmente presente qualora si prenda in esame la relazione tra i suddetti indici e i punteggi ottenuti tramite la somministrazione della Q-LES-Q. I punteggi relativi ai questionari di spettro non sembrano invece essere correlati con gli indici di gravità di malattia, fatta eccezione per lo spettro dell'umore, il cui punteggio aumenta proporzionalmente a quello di tali indici. Dopo 3 mesi di trattamento con Escitalopram (10 mg/die) si è assistito ad un significativo decremento dei valori relativi a tutte le scale di valutazione somministrate riguardanti sia la sintomatologia psichiatrica che quella gastroenterica.

Tali risultati preliminari sembrerebbero confermare la stretta correlazione fra psichico e somatico e come sintomi psichici e somatici si influenzino reciprocamente contribuendo insieme ad aumentare la gravità complessiva del quadro clinico ed il peggioramento della qualità della vita dei pazienti. La relazione esistente fra aspetti non sempre manifesti riguardanti i sintomi appartenenti allo Spettro dell'Umore e la gravità degli indici di malattia fisica denota la necessità di approfondire sempre l'analisi psicopatologica in questo tipo di pazienti e potrebbe in parte giustificare l'efficacia di un trattamento psicofarmacologico con antidepressivi. L'efficacia dell'antidepressivo dovrebbe però essere valutata analizzando i possibili effetti dell'Escitalopram a livello della motilità intestinale; è infatti possibile che alcune molecole dotate di azione antidepressiva possano inoltre agire da regolatori della motilità intestinale, quando alterata. In definitiva, in alcuni casi nei quali la complessità del quadro clinico non risulta essere giustificabile esclusivamente dalle alterazioni organiche dimostrabili, si dovrebbe sempre supporre la presenza di aspetti psicopatologici sfumati che renderebbero però ragione della sintomatologia e del peggioramento della qualità della vita dei pazienti portatori di queste malattie intestinali. In questi casi potrebbe essere presa in considerazione la necessità di un trattamento psicofarmacologico, specialmente in presenza di una refrattarietà (totale o parziale) ai trattamenti convenzionali per tali disturbi, andando a selezionare quelle molecole con provata azione anche a livello intestinale. Quest'ultima considerazione apre anche la strada ad ulteriori studi che indaghino l'efficacia degli psicofarmaci non più solo a livello del Sistema Nervoso Centrale, ma anche a livello di tutti gli organi "periferici". Troppo spesso infatti esiste l'impressione clinica che tali molecole non possiedano un'azione esclusiva a livello cerebrale ma che possano influenzare (positivamente o negativamente) qualsiasi altro distretto corporeo. Questa impressione raramente è supportata da dati certi sui meccanismi fisiopatologici con cui ciò avvenga. Tutto ciò è importante che avvenga nell'ottica del superamento del concetto ormai anacronistico che pone la "mente" ed il "corpo" come due entità separate, nel riproporre una dignità al paziente come persona in una visione unitaria e globale.

RAPPORTI CON I MEDICI DI BASE: CONSULENZA ED ORGANIZZAZIONE DI CORSI DI AGGIORNAMENTO

Pietro M. Martellucci
U.F. Salute Mentale Adulti
Azienda USL 7-Siena

Questo contributo intende focalizzare le attività formative di senso psicosomatico che sono attualmente in corso in Toscana con riferimento ad alcuni percorsi in area senese e fiorentina, particolarmente presenti nell'esperienza di chi scrive.

Opportuno ricordare come l'**Istituto di Formazione Psicosomatica di Firenze** compia quest'anno 20 anni di attività.

Ordinatore ed organizzatore di attività formative in psicosomatica, nasce dalla **SIMP Toscana** il 9 marzo 1984 e si costruisce intorno ad un gruppo professionale di orientamento psicodinamico e psicoanalitico, nel quale si avverte l'opportunità di trasmettere un patrimonio di conoscenze e di esperienze sostenute da un sistema forte di valori specifici propri della cultura psicosomatica.

Percorsi formativi sono stati attivati in collaborazione con associazioni mediche, in particolare con la SIMG e la FIMMG, gli Ordini dei Medici della **Regione Toscana** e gli Uffici Formazione di alcune **Aziende USL**, per committenza diretta all'Istituto e/o come attività dei singoli componenti.

Parallelamente a queste attività, vari percorsi formativi sono in atto, volti a promuovere una implementazione di competenze specifiche di senso psicosomatico.

Ne riportiamo alcuni di particolare significato per fondamento epistemologico e per continuità:

- A. Corsi di **formazione alla relazione medico-paziente**, rivolti a Medici di Medicina Generale (MMG), come progetto attuativo del programma regionale di formazione per i MMG della Regione Toscana, in corso d'opera con l'Az. USL 7 di Siena e l'Az. USL 8 di Arezzo.

Di particolare rilievo il ruolo assunto dalla Regione Toscana nel recepire il tema della relazione medico-paziente come prioritario, D.G.R. 851/2002, l'U.O.C. **Promozione culturale e programmazione interventi formativi** ha individuato 6 Aziende capofila, all'interno delle aree vaste fiorentina, pisana e senese, destinandovi finanziamenti adeguati.

Prende così avvio il primo **corso master** rivolto agli animatori di Medicina Generale, al quale seguirà un 2° corso "avanzato" nel prossimo anno 2005.

- B. Percorsi formativi di **Gruppi Balint**, inizialmente sostenuti da sponsor privati, in seguito assunti direttamente dagli Uffici Formazione di Aziende USL. È quanto ha fatto ad esempi dall'Az. USL 11 di Empoli.

Le finalità che provengono dalla Az. USL stabiliscono che al termine del corso il MMG debba:

- Essere in grado migliorare la consapevolezza, durante il rapporto di cura, delle emozioni proprie e del paziente;
- Essere in grado di porre maggiore attenzione alle esigenze psicologiche del paziente;
- Diminuire i "costi" della relazione di cura;
- Favorire la comprensione empatica del paziente e la capacità di ascolto;

- Prevenire lo stress lavorativo.

C. Seminari sulla **relazione medico-paziente e counselling**, nei *Corsi di perfezionamento in Medicina Generale*, presso la SIMG Toscana, sede di Firenze.

Le finalità sono quelle di acquisire competenze di *counselling*, con particolare attenzione all'ascolto del paziente, alla chiarificazione della domanda ed ai fenomeni empatici che, soprattutto nei giovani medici, esigono una comprensione profonda, al fine di ridurre quei contro-atteggiamenti dell'gire professionale del medico, e che costituiscono importanti interferenze nella conduzione dei processi diagnostici, terapeutici e assistenziali.

Tanto più rilevante la necessità di una formazione alla relazione, laddove la presenza del medico come *counsellor* è orientata a promuovere, essenzialmente, il *self-empowerment* del paziente.

D. Corsi opzionali sulla **relazione medico-paziente** rivolti a studenti di medicina - 4°, 5° e 6° anno, presso l'Università degli Studi di Siena.

La finalità di questi corsi opzionali è quella di approfondire l'esperienza degli studenti tirocinanti dei vari reparti, a partire dalle osservazioni e dalle riflessioni personali, intorno alla fenomenologia ed alla pratica clinica di loro osservazione.

Obiettivo specifico è quello di promuovere la comprensione dei fattori psicologici ed emotivi che caratterizzano la relazione medico – paziente e che ne determinano la profondità e l'efficacia.

Gli incontri di 2 ore ciascuno aperti a gruppi di studenti composti da un massimo di 12 partecipanti, avvengono all'interno di una delle abituali aule di lezione. Sono previste introduzioni teoriche e la partecipazione attiva a *role-playing*, ad esperienze guidate di comunicazione non verbale, a Gruppi alla Balint.

E. Triennale il lavoro di **counselling e di valutazione psicodiagnostica** dei pazienti inviati dai MMG appartenenti all'area senese della Az. USL 7, all'Unità Funzionale Salute Mentale Adulti, da intendersi come un'attività di *liaison* permanente, in attesa di formulazioni future più strutturate.

Tale situazione si configura come un'opportunità autenticamente formativa, all'interno di un modello psicosomatico di operare: interdisciplinare, interprofessionale, di rete, all'interno della comunità.

Il modello della formazione che è venuto ad affermarsi, sembra concentrarsi prevalentemente su alcuni fattori chiave:

- La relazione medico-paziente collocata decisamente all'interno della epistemologia psicosomatica;
- L'approccio clinico che pone il suo cardine nella relazione medico-paziente;
- La metodologia formativa che si avvale delle esperienze sia personali sia professionali del medico e/o del futuro medico che attengono la pratica clinica. Vengono opportunamente ricondotte al lavoro formativo del *role-playing*, della metodica balintiana; può aprirsi all'esperienza dei gruppi di rilassamento, e/o di gruppi che si polarizzano sull'analisi del contesto e sulla famiglia del paziente.

Considerazioni

Fare il MMG prevede un coinvolgimento molto particolare nella relazione con i propri pazienti. Basta pensare al dispiegarsi della relazione nel tempo della vita, del paziente e della propria. “Anche se lo incontri una volta all'anno rimane sempre il tuo paziente”, dichiarava un medico all'interno di un Gruppo Balint.

A prescindere dai contesti nei quali l'incontro avviene: nell'abitazione del paziente,

nell'ambulatorio, oppure in una varietà di ambienti informali, rimane che sempre è il tuo medico - sempre il tuo paziente. Questa condizione dà luogo ad uno stato naturale di personalizzazione, nella quale prendono consistenza emozioni, aspettative e desideri reciproci. Il MMG ne viene direttamente coinvolto e nell'agire professionale sembra assumere importanza una semeiotica del "sentire", ovvero di che *cosa senta veramente* quando tocca il corpo del paziente, del perché, nei suoi processi decisionali, sia talvolta sospeso e dubbioso tra il capire ed il comprendere. Sovente i principali strumenti diagnostici e terapeutici, sembrano consistere nella capacità di vedere e di ascoltare intensamente, di entrare in **con-tatto**, insomma di attribuire una rilevanza di senso clinico, propriamente, ai sensi del medico nel contesto della relazione.

LA DIMENSIONE RELAZIONALE NELLE PSICOSOMATOSI ATTRAVERSO L'ESPERIENZA DEI GRUPPI BALINT

Fausto Agresta^a

La formazione nel Gruppo Balint ha trovato largo spazio con i medici generalisti e di famiglia. La formazione si è estesa a tutte le professioni d'aiuto. Abbiamo due tipi di gruppi: "monosintomatici" e "plurisintomatici", rispettivamente, se i partecipanti appartengono ad una o più categorie di professionisti. Ribadendo che il G.B. non è una supervisione, né una psicoterapia, riportiamo qui le esperienze di psicologi e medici che presentano casi di disturbi funzionali e/o di malattie psicosomatiche. La formazione psicologica del medico o di qualsiasi altro operatore socio – sanitario significa addestramento alla relazione col paziente. Una relazione col paziente comporta un uso consapevole dei propri mezzi, vale a dire della propria persona, di se stesso. In ogni caso significa imparare a gestire meglio una relazione e a rischiare di meno rispetto al proprio coinvolgimento emotivo. Balint raccomandava di ascoltare l'uomo globale, la persona inserita nel suo ambiente, e quindi la sua individualità unica e irripetibile. Mettendo l'analista al centro del campo di osservazione, Balint ne fa il centro dell'universo: una rivoluzione copernicana. Alla fine, egli si rende conto e non ha paura di dirlo, che l'analista, al di là delle regole e dell'interpretazione, deve fare i conti con la sua personalità che gioca un ruolo essenziale nello svolgimento e nella fine del trattamento. Ferenczi affermava che "la personalità del medico esercita spesso più effetti sul malato che il farmaco prescritto". Balint, nella sua più nota frase: "Qual è il farmaco che il medico prescrive più frequentemente? Se stesso", discuteva con il suo analista dei problemi della medicina praticata giornalmente con i malati.

Il medico, quando sta con il paziente, prova delle emozioni, ed ogni emozione che egli registra nella sua mente e nel suo cuore, diremmo nel suo proprio corpo, deve essere considerata "nella prospettiva del sintomo" della malattia. Così, Balint ha introdotto in questa esperienza della medicina, del medico pratico, un metodo che mette in gioco l'inconscio dei due "contendenti", con lo scopo di comprendere che cosa passa nella comunicazione reciproca, cioè quella della domanda (il sintomo) e quella della risposta (breve, "dieci minuti per il paziente", o una psicoterapia più specifica: verbale, rilassamento, ecc.). Balint ha tracciato un'area intermedia che è quella della formazione psicologica del medico e dell'operatore sanitario, la relazione che implica una parziale, ma sostanziale, modificazione del carattere del medico. "Nel gruppo è dato sperimentare una cosa unica: riflettere su un'esperienza mentre la si vive" (Di Donato, 2000). A questo punto mi sembra necessario focalizzare la finalità del metodo Balint che si concretizza nello studio del controtransfert manifesto, evidente, del medico, dello psicoterapeuta così come appare agli altri componenti del gruppo nel momento in cui egli racconta la sua esperienza. Lo studio riguarda, appunto, il modo in cui egli utilizza se stesso, la sua personalità, la sua tecnica, le sue risposte automatiche. Presenterò alcune

^a Psicologo e Psicoterapeuta, Docente di Psicologia Generale all'Università di L'Aquila, insegna Psicosomatica nella Facoltà di Scienze della Formazione, nel Corso di Laurea di Scienze Psicologiche Applicate. Docente Collaboratore di Psicosomatica e Psicoterapia Analitica di gruppo, Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Psicoanalitica IREP, Roma (Direttore: Prof. E. Gilliéron). Presidente dell'Associazione Italiana Prospettive in Psicologia e Direttore Responsabile della Rivista omonima che organizza Convegni e Seminari (con ECM), Coordinatore della SIMP Pescara e Responsabile SIMP Nazionale, Area Psicologi. Analista Formatore, Conduttore di gruppi e supervisore. Ha pubblicato più di 90 lavori e più di dieci libri. Gli ultimi due libri sono: (1997) "Malattie Psicosomatiche e Psicoterapia Analitica (Individuale, Coppia, Famiglia, Gruppo)", e (2002) "Problemi di Psicologia Generale e Clinica", entrambi editi da N. Prospettive in Psicologia, Pescara.

Indirizzo: Fausto Agresta, via Bologna, 35 – 65121 Pescara;

e-mail: fagresta@hotmail.com

riflessioni sull'esperienza di diversi anni, prima come partecipante, poi come conduttore di G.B. Nelle situazioni senza prescrizione farmacologica, queste situazioni mettono in evidenza proprio il ruolo "asettico" della relazione, del significato della malattia: attenzione, amore, simpatia. Quando una malattia è vissuta per anni solo con cure esclusivamente farmacologiche, per atteggiamenti "organicistici" di medici che ripropongono la divisione mente – corpo negando la visione olistica della persona- la scissione mente – corpo viene ricomposta nella dinamica del Balint. I membri del gruppo rappresentano gli "organi" del corpo scisso e il conduttore riconduce il lavoro gruppale ad una visione unitaria del corpo gruppo "spezzettato". Nel G.B. i casi di psicosomatica affrontati con una psicoterapia verbale e/o corporea costituiscono la maggioranza clinica di ogni medico e – aggiungo io – di molti psicologi-psicoterapeuti. Nella mia relazione, Modelli psicoterapeutici in psicosomatica, presentata al XVII Congresso Nazionale della SIMP, a Siena (1999), ho parlato di inadeguatezza di altri modelli di intervento basati su visioni unilaterali dell'uomo. Nei G.B. propongo il mio modello dinamico-psicosomatico, nel senso di una epistemologia della complessità, soprattutto nella ricerca relativa alla mente-cervello, alla psiche-soma (Neri, 1998). La parte relativa ai G.B. rispecchia la situazione di gruppo in cui si vanifica ogni eventuale visione solo psichica (o solo corporea) del paziente. La comunicazione avviene a cinque livelli: livello verbale, non verbale (infra), somatico (corporeo), analogico, metaforico, simbolico, e onirico. I partecipanti, seguendo un approccio globale e a più livelli, hanno la possibilità di saltare da un livello a un altro, sia dal punto di vista dell'ascolto, sia dal punto di vista dell'interpretazione, sia delle tecniche usate o proposte. Il messaggio dello psicosomatico, come da più parti riconosciuto, è il vettore più immediato: il corpo che soffre, che parla un linguaggio di sofferenza, è quello che langue da molto tempo. È un corpo che è stato oggetto di infinite cure senza risultati concreti. Ricordiamo le patologie gravi, per es. rettocolite ulcerosa, le anoressie e bulimie, in cui il corpo è evidentemente coinvolto e "realmente" diviso fra più "contendenti", spesso senza collaborazione. Esempio. Uno psicologo, con un invio di una anoressica di 15 anni da parte di un medico, non collaborava con l'inviante medico. All'inizio del G.B., lo psicoterapeuta pensava di fare tutto "da solo", ma ci stava male, come pure la paziente, la famiglia che chiedeva, e il medico che telefonava invano. Alla fine del Balint (partecipazione per 6 mesi) lo psicoterapeuta aveva modificato il suo atteggiamento, riproponendo dopo sei mesi lo stesso caso. Aveva diluito la "sua" responsabilità (modificazione di sé) con i colleghi. Un altro psicoterapeuta trattava la coppia ristrutturando il "corpo" dell'anoressica destinata ad essere trattata, prima "solo" con le parole, senza che "il corpo – sintomo - famiglia" venisse coinvolto (madre bulimica, padre asmatico). Altre esperienze fanno parte della Formazione che l'Autore propone da molti anni con vari operatori e studenti dell'Università dell'Aquila, dove insegna Psicosomatica. Tutte le attività collaterali vengono proposte nei Convegni e nei Seminari in collaborazione l'Associazione Italiana N. Prospettive in Psicologia (di cui è Presidente e provider) e con l'Ass.I.R. (Gruppo Dott. R. Di Donato).

BIBLIOGRAFIA

1. A.A.V.V., *La Formazione: M. Balint, l'uomo, lo psicoanalista, il formatore*. Atti del XIV Congresso Nazionale SIMP, Firenze, 1993. (Contributi di: A. Ferrari, M. Sapir, P. Sommaruga, A. Bigi, R. Gaddini, G. Turrini, P. Parietti (!), U. Pozzi, A. Minervino), Atti del Congresso Atti XIV Congresso Nazionale SIMP, (a cura di E. Panconesi, A. Pazzagli, M. Rosselli), "La Medicina Psicosomatica Oggi:dall'Epistemologia alla Clinica": Fisioray, Firenze, 1994.
2. A.A.V.V., *Convegno Nazionale Mente corpo* (a cura di R. Di Donato, F. Agresta, G. Bontempo, R. Filippini, R. Croce), *Atti del Convegno 2002 e 2003*, Francavilla a mare (CH),

- Organizzazione ECM a cura di: Fausto Agresta, Associazione Italiana N. Prospettive in Psicologia, Pescara, *Anni: 2002/ 2003: Volumi 1 e 2*.
3. Agresta F., *La Formazione dello Psicologo in Ematologia: ruolo e professionalità*, Il Ruolo Terapeutico, n. 32, Milano; (ampliato) e pubblicato anche su: Medicina Psicosomatica, SEU, n. 2, Roma, 1983.
 4. Agresta F. et al., *Il primo Balint*, Prospettive in Psicologia, Anno V, n. 3, Pescara, settembre 1989.
 5. Agresta F., *Intervista a Michel Sapir*, Introduzione, in Malattie Psicosomatiche e Psicoterapia Analitica, (Pres. E. Gilliéron), N. Prospettive in Psicologia, Pescara, 1997.
 6. Agresta F., *Problemi di Psicologia Generale e Clinica*, N. Prospettive in Psicologia, Pescara, 2002.
 7. Agresta F., *I Gruppi Balint nella formazione dell'operatore sociosanitario*, Atti del Convegno Assir e N. Prospettive in Psicologia, (a cura di P. Ciritella), Assir, Sez. Foggia, 27 settembre 2003.
 8. Agresta F., *L'Esperienza dei Gruppi Balint nella formazione dell'operatore sociosanitario*, Seminario sulla Formazione psicologica degli operatori sociosanitari, Convegno Associaz. Down, AIPD in coll. Assir, Atti AIPD, Campobasso, 25 ottobre, 2003.
 9. Balint M. e Balint E. (1939), *On Transference and Countertransference*, in Primary Love and Psycho-Analytic Technique, Tavistock, London, 1965.
 10. Balint M., *Medico, paziente, malattia*, Feltrinelli, Milano, 1961.
 11. Balint M. e Balint E., *Tecniche psicoterapeutiche in medicina*, Einaudi, Torino, 1971.
 12. Balint M., Luban-Plozza B., Editorial. *L'approche du malade*, Med. Hyg., 27, 121, 1969.
 13. Balint E., *L'Elaboration des idées de M. Balint sur le remède médecin*, Bulletin Société Médicale Balint, 14, 1975.
 14. Courtine J.J., Haroche C., *Un'archeologia del silenzio*, in Abate Dinouart (1771) L'arte di tacere, Sellerio editore, Palermo, 1991.
 15. Di Donato R., Natarella C., *La formazione psicologica del medico secondo il metodo Balint*, Prospettive in Psicologia, Anni II, N. 4, Pescara, Gennaio 1986.
 16. Di Donato R., *La Formazione attraverso i Gruppi Balint*, in Appunti di dotta ignoranza, Lavoro non pubblicato, Pescara, 2000.
 17. Di Donato R., *Dal corpo alla psicoterapia analitica breve*, N. Prospettive in Psicologia, Anno X, n.1, maggio 2002.
 18. Di Donato I., *La via del contatto: l'esperienza di una nuova terapia corporea*, N. Prospettive in Psicologia, Anno IX, n. 2, novembre 2001.
 19. Di Marzio E., Franchi B., Massacesi F., (a cura di F. Agresta e K. Rohr), *Il primo Balint con un allievo di M. Balint (K. Rohr)*, N. Prospettive in Psicologia, Anno X, n.1, (Fasc. 27), Pescara, maggio 2002.
 20. Ferenczi S., *Diario Clinico, Gennaio-Ottobre 1932*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1988.
 21. Ferenczi S., *Opere, Vol. primo 1908-1912*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1989.
 22. Ferrari A., *La Formazione dei Formatori è "im"possibile*, Atti Congresso Naz. SIMP, Parma (a cura di A. Minervino): Supplem. Riv. It. Psicoterapia § Psicosomatica, n. 1, Cremona, 1998.
 23. Gilliéron E., *I disturbi di personalità e la psicoterapia analitica breve*, Intervista (a cura di F. Agresta), N. Prospettive in Psicologia, Anno X, n. 2 (Fasc. n.28), Pescara, novembre 2002.
 24. Gilliéron E., *Groupe Balint et thérapie familiale*, in A. A. V. V., L'expérience balint: histoire et actualité, Dunod, Paris, 1982.
 25. Glover E., *La Tecnica della psicoanalisi*, Astrolabio, Roma, 1971.
 26. Haynal A., *Freud, Ferenczi, Balint e la questione della tecnica. Controversie in Psicoanalisi*, Centro Scientifico Torinese, Torino, 1990.

27. Le Flohic B., *Le médecin, la maladie et le groupe Balint*, Le Quatre Temps, n.7, Biviers, maggio 2003.
28. Luban-Plozza B., *Il medico come medicina*, Piccin Editore, Padova, 1983.
29. Luban-Plozza B., Di Donato R., Pozzi U., et alii, *I Gruppi Balint*, Piccin Editore, Padova, 1986.
30. Luban-Plozza B., Pozzi U., Pozzi A., *Il malato depresso, il medico e il Gruppo Balint*, Prospettive in Psicologia, Anno III, n.1, gennaio 1987.
31. Minervino A. et alii, *I Gruppi Balint nella formazione psicologica degli infermieri*, Rivista di Neuropsichiatria e Scienze affini, Vol. XXXI, n.2, Casa Ed. Maccari, Parma, aprile/giugno, 1985.
32. Minervino A., *Un Gruppo Balint per pediatri*, Il Ruolo Terapeutico, n. 52, pagg. 58 – 6°, Milano, 1989.
33. Minervino A., *Le parole del medico*, Il Ruolo Terapeutico, pagg. 41 – 42, 1992.
34. Minervino A., *Un nuovo scenario per gli attori della salute: Il Gruppo Monte Verità* (B. Luban-Plozza), in Atti del XVI Congresso Nazionale della SIMP (a cura di A. Minervino), cit., Parma, 1997.
35. Missenard A., Balint M., Gelly R. et al., *L'expérience Balint: histoire et actualité*, Dunod, Paris, 1982.
36. Rohr K., *I Gruppi Balint*, Intervista a cura di Fausto Agresta e di A. Minervino, Prospettive in Psicologia, n. 3, settembre 1986.
37. Rohr K., *Riflessioni sul lavoro di un gruppo Balint*, Prospettive in Psicologia, Anno IV, n. 2, maggio 1988.
38. Rohr K., *La psicoterapia nella pratica non psichiatrica con particolare riferimento ai Gruppi Balint*, Anno IV, n. 3, settembre 1988.
39. Rohr K., *I Gruppi Balint in Svizzera*, Prospettive in Psicologia, Anno V, n. 2, maggio 1989.
40. Rohr K., *Perché m'impegno nei Gruppi Balint*, N. Prospettive in Psicologia, Anno IX, n.1, maggio 2001.
41. Rusconi S., *La formazione al rapporto interpersonale*, Il Ruolo Terapeutico, n.27, Milano, gennaio 1981.
42. Sapir M., *Il Rilassamento analitico*, Astrolabio, Roma, 1980.
43. Sapir M., *Il Rilassamento analitico e il Gruppo Balint*, Intervista (a cura di F. Agresta), Prospettive in Psicologia, Anno 3, n. 2, settembre 1987.
44. Sapir M., *Incontro con M. Balint*, Atti XIV Congresso Nazionale SIMP, (a cura di: E. Panconesi, A. Pazzagli, M. Rosselli), "La Medicina Psicosomatica oggi: dall'Epistemologia alla Clinica".
45. Trenkel A. (1995), *L'esprit Balint' dans le changement de décor*, Le Quatre Temps, Biviers (France), N. Prospettive in Psicologia, (trad. ital.: Ilaria Di Donato), n. 1, maggio 2003, (in pubblicazione).

(1) nota: P. Parietti, negli Atti del XIV Congresso Nazionale SIMP, Firenze, 1993 (Simposio su Balint) scrive che il primo analista di Balint, a Berlino, fu Sandor Rado, lo stesso di Alice, sua compagna di scuola e sua prima moglie. Alice è morta a Manchester, nel 1939, dove entrambi erano appena arrivati come emigrati.

Indice Autori

Agresta F.	91; 117	Gradi M.	57
Bagnato G.F.	67	Grasso F.	9
Biagi B.	57	Guedeney A.	9
Biasi G.	57	Hardoy M.C.	61
Bonifazi M.	57	Mannu F.	61
Bontempo G.	91	Marcolongo R.	57
Caliri A.	67	Martellucci P.M.	113
Carli G.	57	Martinucci M.	111
Carta M.G.	61	Mentré F.	9
Castrogiovanni A.	111	Natarella C.	103
Castrogiovanni P.	111	Orsucci P.	25
Cavallini S.	9	Pellegrino F.	25
Celesti A.	9	Porcelli P.	33
Cerruti M.	59	Reda M.A.	4
Ciritella P.	97	Rendo C.A.	57
Colombini N.	37	Rigatelli M.	37; 45
Contini G.	91	Rosselli M.	59
Croce R.	91	Rossi S.	111
De Capua A.	111	Rotondo A.M.	91
De Filippis L.	67	Santomauro T.	111
Delle Chiaie R.	4	Sermoni A.	91
Di Donato I.	103	Sirri L.	5
Di Rosa A.E.	67	Spampinato A.	67
Fabbri S.	5	Suman A.	87
Fava G.A.	5	Suman A.L.	57
Ferrari S.	45	Todarello O.	79
Filippini R.	91	Vernillo R.	111
Garofalo A.	61	Vitetta L.	67
Goracci A.	111		

SOMMARIO

PRESENTAZIONE	3
INTRODUZIONE.....	5
<i>L'IMPORTANZA CLINICA DELLA MEDICINA PSICOSOMATICA</i>	
Giovanni A. Fava, Stefania Fabbri e Laura Sirri	5
SEZIONE 1	
LE AREE DI INDAGINE DELLA PSICOSOMATICA: AMBITI CLASSICI E NUOVI FILONI EMERGENTI	7
<i>CORRELAZIONI TRA ATTACCAMENTO, TEMPERAMENTO, ANSIETÀ DI SEPARAZIONE E PATOLOGIA SOMATICA IN BAMBINI INSERITI PER LA PRIMA VOLTA AL NIDO- Dati Preliminari della Fase Italiana della Ricerca</i>	
Grasso F., Cavallini S., Celesti A., Mentré F., Guedeney, A.	9
<i>STRESS LAVORATIVO E MALATTIA PROFESSIONALE: COME GESTIRE LE RISORSE UMANE</i>	
Ferdinando Pellegrino, Patrizia Orsucci	25
SEZIONE 2	
NUOVE TENDENZE IN PSICOSOMATICA: RIGORE METODOLOGICO ED ATTENDIBILITÀ DELL'ASSESSMENT	31
<i>DIAGNOSTIC CRITERIA FOR PSYCHOSOMATIC RESEARCH (DCPR) ED ESITO TERAPEUTICO NEI DISTURBI FUNZIONALI GASTROINTESTINALI</i>	
Piero Porcelli	33
<i>IL RICONOSCIMENTO ED IL TRATTAMENTO DELLA DEPRESSIONE NEL PAZIENTE CARDIOPATICO DA PARTE DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE</i>	
Niccolò Colombini, Marco Rigatelli	37
<i>DIAGNOSI MEDICA, PSICHIATRICA E PSICOSOMATICA: ALTI UTILIZZATORI IN UN AMBULATORIO DI MEDICINA GENERALE</i>	
Silvia Ferrari, Marco Rigatelli	45
SEZIONE 3	
LA CLINICA NELLA PSICOSOMATICA CONTEMPORANEA: AREE DI RICERCA IN CORSO.....	55
<i>MODELLO DI TRATTAMENTO MULTIDISCIPLINARE NON FARMACOLOGICO DEL DOLORE CRONICO MUSCOLO SCHELETRICO</i>	
Suman A.L., Biagi B., Biasi G., Bonifazi M., Gradi M., Marcolongo R., Rendo C.A., Carli G.	57
<i>ASPETTI PSICOSOCIALI DELLA STOMATOPIROSI O SINDROME DELLA BOCCA URENTE</i>	
Cerruti M., Rosselli M.	59
<i>AUTOIMMUNITÀ TIROIDEA, DISTURBI DELL'UMORE E STRESS: UN CAMPO DI RICERCA IN EVOLUZIONE</i>	
Mauro G. Carta, Alessandra Garofalo, Francesca Mannu, Maria Carolina Hardoy.....	61
<i>PATOLOGIA REUMATICA IN CORRELAZIONE A DISTURBI PSICHIATRICI, SESSUALITÀ E QUALITÀ DELLA VITA: ANALISI DI UN CAMPIONE AFFETTO DA OSTEOARTROSI</i>	
Vitetta L., De Filippis L., Caliri A., Spampinato A., Di Rosa A.E., Bagnato G.F.....	67

SEZIONE 4

ASPETTI PSICOGENETICI IN PSICOSOMATICA ED

INTERVENTI OLISTICI 77

ALESSITIMIA E SINTOMI NEGATIVI DELLA SCHIZOFRENIA

Orlando Todarello 79

I GRUPPI BALINT NELLA MEDICINA DI BASE

Antonio Suman 87

IL CORPO E I DISTURBI DELLA PERSONALITÀ

Fausto Agresta, Gianfranco Contini, Giuseppe Bontempo, Raffaele Croce, Roberto Filippini,
Anna Maria Rotondo, Angela Sermoni 91

IL CORPO DOLORE IN UN CENTRO DI TERAPIA DEL DOLORE

Pierluigi Ciritella 97

IL CORPO: PIACERE E DOLORE NEL RILASSAMENTO ANALITICO

Ilaria Di Donato e Cecilia Natarella 103

SEZIONE 5

TAVOLA ROTONDA: IL FUTURO DELLA RICERCA PSICOSOMATICA IN

ITALIA -UPDATE DEI GRUPPI SULLE ATTIVITÀ IN CORSO..... 109

MALATTIE INFIAMMATORIE CRONICHE E SINDROME DEL COLON IRRITABILE:

QUALITÀ DELLA VITA, PRESENZA DI SINTOMI ANSIOSO-DEPRESSIVI E DEI SINTOMI SOTTOSOGLIA EVENTUALMENTE ASSOCIATI ED EFFICACIA DI UN TRATTAMENTO FARMACOLOGICO CON ESCITALOPRAM

Castrogiovanni P., Goracci A., Castrogiovanni A., De Capua A.,
Martinucci M., Rossi S., Santomauro T., Vernillo R. 111

RAPPORTI CON I MEDICI DI BASE: CONSULENZA ED ORGANIZZAZIONE DI CORSI DI AGGIORNAMENTO

Pietro M. Martellucci 113

LA DIMENSIONE RELAZIONALE NELLE PSICOSOMATOSI ATTRAVERSO

L'ESPERIENZA DEI GRUPPI BALINT

Fausto Agresta 117

Indice Autori..... 121

SOMMARIO 123