



INTERVISTA A MASSIMO BIONDI

Professore Ordinario di Psichiatria e Direttore del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica
Università "La Sapienza" Roma

“LA MEDICINA PSICOSOMATICA OGGI: RICERCHE E TERAPIE APPROPRIATE”

a cura di FAUSTO AGRESTA

Nato nel 1952 a Milano, è Professore ordinario di psichiatria, presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", dove svolge attività didattica, di ricerca e di assistenza presso l'Azienda Policlinico Umberto I. E' stato per vari anni professore presso l'Università de L'Aquila, l'Università Cattolica di Roma e infine presso l'Università di Siena. Ha pubblicato 17 libri. Ricordiamo i suoi studi sul sistema immunitario, che già avevano preso corpo, nel 1976 e - sulla Rivista "Medicina Psicosomatica", organo ufficiale della SIMP (Società Italiana di Medicina Psicosomatica) fondata e diretta da F. Antonelli - con una piccola rassegna dal titolo: "Stress, sistema nervoso centrale e sistema immunitario", che riassumeva, per i lettori italiani, le ricerche pubblicate su alcune riviste sovietiche. Nel 1979, aveva pubblicato nella collana "la goliardica editrice", insieme col Prof. P. Pancheri, un interessante volume "Psicologia e Psicosomatica dei tumori", uno dei pochi testi in Italia in cui venivano analizzati criticamente i più importanti problemi legati alla psicologia e alla psicosomatica dei tumori, benigni e maligni. tra cui "Stress e schizofrenia" (1986), "Aggiornamenti in medicina psicosomatica" (1988), "La psicosomatica nella pratica clinica" (1992), "La mente selvaggia - Un saggio sulla normalità nei comportamenti umani" (1996), "Mente, cervello e sistema immunitario" (1997); ancora con P. Pancheri "Stress, emozioni e cancro" (1981), "Markers biologici in psichiatria" (1987), "Terapia della schizofrenia" (1991), "Il delirio" (1994) "L'apatia" (1995) e "La coscienza e i suoi disturbi", (1996); con A. Costantini e L. Grassi "La mente e il cancro", (1995), "Psicologia e tumori : una guida per reagire" (1998), "Manuale pratico di psiconcologia" (in stampa). Ha pubblicato oltre 260 articoli scientifici molti dei quali listati nelle principali banche dati biomediche mondiali (60 di questi su riviste internazionali listati in MEDLINE, con Impact Factor di 70) e capitoli per volumi di Academic Press, John Wiley, Oxford University Press, Karger, Raven Press, Plenum, Elsevier, University of Minnesota Press, Hemisphere, CRC Press e diverse case italiane (tra cui Il Pensiero Scientifico, Masson, Mondadori, Enciclopedia Treccani, UTET) . Si è occupato di psicopatologia e terapia dei disturbi d'ansia, depressivi e dell'umore, psicotici e somatoformi, sia nel settore della psicofarmacoterapia che di trattamenti non farmacologici (in particolare psicoterapia cognitiva e breve), di ricerca sugli aspetti psicologici e biologici dello stress nell'uomo (in particolare di psiconeuroendocrinologia e psiconeuroimmunologia), e sui fattori psicosociali di rischio per le malattie e di misura di essi, di informatica in psichiatria. Ha partecipato come segretario scientifico ad 8 Consensus Conference e Linee guida di psichiatri italiani sul trattamento dei principali disturbi psichiatrici e sul consenso al trattamento in psichiatria. Ha partecipato come relatore in circa 300 congressi, sia nazionali e internazionali ed ha organizzato circa 30 convegni. Ha tenuto lezioni, corsi e seminari presso varie Università e sedi, pubbliche e private. Insegna in diverse scuole di formazione post-universitaria e di perfezionamento.

In campo scientifico editoriale è Direttore della rivista Medicina Psicosomatica (Società Editrice Universo, Roma), organo ufficiale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, Direttore scientifico di Rivista di Psichiatria edita da Il Pensiero Scientifico, Roma, membro dell' Editorial Board della rivista Psychotherapy and Psychosomatics (Karger, Basel), rivista con il più alto Impact Factor (3.7 nel 2000) a

livello mondiale nella specifica area della psicoterapia, ed è membro del Comitato Scientifico di varie riviste nazionali del settore. E' vicepresidente della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, fondatore e membro del Consiglio della Fondazione Italiana per lo Studio della Schizofrenia, fondatore della Società Italiana di Medicina Comportamentale, già presidente della Società Italiana di Biofeedback e Medicina Comportamentale, fondatore e consigliere del Gruppo di Studio Internazionale su Stress e Immunità, membro del Consiglio Direttivo e segretario della Società Italiana di Psichiatria Sociale, fondatore e segretario della Società per l'Immunologia in Psichiatria. Membro dell' American Psychiatric Association, della New York Academy of Sciences, della Società Italiana di Psicopatologia, della Associazione di NeuroGastroenterologia, dell' American Association for the Advancement of Sciences, della Società Italiana di Medicina Psicosomatica, dell'European College of Neuropsychopharmacology. E' stato consulente scientifico per l'Istituto Superiore di Sanità per il Progetto Nazionale Salute Mentale, per l'Istituto Dermatologico dell'Immacolata per progetti di ricerca sullo stress, e in campo televisivo per Retequattro (trasmissione: Medicine a confronto) e RAI Uno (trasmissione: Tuttobenessere). E' membro dell'Osservatorio di Salute Mentale del Ministero della Salute. E' esperto per il Ministro della Salute del Consiglio Superiore di Sanità, nominato con decreto del 31 Gennaio 2003 da parte del Ministro. E' direttore del Dipartimento di Scienze Psichiatriche e Medicina Psicologica dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza".

Vorrei presentare l'Intervista sulla Medicina Psicosomatica al Prof. M. Biondi, tessendo un po' le fila della problematica mente – corpo, iniziata, potremmo dire con l'uomo, con le sue origini. Partirei, in questa introduzione, da alcuni punti dei miei lavori nell'area della psicosomatica, come psicologo e psicoterapeuta e come Coordinatore della Sezione Pescarese della SIMP dal 1988. Abbiamo portato avanti molte attività di sperimentazione (Il X Congresso di Pescara del 1985: Pres. R. Di Donato), numerosi Seminari, Convegni e gruppi di Formazione con collegamenti a diversi livelli, nazionali e internazionali, in particolare con il gruppo del ruolo Terapeutico di S. Erba, con E. Gilliéron e con K. Rohr) e sempre con l'appoggio del compianto Presidente della SIMP Prof. F. Antonelli che ha fatto tanto per lo sviluppo della Psicosomatica in Italia e in Europa. La stessa Rivista N. Prospettive in Psicologia, già dalla fondazione nel 1985, ebbe il patrocinio della SIMP. Riprendendo alcuni punti dei miei ultimi due lavori ("Problemi di Psicologia Generale e Clinica" e "Malattie Psicosomatiche e Psicoterapia Analitica, entrambi editi da Prospettive in Psicologia) vorrei sottolineare una posizione ormai accettata in termini culturali ed epistemologici, cioè che "le radici del concetto dell'interazione dei due principi **corpo - anima, soma - psiche** partono dai primi pensatori greci ma, rispetto alla nostra cultura occidentale, l'idea unità mente – corpo nell'Uomo trova origine e fondamento nella *connessione* stretta tra l'Uomo e l'Universo e la vita di ogni giorno: questa simbiosi archetipica aveva permeato già le terre lontane di altri orizzonti, come quello dei Maya, degli Incas, degli Aztechi, così come il vissuto di continua vicinanza tra Cielo e Infinito è stato attribuito alla costruzione delle Piramidi d'Egitto. Nella concezione unificante, poi, dell'Oriente ritroviamo il Tantra, la Medicina Tibetana e quella Ajurvedica: queste sono testimonianze ormai consolidate di una concezione in cui l'uomo è il microcosmo dell'universo (macrocosmo). L'Ayurveda, scienza nata in India nel periodo Vedico (dal X al V secolo a. C.) è tutt'ora praticata come sistema ufficiale di medicina in India e in altri paesi dell'Asia: questa concezione riassume il più antico concetto di "**medicina olistica**" dell'uomo. Nello stesso periodo anche i primi pensatori e i poeti della Grecia di Omero (X sec. a. C.) cantavano l'anima come strettamente legata alla corporeità. Più vicino a noi il filosofo Anassagora (500 a.C.) è stato il primo a operare una distinzione fra psiche e soma e questo dualismo fu mantenuto, in parte, da Platone e accentuato da Aristotele (Ilomorfismo). Tale visione della realtà, secondo cui l'anima dà la forma al corpo, è stata tenuta in vita fino al Medioevo (Tomismo di S. Tommaso). Con Cartesio, invece, (1596 – 1650) è stata ufficializzata la separazione netta tra spirito e materia e la scienza moderna ha esasperato ancora di più le due "autonome realtà" (*res extensa e res cogitans*). La prima realtà, corpo e mondo materiale, poteva essere esaminata mediante l'osservazione (*res extensa*); la seconda, carattere ed emozioni, il pensiero insomma (*res cogitans*), restava dominio assoluto della filosofia". Questo **interazionismo** della dottrina mente – corpo di Descartes rende ragione del fatto che la separazione tra la mente immateriale e il corpo materiale esiste come differenza notevole. Tale assunto cartesiano, scrive G.B. Vicario, "rende gli atti volontari dello spirito del tutto affrancati da condizioni legate al mondo materiale (libero arbitrio). Ma quella rigorosa separazione pone il problema del **come la mente riesca a muovere il corpo, e di come il corpo possa dar notizia di sé alla**

mente”(2001; il neretto è mio, n.d. r.). Cartesio cercò di risolvere il dilemma ipotizzando l’esistenza di una **”rete”** di contatto tra le due sostanze e la identificò nella “ghiandola pineale”(oggi edentificabile nell’epifisi): questa ghiandola, per Cartesio, era il luogo di contatto, di interazione (*interazionismo* di Cartesio). “Ma gli anni bui arrivarono con la separazione tra il corpo e l’anima” - scrive P. Sifneos – “e questo atteggiamento ha perseguitato la medicina da allora in poi. Così è il merito della medicina psicosomatica che incominciò lo sforzo per eliminare questa dicotomia, e cercò di introdurre un approccio olistico allo studio della medicina”(1995). Il filosofo J. **Stuart Mill** (1806 – 1873) è stato l’antesignano della medicina psicosomatica moderna per la sua concezione dell’uomo: egli sosteneva che *la mente non è una entità autonoma, ma solo una funzione a base somatica e quindi è ”meccanica” e totalmente interpretabile secondo gli stessi processi che spiegano le altre funzioni del corpo. Nessuna incompatibilità tra mente e corpo, la psiche è una ”qualità” funzionale del corpo stesso. Di conseguenza, ogni aspetto del sentire e della condotta della persona è osservabile e comprensibile a partire dall’analisi del funzionamento del corpo o del sistema nervoso.* “Tutti gli Autori, però, sono concordi nel ritenere che il termine **“psicosomatico”** è stato usato, per la prima volta, nel **1818**, nel corso della “medicina romantica” dal poeta- poi diventato professore di psichiatria a Lipsia - J. C. *Heinroth*. E’ pur vero, però, che non bastò togliere il trattino di penna che in origine legava le due parole **“psico”** – **“somatica”** per risolvere il problema che poneva Heinroth, per il quale “l’insonnia ha un’origine psichica **“e”** somatica, ma qualunque fase della vita può costituire di per sé la causa prima del disturbo” (Cremerius J., 1977)”. Egli considerava, però, le malattie psichiche e fisiche non in senso psicodinamico ma come risultato di una diretta espressione della colpa dell’uomo e il termine *medicina psicosomatica in senso psicodinamico fu coniato, nel 1922, proprio da uno stretto allievo di Freud, Felix Deutsch.*

Sono passati molti secoli dall’antica Grecia ad oggi e in questo arco di tempo la scissione tra medicina sacra e profana è andata sempre più accentuandosi nel Medioevo, nel Rinascimento e nell’Illuminismo, sino alla rivoluzione industriale, dove “l’accento sarà messo sempre più sulla biologia e l’anatomia, il resto essendo considerato non scientifico” (Gilliéron E., 1991).

“Freud, rivalutando le “rappresentazioni inconse” e le “prime associazioni libere” già con la tecnica ipnotica prima, e con il metodo psicoanalitico dopo, ha dato un valore primario alla persona in senso globale (toccare e massaggiare il corpo isterico e prime manipolazioni con l’ipnosi). Paradossalmente, il padre della psicoanalisi ha, però, valorizzato soltanto il corpo **“isterico”** per quanto riguarda il riconoscimento “scientifico” della nuova prassi terapeutica psicoanalitica. Secondo Freud, infatti, il corpo **“ferito”** dentro sé stesso (**“nevrosi d’organo”** e le **“psicosi d’organo”**, chiamate così dai suoi allievi le malattie psicosomatiche) doveva essere lasciato fuori dal campo di ricerca degli psicoanalisti anche se, ufficiosamente e parallelamente, era già oggetto di studio e di cura da parte dei vari colleghi e dei suoi allievi più stretti come G. Groddeck, S. Ferenczi, P. Federn, Helen e Felix Deutsch. Ricordiamo, poi, la scuola di Berlino con O. Fenichel, H. Sacks e, in particolare, F. Alexander il quale sposta la ricerca dal conflitto tra le istanze psichiche allo studio della situazione interpersonale della prima infanzia; mentre O. Fenichel e molti altri emigrarono negli Stati Uniti, intorno agli anni trenta e allargarono l’applicazione dei rapporti tra lo psichico e l’organico. Felix Deutsch, dopo molti studi e sforzi per ampliare il concetto di conversione isterica, scriveva che questi processi si potevano trovare anche “in malattie caratterizzate da disturbi non solo funzionali ma fondamentalmente materiali e organici”(Cremerius, cit.)”. Egli pubblicherà, nel 1950, il noto libro “Il misterioso salto dalla mente al corpo”. Freud, nello scritto del 1898 “La sessualità nell’etiologia delle nevrosi”, aveva adottato il termine definitivo di **“nevrosi attuali”** per indicare rispettivamente **sia la nevrosi d’angoscia (equivalente somatico d’angoscia), sia la nevrastenia**. Dal 1914, invece, includerà **l’ipocondria** e la categoria delle **psiconevrosi** che comprendono le **nevrosi di traslazione** (oggetto di analisi) e le **nevrosi narcisistiche** (resistenti all’analisi). Freud parlava di “estraneazione tra il somatico e lo psichico” nella nevrosi d’angoscia, e di una “capacità di conversione” nelle forme isteriche. **In altre parole, al posto di strutture psichiche che sarebbero destinate a selezionare, differenziare e canalizzare l’eccitazione somatica, nel suo “progetto” egli sostituisce un’angoscia generalizzata che non favorisce, anzi nega, una radice psichica.** “Lasciate queste cose alla biologia...”- scriveva Freud – “...per ragioni didattiche ho dovuto trattenere gli analisti dall’intraprendere questi studi: innervazioni, vasodilatazione, vie nervose avrebbero costituito tentazioni troppo pericolose, essi dovevano imparare a limitarsi al ragionamento psicologico” affermava il padre della psicoanalisi, (Lettera a V. von Weizsäcker, 1932, in Cremerius, Ibidem). Egli si riferiva a tutto ciò che riguardava quello che oggi va sotto il termine di disturbi e malattie psicosomatiche(somatizzazioni multiple, ulcera, colite ulcerosa, ipertensione, diabete, asma bronchiale,

neurodermatiti). Ricordiamo poi altri nomi prestigiosi che hanno allargato le ricerche nell'ambito della medicina psicosomatica: Cannon, Dunbar (statunitense), poi E. Weiss e O. S. English dell'Università di Temple. Molti non citano J. H. Schultz, fondatore e divulgatore del Training Autogeno, forse perché non è stato un allievo Freud. “Negli ultimi tempi, molti psichiatri e psicoterapeuti si sono occupati di psicoterapia dei disturbi e delle malattie psicosomatiche: ricordiamo, lo svizzero Medard Boss – analizzato da Freud nel 1925 – e, più vicino a noi, K. Rohr (allievo di Boss e di Balint), M. Sapir e B. Luban – Plozza, anche questi allievi di Balint, E. Gilliéron e poi gli italiani M. Biondi (qui intervistato), P. Pancheri, F. Antonelli. Altri Autori, come i francesi P. Marty e M. de M'Uzan, hanno approfondito molte ricerche teorico – cliniche sul “**pensiero operatorio**” e, indipendentemente, P. Sifneos per gli studi sull'**alessitimia** (difficoltà ad esprimere con parole le proprie emozioni), mentre la scuola tedesca con A. Mitscherlich, G. Ammon, J. Cremerius ha studiato nella pratica clinica di stampo psicoanalitico gli stretti rapporti tra la psiche, il corpo, il contesto e la psicoterapia per i pazienti psicosomatici. Mi sembra che in questa breve frase di M. Balint si può sintetizzare l'atteggiamento psicosomatico più positivo e più funzionale, al di là delle diverse posizioni che abbiamo appena ricordato: “*Ascolta il tuo paziente, ti dirà la sua malattia*” (1960). Contemporaneamente a questa attenzione non possiamo sottovalutare i **vantaggi primari** (come “pseudoequilibrio” psichico e/o somatico) e i **vantaggi secondari** dei sintomi (regressione, possibilità di tenere i legami con parenti o amici, ricatti a diversi livelli, “stare a letto”, proprio per riposare, specialmente per quegli individui che non lo farebbero mai) e il loro significato nella relazione dinamica interpersonale. Teniamo pure presente che il sintomo, o i sintomi, hanno un diverso valore: 1. *simbolico di linguaggio d'organo*; 2. *espressività soggettiva*; 3. *sostituzione*; 4. *Vantaggio (primario e secondario)*; 5. *difesa*; 6. *offerta e richiesta*”.

Per quel che riguarda l'integrazione e l'unione tra mente e corpo, si sottolinea che l'atteggiamento terapeutico dell'operatore, dallo psichiatra allo psicologo, dal medico allo psicoterapeuta e agli educatori professionali, insomma tutti quelli che svolgono una pratica relazionale con l'utente e al di là del sintomo, non può essere né riduttivo, né caratterizzato soltanto pur dal rilevante aspetto tecnico della riabilitazione (nel caso dell'intervento psichiatrico penso alla valorizzazione del Sé, dell'attenzione, della logica e del ragionamento, della narrazione, dell'integrazione dell'Io). *L'approccio psicosomatico, con qualsiasi tipo di paziente si instauri e in qualsiasi forma specifica di intervento esso si manifesti, è essenzialmente basato sulla relazione interpersonale, a più livelli: dalla terapia rieducativa del paziente psichiatrico al training autogeno, dalla ristrutturazione cognitiva alle narrazioni psicoemotive, naturalmente, fino all'analisi dei sogni laddove questi vengono usati in senso psicoterapeutico e/o psicoanalitico. Scrive M. Sapir: “Questa dimensione relazionale, capace d'influenzare il corso della malattia, solo da poco ha un valore scientifico” (1985). Sappiamo che i disturbi psicosomatici sono “mescolati” e mascherati rispetto a manifestazioni emotive o addirittura a stati isterici o deliranti senza che ne risulti una specificità particolare. Il problema, allora, sorge anche nell'approccio diagnostico dei primi colloqui, focalizzati, sul valore dinamico della conoscenza della personalità del paziente: dobbiamo sapere se abbiamo a che fare, appunto, con una personalità con una struttura nevrotica o psicosomatica, borderline o con una struttura psicotica. Dobbiamo sapere quale valore ha il richiamo del corpo: nelle forme di bulimia e di anoressia, per esempio (Agresta F., 2002). Dobbiamo sapere se il paziente psicosomatico è disposto a “lasciare” i suoi sintomi, se è disposto ad andare al di là del sintomo e coglierne i diversi valori, sincronici e simbolici. Voglio sottolineare soltanto che il legame fra *psiche e soma* deve al concetto di **sincronicità** (e quindi alla simultaneità e al senso) il superamento della antinomia mente - corpo. Scrive Jung:” Il principio causale ci dice che la relazione tra causa ed effetto è una relazione necessaria. Il principio di sincronicità afferma che i termini di una coincidenza significativa sono legati da un rapporto di *contemporaneità* e dal *senso...*”. Jung - che non si era addentrato sul piano clinico delle malattie organiche, negli ultimi anni del suo lavoro si è dedicato alla “metafisica” del rapporto psiche – soma, egli afferma:” Il rapporto della psiche con il corpo non andrebbe considerato sotto questo punto di vista? O anche: il coordinamento dei processi psichici e di quelli fisici nell'essere vivente non andrebbe inteso come fenomeno sincronistico, anziché come una relazione causale? “ (Jung C. G., 1976).*

Continuando il discorso sul corpo e sulle somatizzazioni multiple sappiamo ormai che nei pazienti **alessitimici** il lavoro di *rilassamento corporeo* di senso analitico può essere un altro aspetto del significato “psicosomatico” della relazione. Naturalmente, non parliamo solo di suggestione. Specialmente con i ragazzi, quando non esiste uno scambio verbale, quando c'è una ferita “dentro” il corpo, una psicoterapia solo verbale difficilmente avrà successo. La preparazione ad una psicoterapia analitica che non nega il corpo avrà successo. Come vedremo, il rilassamento analitico assume una funzione psicoterapeutica che sta, che è, prima della parola e che induce la

formazione di fantasmi, che stimola il ricordo dei sogni, senza i quali non è possibile trovare quell' "unione" tra mente e corpo, come stiamo studiando in alcune forme di asma infantile e di diabete adolescenziiale(Agresta F., 2001; 2002). Il "corpo a corpo" non è una relazione asettica o asimmetrica o totalmente suggestiva: è una relazione emozionale, fantasmatica e immaginaria che si soggettivizza prima come relazione tra due individui, al di là dei rispettivi ruoli di paziente e terapeuta. Il corpo a corpo, come accade nelle tecniche di rilassamento, è una relazione dinamica piena di emozioni che vivono e circolano nella mente "reciproca" di due individui, nell'immaginario di coppia e di gruppo: uno, il terapeuta, l'altro il paziente, ma sempre due persone (chiusi in una stanza) che parlano; il primo, attraverso il sintomo (i sintomi), il secondo, rimandando all'attenzione dell'interlocutore - paziente l'allargamento del significato del sintomo attraverso una interpretazione che tenga conto della relazione che passa durante l'incontro stesso (Di Donato R., 2001). Questa può essere intesa come una "visione complessa" della malattia chiamata uomo ormai integrata sia negli aspetti del "corpo" che in quelli nella mente. Così il corpo (*messaggio del corpo*) non è soltanto sensazione (*corpo- sensazione*) o funzione (*corpo- funzione*) ma, nella storia dell'uomo e della sua evoluzione, è anche significato (*corpo - significato*, Minkowski) e relazione (*corpo - relazione*, De Ajuriaguerra; Sapir), e ancora espressione, rapporto e comunicazione di vissuti consci e inconsci (*desideri e immaginario* di Sapir), e, non ultimo, come "aggressività nel corpo a corpo Medico - Paziente" (Di Donato R., 1987; 2001), mente - corpo "guidato" (visualizzazioni guidate di Widmann C.; Agresta F.).

"Nella visione olistica e dinamica della relazione l'unico atteggiamento possibile dello psicologo e dello psicoterapeuta è quello di ascoltare attentamente e di partecipare empaticamente al disagio dei pazienti, ai sintomi descritti e ai conflitti sottostanti, cercando di spostare pian piano la loro attenzione (descrizione) ansiosa dai sintomi ai vissuti ed in particolare, dal "lì e allora" al "qui e ora" nel rapporto che si può stabilire col terapeuta: un rapporto che è lo specchio delle difficoltà che essi ritrovano nell'ambiente da cui provengono e molto probabilmente è il motivo e la prova delle loro difficoltà psicologiche. Sotto il sintomo c'è la possibilità di ascoltare l'altro: *lasciarlo parlare*, essere disponibili ad aiutare il paziente affinché possa esprimere i propri vissuti o ciò che non riesce ancora a dire con le parole e che comunica principalmente e storicamente col corpo. *Con questo assunto l'intervento terapeutico si sposta dal sintomo (sintomi) alla relazione e, nel caso di tecniche corporee, la relazione è tra "corpo a corpo", tra corpo reale e corpo immaginario, laddove il corpo a corpo favorisce anche l'emersione dell'inconscio, con vissuti, fantasmi, fantasie e sogni. Proprio quelli che gli alessitimici e gli psicosomatici non riescono a ricordare*".

J. Cremerius scrive: "Solo quando si entra nel rapporto si partecipa con la propria vita, solo allora si può veramente capire e il rapporto oggettivo diventa dialettico e terapeutico al tempo stesso" (1981). Colui che ha focalizzato meglio di ogni altro ciò che si può prendere dalla "psicosomatica" è M. Balint, il quale sostiene che il medico, prima di fare una "diagnosi più profonda, debba imparare ad ascoltare: *"Quella di ascoltare è un'abilità nuova, che esige una modificazione notevole seppur parziale della personalità del medico"*(1960). Balint raccomandava ai medici - oggi lo facciamo anche con gli psicologi - di non fare troppe domande tipo anamnesi medica ai pazienti: **ottengono sempre e solo risposte, e nient'altro!** Il terapeuta deve porsi quella domanda standard che dice: *"Che cosa cerca di trasmettermi il paziente col suo sintomo"*? Il problema della interazione nella relazione transfert - controtransfert negata da Freud e valorizzata per primo da S. Ferenczi e, poi da Balint, oggi entra anche nelle altre forme di terapia. A proposito del "Senso e del Significato della Malattia", che era il tema del XVII Congresso della Società Italiana di Medicina Psicosomatica M. Reda conclude: "Ci si chiede quanto questo tipo di ricerche, che postulano lo studio dei collegamenti fra significati verbali e implicazioni corporee, possano interessare la componente immaginativa e quella emotivo - sensoriale in modo da poter sviluppare un modello complesso della psicosomatica che tenga appunto conto del "senso" inteso come modo differenziato di sentire i segnali corporei e del "significato" inteso come modo di parlarne a se stessi e agli altri acquisendo informazioni e conoscenze più o meno coerenti col proprio senso di identità personale" (Atti, 1999). *La metodica dei Gruppi Balint prende corpo da queste osservazioni e si presenta come una forma originale per "imparare a relazionarsi" col corpo e con la mente insieme, senza una scissione tra colui che sa e colui che deve imparare. Il significato del senso della relazione mente - corpo, nel sintomo e nel gruppo, riappare nella sperimentazione del gruppo Balint.* K. Rohr, allievo di Balint e socio onorario della SIMP, scrive: "Il punto focale del lavoro nei Gruppi Balint è il rapporto tra medico e paziente, fortemente influenzato dalle emozioni. Le nostre emozioni sono soprattutto risposte a messaggi non verbali dei pazienti, rilevamenti importanti che ci comunicano molto circa il paziente e il suo essere malato. Ogni medico è consapevole di reagire con emozioni e

stati d'animo diversi nei confronti dei pazienti. Ci si rallegra di uno, ci si preoccupa di un altro, con un altro ancora ci si adira e si desidera dare conforto ad un quarto. Se impariamo a non considerare in queste emozioni le reazioni di transfert di disturbo, bensì le valutiamo come risultati e comunicazioni del paziente dei suoi bisogni più inconsci, entreremo in un dialogo completamente nuovo. Quindi, il paziente non sarà più un portatore di sintomi da rimuovere, bensì sarà un partner con il quale comunicare a livello totale. A livello diagnostico e terapeutico il rapporto sarà nuovo e ricco di prospettive" (Rohr K., 2001).

Cosa manca a questa parte? Mancano tutti gli Autori e Ricercatori che hanno portato la sperimentazione "pura", negli Ospedali, nelle Cliniche Universitarie. Manca tutto ciò che potrebbe essere "riprodotto in laboratorio", negli Istituti di Ricerca Universitari e non. Ma allora torniamo alla scissione mente - corpo? No, per questo abbiamo un contributo originale e altamente sperimentale dalle ricerche del Prof. Biondi che ha una visione e una formazione di tipo psicosomatico nell'area cognitivo - comportamentale, ma aperto e conoscitore della psicoanalisi, di tutte le tecniche di rilassamento, di terapie brevi, di studi e di approfondimento sulla psichiatria e sui rapporti con tutti i disturbi del corpo. In particolare, il Prof. Biondi, come leggeremo, si occupa degli stretti rapporti tra mente, cervello e sistema immunitario.

Col Prof. Massimo Biondi ho una conoscenza di vecchia data. Già dal 1976, quando entrai come socio nella SIMP ho avuto la possibilità di apprezzare i primi articoli sulla psicosomatica e sui primi Congressi Nazionali. Mi ricordo quando mi mise in contatto col Prof. Baltrusch che in Germania coordinava l'Eupsyca (Gruppo di ricerca europeo sulla psicosomatica del cancro). Ho avuto modo di leggere tutti i suoi lavori pubblicati sulla Rivista di Medicina Psicosomatica, che ora Dirige, ma un libro fu per me illuminante. "Psicologia e Psicosomatica dei tumori", scritto insieme col Prof. P. Pancheri. Questa intervista ci darà delle risposte sulle varie e multiformi sperimentazioni che i ricercatori portano avanti su questa complessa "macchina", chiamata uomo. Ecco anche il significato di questa intervista che si riferisce all'unità mente - corpo, di cui il Prof. Biondi è uno dei più Illustri rappresentanti in Italia e in Europa.

Roma, gennaio 2004

AGRESTA: Caro Biondi, come sai, nelle nostre Interviste a tutti Personaggi, chiediamo notizie sul percorso di studio, sulla strada formativa, sui maestri che, in positivo, ma anche in negativo, spingono e permettono di elaborare alcuni modelli, a trovare strade diverse da quelle comuni. In questo senso sono orientate le tue ricerche nella vasta area della psicosomatica. Insomma, le motivazione, il contesto in cui hai sviluppato questo interesse, sin dai tempi dell'Università.

BIONDI: Il mio interesse è stato fin dall'inizio, quand'ero studente, per la psicologia e la psichiatria, con una passione particolare per la filosofia, su piani più speculativi. Poi, con l'approccio alla clinica, l'interesse si è concretizzato verso il trovare non solo il "perché" ma anche il "come" si realizzi il passaggio dalla mente, stati emozionali, conflitti, ecc., al corpo, vale a dire approfondire e sviluppare la conoscenza sui meccanismi di mediazione. Come dalla depressione o dalla rabbia repressa si passa a malattie del corpo? E' nato così lo studio dei correlati biologici delle emozioni, delle risposte di stress, a cui per anni mi sono dedicato: psicobiologia del sistema neurovegetativo, di quello neuromuscolare, fino alla bella avventura dei primi studi sul sistema neuroendocrino e infine immunitario, tuttora in corso. Poi mi è sempre interessata la persona, l'essere umano, fin da quando frequentavo da studente una corsia di ospedale, giorno dopo giorno, dove ho cominciato. Guardandomi indietro, rivedo le centinaia di storie di vita su cui mi sono come affacciato, mondi in cui sono entrato anche per poche ore, vicende umane, motivi di gioie e sofferenze. L'ho sempre ritenuto parte integrante, necessaria, di un approccio terapeutico.

Non ho fatto mai fatica a vedere il malato e non solo la malattia, anche se capisco che costa in termini di fatica emotiva e che, come medico, è bene che io sappia guardare sia l'una che l'altra. In questo ambito, mi preme ricordare, comunque, G. Reda, P. Pancheri e F. Antonelli.

AGRESTA: Quando, più di venti anni fa ho iniziato ad interessarmi di psicosomatica ti chiesi informazioni su Baltrusch, uno studioso di Psicosomatica, che faceva ricerca col gruppo "EUPSYCA" a Oldeburg, in Germania (l'Intervista fu realizzata dal sottoscritto, e pubblicata su Prospettive in P., nel 1987). Tu, mi fornisti quelle

prime informazioni, nell'ambito della SIMP, ma eri già un ricercatore affermato e studiavi gli stretti rapporti tra lo stress e il sistema immunitario. Ecco cominciamo da qui.

BIONDI: La mia "curiosità" nacque a metà anni Settanta. Ricordo che non c'era praticamente documentazione al mondo, al massimo si riusciva a rintracciare 20-30 articoli, alcuni dei quali in russo e l'argomento era poco condivisibile. A quell'epoca la medicina era insegnata a scomparti e la mentalità era piuttosto rigida, il sistema nervoso stava da una parte, il sistema immunitario da un'altra, non si capiva perché e che ragione ci fosse per un loro "colloquio". Tanto meno si poteva immaginare ai possibili risvolti clinici. Che non sono nella pratica clinica rivoluzionari, ma esistono e in certi casi sono significativi.

Il mio primo articolo fu primo nel 1977, si intitolava *Stress, sistema nervoso centrale e sistema immunitario*, pubblicato su *Medicina Psicosomatica*. Ricordo che il Prof. Antonelli mi incoraggiò molto, e fu lui a informarmi degli studi di Bahnson sulla psicosomatica dei tumori, anche quelli all'epoca tra i primi al mondo: gliene sono ancora grato. Iniziai, poi, la mia frequenza all'università dove conobbi Giancarlo Reda, allora Direttore dell'Istituto di Psichiatria e Paolo Pancheri, all'epoca assistente. Abbiamo fatto molta strada insieme. Con Pancheri è iniziata una collaborazione che dura fino ad oggi, ormai di amicizia e affetto, anche se da qualche anno lui non si occupa più strettamente di medicina psicosomatica. Il filone degli studi sul rapporto tra mente e sistema immunitario è stato un motivo continuo per me in tutti questi anni. E mi ha dato molte soddisfazioni scientifiche.

AGRESTA: *In tutte le tue ricerche, diciamo sperimentali, ti è mancato il rapporto terapeutico di tipo analitico, dal momento che tu hai una formazione cognitivo - comportamentale? Comunque di tipo relazionale. Per esempio, nelle tue ricerche sulle tecniche di rilassamento - penso all'ultimo studio pubblicato su Medicina Psicosomatica, (vol. 46: 91 – 108, 2001), quanta parte è occupata dalla raccolta di dati sperimentali di altri Autori, e quanta parte proviene dalla tua casistica clinica?*

BIONDI: Sul rilassamento ho lavorato sul campo per anni, come in laboratorio di psicofisiologia. Pochi sanno che ho un passato di elettroencefalografista, che fui tra i primi ad applicare le tecniche computerizzate di analisi dell'EEG, tecniche di biofeedback per il controllo dell'EEG e dell'attività mentale, con studi sui potenziali evocati cognitivi.

Per quanto riguarda il mio rapporto con la psicoanalisi è complesso. Una delle persone più importanti della mia formazione personale è proprio uno psicoanalista, non universitario, oggi anziano, a cui sono stato vicino e che mi è stato vicino. Amici stretti sono analisti; mia moglie è una psicoanalista (gruppoanalista, per l'esattezza). Amavo Freud, di cui studiai quasi tutte le sue opere, anche le minori, sia dal punto di vista clinico che "filosofico" e l'evoluzione del pensiero, fino agli sviluppi più recenti, e poi vari altri autori, tra cui i classici della psicopatologia, Bleuler, Jaspers, Minkowski, Schneider, solo per citare i principali. Ho "respirato" aria "psicoanalitica" attraverso vari canali, contatti ed esperienze. Insegno in diverse scuole postuniversitarie di formazione, tra cui alcune di psicoanalisi.

Potrei azzardarmi a dire che ho una sensibilità di questo tipo anche se ho molte riserve sul modello teorico: spiega molto, è affascinante, ricca, complessa, una filosofia dell'uomo, ma non so quanto efficace nella cura dei disturbi e malattie mentali. E se ci sono altre teorie per curare che alla prova dei fatti si rivelano valide, perché non usarle?

Cercavo un cambiamento, vie nuove, nuovi modelli di vedere e capire l'esperienza di chi soffre, per poterci intervenire al di là del rapporto tradizionale sul lettino. Negli anni ho conosciuto, in Italia e all'estero, tante persone che studiavano questo problema da tanti, diversi punti di vista. Ho fatto conoscenze che mi hanno aperto la mente e suggerito altri approcci (ad esempio basati sulle scienze dell'apprendimento, cognitivi e comportamentali, biofeedback, basati sul modello relazionale-familiare, del gruppo, tecniche centrate sul corpo, e altre). Mi è risultato sempre più convincente un approccio pratico, concreto, diretto, centrato sull'apprendimento, o se preferisci quello di un corretto equilibrio tra conoscenza e cambiamento.

Una delle mie convinzioni centrali è che anche in terapia "si impara facendo". Non c'è cura, secondo me, se insieme alla conoscenza non c'è uno sforzo per il cambiamento. La conoscenza (di sé, del proprio passato, secondo un modello e nella relazione con il terapeuta) deve guidare. Purtroppo, nella mia esperienza ho trovato molti pazienti e persone che avevano seguito trattamenti "psicodinamici" sbilanciati solo verso la

conoscenza, quasi fine a se stessa, bloccati da anni sull'esplorazione di sé, sullo "scavare", a perfetta conoscenza dei loro problemi, delle loro possibili radici, ma non in grado di uscire di casa, di superare una paura, di agire per affrontare un problema o di cambiare qualcosa nella loro vita. Li ho visti migliorare con terapie più attive, anche psicodinamiche, ma più attive.

Una volta un amico mi disse "tu apprezzi la psicoanalisi ma sembri critico verso gli psicoanalisti". Aggiungerei: ho conosciuto alcuni psicoanalisti meravigliosi, e altri terribili. Forse il problema non è della psicoanalisi ma, come per ogni disciplina o terapia, delle persone. I peggiori si comportavano come "impiegati" del lettino: imparata una tecnica la applicavano in modo seriale, automatico a chiunque gli capitava, qualunque problema avesse. Stesso setting, stesse domande, stessi silenzi, stessi atteggiamenti, stessa convinzione di stare nel giusto replicando una tecnica imparata, probabilmente poca disponibilità a far fatica sui casi (fa fatica curare, e ci sono persone che rifuggono da questa fatica applicando in modo stereotipo ma formalmente corretto un certo modello terapeutico). Questo non lo condivido. Ma non vale solo per gli psicoanalisti....

AGRESTA: Tu parli di indicazioni e limiti delle terapie di rilassamento e, in queste, sono incluse anche la meditazione, il biofeedback, lo yoga, il rilassamento attivo, ecc... Puoi riprendere questo concetto e chiarirlo meglio ai nostri Lettori?

BIONDI: Ho studiato e praticato per anni biofeedback e le diverse tecniche di rilassamento. Sono utili strumenti terapeutici. Sono tecniche dove si tocca con mano il ponte tra mente e corpo. Il rilassamento consente di ridurre l'attivazione del corpo, di ridurre gli ormoni dello stress. Facemmo negli anni Ottanta con Paolo Pancheri belle ricerche sui correlati neuroendocrini della terapia di rilassamento con biofeedback: capii che il rilassamento produceva dall'interno quelle modificazioni tipiche dell'ansiolisi. Riduceva l'ACTH e la prolattina (ormoni che si elevano negli stati di stress). Se lo faceva, pensammo, è perché si modifica qualcosa nei meccanismi regolatori dell'ipotalamo e, risalendo all'indietro, nel sistema limbico. Capimmo che molto verosimilmente un buon rilassamento si associava nel cervello ad un aumento di produzione di GABA o di sostanze endogene antiansia, così come la paura e l'apprensione a sostanze pro-ansia (il famoso Diazepam binding inhibitor?). La nostra mente attraverso esperienze modula la produzione di sostanze che aumentano o riducono l'ansia. Non è psicosomatica pura questa e non può avere applicazioni terapeutiche? Rilassarsi non è solo distendere i muscoli, voglio dire, è prodursi determinati stati interni della chimica della mente. Oggi sappiamo che influenzano anche l'assetto recettoriale cardiovascolare, gli immunopeptidi.

Con rilassamento attivo intendo una metodica che il soggetto può praticare mentre è impegnato in un'attività, ad esempio scrivere, parlare, guidare, fare immersioni. Fa queste cose più rilassato, usando il minimo indispensabile di tensione muscolare. E' molto utile nelle cefalee tensive, nelle sindromi dolorose temporomandibolari, nel bruxismo, nei tic. Non hai idea (anzi penso che tu proprio ce l'abbia ma è sorprendente vederlo registrando l'attività EMG) di quanto una persona possa contrarre senza necessità certi gruppi muscolari solo perché fa un'attività con impegno emozionale. Cominciai a svilupparlo nella cura di pazienti con il Disturbo di panico. Serviva poco che si rilassassero bene in seduta o a casa nel silenzio e al buio. Dovevano imparare a produrre una risposta di rilassamento nelle situazioni di bisogno. *No, bisogna imparare a rilassarsi nel rumore, muovendosi.* Però bisogna addestrarsi. Non coltivare l'illusione che il rilassamento funzioni quanto più uno riduce la tensione Elettromiografica. In un famoso studio con Michele Crebelli a Roma, molti anni fa, vedemmo in una vasta casistica di pazienti ansiosi trattati con rilassamento - biofeedback guidato elettromiograficamente che non era vero che più riduceva il tono EMG più la persona migliorava. Il fattore terapeutico chiave era lo sviluppo dell'autocontrollo e la percezione di esso, fondata su una buona (ma non necessariamente elevata) riduzione dei livelli di tensione EMG.

Impiego questa tecnica nel trattamento del Disturbo di panico. L'anno scorso ho pubblicato con Angelo Picardi un lavoro su Psychotherapy & Psychosomatics in cui abbiamo seguito 2 gruppi di pazienti per molti anni dopo il termine della cura. Abbiamo rilevato che quelli che avevano preso solo farmaci antipánico erano migliorati alla fine della cura ma avevano un alto tasso di ricadute negli anni. Quelli che avevano preso gli stessi farmaci antipánico ma avevano "aggiunto" una terapia cognitiva con rilassamento (secondo questi principi di imparare facendo) avevano tassi di ricadute molto minori.

AGRESTA: *La SIMP nel 1997, in occasione del XVI Congresso Nazionale a Parma, insieme con tutti i soci e collaboratori, ma in particolare con il tuo contributo e quello del compianto Prof. Antonelli, che ha fatto tantissimo per la SIMP stessa, ha approvato la “Convenzione di Parma”. Il Consensus Statement su Medicina Psicosomatica e Formazione psicologica del medico”- e dello psicologo - aggiungo io; tra parentesi quella “dimenticanza” non l’ho mai “condivisa” - rimane un documento della SIMP attuale e integrato, che analizza lo stato attuale della “psicosomatica” o delle “psicosomatiche”. Puoi sintetizzare quel documento e ribadire “quanto” può esserci di valido nel percorso formativo e progettuale per tutti gli operatori della salute, psicologi compresi?*

BIONDI: La Consensus riportava “Formazione psicologica del medico”...non dello psicologo, perché si presumeva che una formazione psicologica, lo psicologo ce l’avesse. Era un documento pensato soprattutto per il medico generale, per far sviluppare la conoscenza di principi generali per la medicina di base. Era un documento “ecumenico”, in cui vi erano un po’ tutte le anime della medicina psicosomatica. Il problema oggi, si ripropone. La medicina psicosomatica è, per sua natura, interdisciplinare. Non è proprietà di nessuno, né dello psichiatra, né del medico, né dello psicologo, né aggiungerei del medico generale o dell’internista (o di altro specialista). E’ un’area e punto di incontro dove trovi il cardiologo, l’oncologo, lo psichiatra, lo psicologo clinico, il pediatra, ecc.. Al centro ci sono **il paziente, la relazione terapeutica e una “mentalità”**, basata su una serie di conoscenze scientifiche sempre più in evoluzione. Non ci sono secondo me neanche malattie “psicosomatiche” e “non psicosomatiche”, ma ogni caso di qualunque malattia somatica può avere poco o nulla o invece molta rilevanza di fattori emozionali, nella patogenesi, oppure nel decorso, oppure nella risposta alla terapia. **Dobbiamo pensarci noi, caso per caso e non pensare per categorie** (la cefalea sì e l’artrite no; l’ulcera no e la colite sì, e così via). Dobbiamo porci noi, medici o psicologi clinici chiamati di fronte al caso di una persona che soffre, quanto può esserci di psicosomatico in quel preciso caso. E penso sia sbagliata l’affermazione “Sono tutti psicosomatici”. Principio giusto in linea teorica, rischia però di annacquare tutto. Ci sono casi che di psicosomatico hanno poco o nulla o comunque trascurabile. Per quanto mi riguarda, non credo che la medicina psicosomatica si possa ridurre a psichiatria di consultazione. Non è solo quello. Né è psicologia applicata alla salute, né psichiatria in medicina. Quindi non esiste (fortunatamente) identificazione tra un settore disciplinare e MP. E’ un campo libero, aperto, dove certo sono utili dei confini, dei “paletti” per evitare di finire dovunque o in mano a sedicenti praticanti.

Un commento finale sugli psicologi in medicina psicosomatica e più in generale sulla formazione degli operatori della salute. Hanno un ruolo importante, ma dipende dalla persona, dalle capacità e dalla formazione. E’ sbagliato pensare per categorie rigide. Capisco che poi ci scontriamo con le amministrazioni, le assunzioni per categoria, i ruoli, ecc. Se un ospedale ha bisogno di uno psicologo, ad esempio, e ne assume uno, può arrivare una persona eccellente, che alla fine tutti cercano (e fa fare una gran bella figura alla psicologia in genere), oppure uno che, fatte le prime consulenze, nessuno più chiama, anzi... Sono fatti di vita vissuta. Vale, intendiamoci, anche per gli psichiatri: ci sono quelli che non hanno mentalità e formazione psicosomatica e non sono adatti a fare consulenze in questo campo (magari sono bravissimi con gli psicotici).

La soluzione? Cercare persone di mentalità aperta (evitare quelle convinte che solo il loro modello sia quello “veramente giusto” e gli altri siano tutti bonariamente inferiori), con una formazione non “a una dimensione” (es. conosco solo il modello relazionale e applico a tutti solo quello), disponibili al confronto e agli altri, flessibili, curiose, solide, che leggono e si informano, capaci di accettare le sfide, capaci di reagire costruttivamente alle sfide e alle difficoltà, possibilmente che abbiano viaggiato e visto altri luoghi o strutture, che partecipino a qualche gruppo o iniziativa o desiderino affiliarsi, sicure di sé ma in grado di accettare una sconfitta o di dover ancora imparare, con voglia di fare e di far carriera ma capaci di collaborare e rispettare gli altri. Le doti “umane” vanno ben bilanciate rispetto a quelle “tecniche”.

AGRESTA: *In uno dei tuoi ultimi libri, “Mente, cervello, e sistema immunitario”, molti capitoli fanno proprio pensare, fanno riflettere. Ma siamo così complessi nella visione psicosomatica? Certamente, come scrivi “ tradizionalmente si attribuisce a Cartesio la responsabilità di aver scavato il solco fra res extensa (la materia e il corpo fisico) e res cogitans (la mente, il pensiero). Di fatto è lo sviluppo della scienza con l’Illuminismo e poi*

col Positivismo che ha approfondito e sviluppato tale solco fino a creare due isole distanti, dotate di linguaggi e rappresentazioni diverse, la mente e il corpo". A questo punto ti chiedo. Lo sviluppo della scienza attuale ha continuato ad allargare questo solco tra mente e corpo? Secondo le tue ricerche e dei tuoi collaboratori mi sembra di no.

BIONDI: Anche secondo me, no. Credo che siano due codici descrittivi in apparenza diversi, ma non diversi nella realtà. Mi spiego. Siamo abituati a parlare di emozioni o conflitti, ma emozioni o conflitti sono stati d'animo, esprimibili e veicolabili in parole o con miscele di parole, ma anche assetti e stati di circuiti nervosi, correlati della chimica della mente, ma non solo di quella, anche stati temporanei dei recettori, modulazione dell'attività orto e parasimpatica, delle citochine. La serotonina, per esempio, non è la causa della depressione, né la dopamina del piacere. Sono strumenti, mediatori, implicati nella sequenza. Certo che se si alterano si hanno squilibri nella funzione finale. Ma sono "correlati" non "cause".

Faccio un esempio: se in una partita a scacchi il bianco vince, nessuno pensa che la "causa" della vittoria sia nel colore bianco o nel tipo di legno degli scacchi. Le molecole sono come le pedine degli scacchi. Appartengono ad un gioco, ad una rete. I nostri circuiti cerebrali sono modulati dall'esperienza, sia quella avvenuta con le esperienze e le interazioni nella crescita, sia quella attuale. Sostenevo questo in un lavoro, uscito su *Psychotherapy & Psychosomatics* nel 1995, "Beyond the brain dichotomy and toward a common organizing principle of psychopharmacological and psychotherapeutical treatments", con una figura che illustrava molto bene come assetto genetico, prime esperienze, eventi attuali, mente che attribuisce significati, effetti sulla chimica della mente, comportamenti osservabili ed effetti sul corpo fossero interagenti e "complanari".

AGRESTA: *Caro Biondi, dal mio punto di vista di psicoterapeuta, vorrei porti una domanda "non scientifica" che avrebbe bisogno proprio del tuo contributo sperimentale, riguardo a ciò che tu proponi come argomento fondazionale, direi, vale a dire la problematica "affettiva" e il sistema immunitario. Freud avrebbe parlato di "libido", Deutsch parlava del "misterioso salto dalle mente al corpo". Ma che cos'è questa "affettività" in termini sperimentali e terapeutici? Si può identificare con le emozioni, con le immagini, con i sentimenti, o quant'altro?*

BIONDI: Le parole servono per rappresentarci fenomeni, ma hanno i loro limiti. Il loro potere rappresentativo è limitato e il linguaggio verbale in determinati casi "costringe" la realtà del fenomeno. Talvolta crea artefatti e costruisce oggetti (esistenti solo col nome) ma irreali. Altre volte, come nel nostro caso, obbliga a usare un sistema rappresentativo (il vocabolario delle parole disponibili) per tentare di descrivere fenomeni sfuggenti, che non sono né solo *res extensa* né solo *res cogitans*. Mancano le parole per rappresentare questi fenomeni. Ad esempio, noi usiamo il termine "rabbia" ma in esso non è resa la articolazione sia fisica che psichica, somatica e mentale (che dovrebbe essere ovvia) di un fenomeno non scindibile in aspetti somatici e fisici. Qualcosa di simile, non linguisticamente scisso esisteva forse nella lingua greca e in parte latina. Ansia e angoscia, ad esempio, conservano ancora la radice del senso psichico e fisico di costrizione, del petto e dell'anima, psichica e fisica. Ma nel nostro linguaggio quotidiano ce lo siamo perso.... Ad un certo punto "ansia" è diventato qualcosa solo di psichico, impalpabile, una pena dell'anima, perdendo per strada tutti i suoi correlati somatici. Abbiamo dovuto riconquistare la capacità di rappresentarci gli aspetti fisici dell'ansia inventando la psicosomatica, le somatizzazioni d'ansia, e faticare a ritroso per spiegare che una terapia psicologica (il rilassamento) può avere effetti sia biologici (riduzione dell'attivazione del sistema neurovegetativo, del cortisolo, modificare l'EEG, ecc.) che psicologici (distensione, tranquillità, ecc.). **Il linguaggio delle nostre lingue, in pratica, non ci permette una rappresentazione adeguata di certi fenomeni, ci indirizza a pensare che siano solo una cosa o un'altra e non tutte e due contemporaneamente.** Vedo la medicina psicosomatica come il faticoso cammino di chi deve dire agli altri "ma guardate che l'ansia, la tristezza, la rabbia, l'impulsività, l'innamoramento, l'attaccamento, il lutto, ecc. sono insieme comportamenti, affetti, rappresentazioni mentali, modificazioni somatiche".

Vedi quanto è comodo quando fai una lezione o una conferenza ricorrere a immagini che ti condensano e compattano l'informazione? Per questa ragione, perché "saltano" dal verbale alla rappresentazione dell'insieme complesso, fisico e psichico (per usare la vecchia terminologia). Occorrono forme, colori, reti, rimandi a dimensioni diverse. Non possiamo pensare ad un'emozione o un affetto solo in termini di biochimica, filosofia, psicologia, psichiatria, ormoni, relazioni, sentimenti. Sono tutti questi aspetti e nessuno da solo. Le parole

alludono ma non riescono a descrivere bene. Usandole potremmo dire che un affetto si “identifica”, insieme, con le idee, gli stati d’animo sentiti, riferibili e visibili, le modificazioni in certi circuiti cerebrali (oggi si possono “vedere” con tecniche di visualizzazione cerebrale le attivazioni di diverse sedi del cervello in concomitanza con un’emozione, un pensiero, un’attività: vedere un film triste attiva ad esempio alcune aree frontali, le stesse implicate nella depressione. Però quella non è la depressione).

AGRESTA: A proposito della qualità della vita, caro Biondi, anche la Medicina Psicosomatica, dà delle indicazioni precise. Spesso la gente, gli studenti, i pazienti sono tutti disorientati da tutti i messaggi che ascoltiamo, spesso in TV o leggiamo sui giornali. A volte ci dicono che un tal cibo fa bene a prevenire il cancro, altre volte che non è vero. Alcuni affermano senza ombra di dubbio che è l’elicobatter la causa dell’ulcera, e poi del tumore allo stomaco, altre volte questi dati vengono smentiti da altri giornali, da altre inchieste. La ricerca sperimentale in psicosomatica cosa dice su questi argomenti? Che ci siano casi di guarigione dal cancro è ormai acquisito. Sia con trattamenti medici, che in combinazione, cioè psicoterapici, medicina alternativa, ecc. Ti ricordi del libro “Di cancro si vive” scritto anni fa da Oreste Speciani?

BIONDI: E’ un argomento difficile dove è difficile dare una risposta generale perché l’argomento è molto articolato. Dopo aver detto come il linguaggio spesso ci inganni e ristringa ad una rappresentazione scissa (psichica verso somatica), va detto però che noi abbiamo un corpo che si può ferire, ammalare, degenerare, alterare. Dobbiamo cercare di “tenerlo” bene e ci sono alcuni suggerimenti. I primi più antichi riguardavano l’igiene, dell’acqua da bere, del corpo, degli alimenti, degli ambienti. Fase superata per noi. I suggerimenti recenti si basano sullo studio epidemiologico dei fattori di rischio, centrati su dati biochimici, comportamenti, abitudini alimentari. I nostri comportamenti quotidiani (quello che facciamo dalle scelte alimentari, al fumo, al bere, all’attività fisica) influenzano forse più del 50% il rischio di malattie somatiche. Grandi campagne in questo senso sono partite per ridurre l’abitudine al consumo di grassi animali, di zuccheri semplici, aumentare il consumo di fibre e cibi freschi. La nostra dieta è sproporzionata in sue componenti, perché l’essere umano occidentale negli ultimi 50-80 anni mangia in modo radicalmente diverso rispetto ai 20000 anni precedenti. Ma il corpo è geneticamente costruito non per queste diete, ma per quelle antiche. Molte malattie di oggi derivano da questo tipo di assetto di vita e abitudini alimentari. E’ psicosomatica, in qualche modo, anche questa. Perché in molti casi il nostro mangiare è “emozionale”: mangiamo per soddisfare emozioni, usiamo il comportamento alimentare per scopi non nutrizionali. Chi lo può dire meglio alla gente se non noi?

In un certo numero di casi di malattie somatiche, però, la mente non c’entra nulla. Il corpo-materia si può alterare. Meccanismi possono non funzionare per “errore biologico”. Se a volte le emozioni, con i loro correlati biologici, subentrano come meccanismi insieme ad altri fattori nella patogenesi di una malattia, non vuol dire che siano sempre protagoniste. Succede, perché siamo soggetti agli accidenti biologici. Siamo molecole. In questi casi il ruolo della mente e delle emozioni è assente o modesto. Può essere di rilievo nel decorso, nella motivazione alle cure, nella risposta alle terapie, ma non nella etiopatogenesi. In questi casi il problema non è di competenza dello psicosomatista. E’ questo il riconoscimento più difficile per noi. A volte non c’entriamo per nulla o quasi. Altre volte molto, altre moltissimo. Dobbiamo imparare a distinguere, mentre a volte alcuni colleghi sembrano mossi da un senso di onnipotenza, di voler spiegare tutto. Penso che sia una reazione all’angoscia che danno la malattia, la morte. Ci si illude di dominarle attraverso spiegazioni psico-bio. Talvolta fantasiose, utili perché consolanti, ma false.

Il cancro? Il cancro purtroppo viene perché ci sono alterazioni della struttura molecolare del DNA; mancate riparazioni intracellulari. Un peso enorme lo hanno l’esposizione a mutageni. La psiche nella maggior parte dei casi c’entra poco. Come nelle pestilenze di secoli orsono. La psiche c’entra se pur sapendo che il fumo di sigaretta ti causa mutazioni nel DNA di varie cellule del corpo, neghi le evidenze e usi la ragione per spiegazioni che ti autoingannano (è l’ambiente che è inquinato, cosa vuoi che mi faccia la mia sigaretta...). Il problema è che se studi, approfondisci l’argomento, non hai alternative: il fumo causa mutazioni cellulari ed incrementa grandemente il rischio di cancro. Poi, se vuoi, puoi dirti: “ma, fumare mi piace molto, è uno dei miei pochi piccoli piaceri, mi dà la carica, mi diverte, mi stimola (agisce sulla dopamina, sul nucleo accumbens, ecc.), capisco che fa danni, ma in termini di probabilità non ve ne è la certezza, solo un’elevata probabilità. E’ un’abitudine a cui non so rinunciare. Dati i pro e i contro, accetto di correre i rischi di questa aumentata

probabilità di danni, a fronte del piacere che mi dà”. Questo è il discorso che ogni fumatore al giorno d’oggi, si fa.

Poi, certo, un’altra serie di studi poco conosciuta dimostra che nell’animale lo stress cronico può aumentare la vulnerabilità a tumori indotti o trapiantati, si accompagna ad una più rapida metastatizzazione di alcuni tumori. Ma è difficile sostenere che lo stress è la causa dei tumori. Secondo me si può solo dire che **lo stress** è un **cofattore patogenetico**. Lo stress concausa in genere, ma disvela malattie latenti (che magari sarebbero rimaste tali o sarebbero comparse più in là), in altri casi sviluppa predisposizioni. Il suo peso nella patogenesi cresce via via da alcune patologie ad altre: è massimo nel precipitare di una crisi cardiaca, nel Disturbo post traumatico da stress, ecc.

Se conosci e hai visitato tanti pazienti oncologici, entri nelle storie personali, e non hai il pregiudizio di trovare a tutti i costi fattori psichici, vedi le storie di vita e non forzi le osservazioni, vedrai che effettivamente il cancro purtroppo colpisce al di là dei fattori psichici. Sul problema del rapporto tra mente e cancro ho scritto quattro libri in vent’anni. Ho una posizione dura: da una parte collaboro con i piedi per terra con molti oncologi e cerco di convincere quelli che ignorano l’importanza dei fattori psichici (per fortuna ormai sono pochi), perché, so quanto è importante aiutare i malati di cancro e quanto è importante che lo psicologo (non lo psichiatra) penetri nel mondo dell’oncologia. Dall’altra, combatto sul fronte psicologico contro coloro che con teorie strampalate e astruse fanno danni: danni ai malati e in generale alla credibilità della psicologia in oncologia.

Inutile usare modelli teorici contorti per forzare la realtà, ricorrere a costruzioni distorte pur di affermare la superiorità dei processi psichici sul corpo. No, il corpo purtroppo si ammala perché è vulnerabile e si può guastare. Conviviamo con questa triste realtà e dobbiamo farci i conti, non negarla. Ho visto e letto alcuni colleghi proporre modelli di psicosomatica del cancro fantasiosi, speculativi e fumosi, né verificabili né falsificabili (alla Popper), senza un filo di base scientifica. Spesso si trattava di teorici che di pazienti oncologici non ne avevano neanche esperienza e che avevano deciso di interessarsi dell’argomento sulla carta. Non accetto questi atteggiamenti di chi scrive con presunzione sulle vite degli altri.

Per quanto riguarda il rapporto tra stress e cancro certo esistono casi dove il modello psicosomatico si applica. Ma sono un numero limitato, un sottogruppo. Il nostro compito dovrebbe essere quello di riconoscerli e mettere in campo in quei casi tutte le nostre armi. Ma, va detto, quando il cancro è partito, nella maggior parte dei casi è difficile fermarlo con strumenti “psichici”. Puoi guadagnare posizioni in certi casi, questo sì. Puoi fare il possibile per mettere il sistema mente-corpo nelle migliori condizioni per combattere. Guadagnare posizioni e attrezzarsi a combattere il cancro anche mobilizzando “forze psichiche” può dare aiuto e va fatto. Ma senza illudere. A quel punto, quando l’alterazione molecolare è partita e quando i ciechi meccanismi di replicazione incontrollata sono avviati e invadono il corpo, inizia una lotta mortale nel vero senso della parola. La principale critica all’impiego di tecniche suggestive come la visualizzazione (sedute in cui il paziente viene educato a immaginare che i suoi linfociti combattano le cellule maligne) è che non vi è evidenza che siano efficaci sulla malattia e che alla comparsa di recidive si ha un doppio fallimento e molte persone provano stati d’animo ulteriormente peggiorati, con sfiducia e senso di colpa.

AGRESTA: Nella mia pratica clinica privata e, in alcuni Ospedali, ho avuto esperienze di colloqui clinici e di trattamenti psicoterapeutici con persone ammalate di cancro e di leucemie: abbiamo anche pubblicato queste ricerche su Medicina Psicosomatica, anni fa. Ho incontrato altri casi, due avviati ad una vita più “normale”, nel senso psicoterapeutico. Ma con una stretta collaborazione con i medici specialisti. Non ho mai trovato un caso in cui la “tal” persona era “tranquilla”: tutti avevano dei grossi problemi psicopatologici, aperti o inconsci al momento della diagnosi di cancro. Ma quante altre persone nelle stesse situazioni non sviluppano tumori? A volte, sembrava quasi che il cancro fosse stata l’ultima spiaggia... Poi, però, ho cominciato a vedere bambini, di uno o due anni che sviluppavano un tumore (in qualche caso io seguivo in terapia le madri, venute per altri problemi psicosomatici e non). Cosa ci puoi dire a questo riguardo? Nel caso di bambini appena nati cosa si può dire dei rapporti tra stress, mente e sistema immunitario?

BIONDI: E’ la stessa impressione che ho avuto io. Il punto è che per un ragionamento scientifico dovremmo dirci: quei problemi psicopatologici aperti o inconsci sono tipici, specifici della malattia cancro o no? Secondo me non sono specifici. Quando lavori come consulente “su chiamata” di oncologi è chiaro che sei chiamato solo sui casi problematici. Rischi di farti un’idea errata, basata sul fatto che hai i visitato non “pazienti con cancro”

nel loro insieme ma solo quelli per cui sei stato chiamato. Per questo, al lavoro clinico va affiancato un lavoro sistematico su tutti i casi e un gruppo di controllo, prima di generalizzare.

Poi c'è il problema della reazione alla malattia. Quando vediamo il paziente noi vediamo sovrapposti lui com'era, e una persona che, consciamente e inconsciamente, sta rispondendo al fatto di essere malata. A volte si rischia di far confusione tra "prima" e "dopo". Ricordo che un autore americano, avendo visitato donne con cancro del utero e della mammella e avendo trovato "problemi" nella identità femminile, proponeva che questi antecedessero alla malattia e anzi ne fossero la causa inconscia. Se uno ha un po' di pratica clinica in oncologia, sa quanto donne malate di 30-50 anni con cancro al seno o all'utero possano avere problemi circa la loro femminilità, ma ovviamente correlati e reattivi allo stato di malattia.

Il cancro è una malattia che dobbiamo saper guardare senza illusioni "protettive" da psicologi / psichiatri: sostenere che dipende da fattori psichici è un tentativo di portarlo sotto le nostre "competenze" sperando di poterlo controllare? Non funziona. Non viene per cause psichiche nascoste, come tu dici viene a bimbi di 2 anni.... È venuto a persone esposte alle radiazioni di Chernobyl o lavora in certe industrie e non abbiamo nella maggior parte dei casi rimedi psichici per contrastarlo. Purtroppo no.

Però possiamo fare tanto per i malati di cancro a cominciare da una psicologia meno interpretativa, con costruzioni teoriche oscure, iniziatiche, non provate e non provabili, fumose e contorte, interpretazioni astratte; abbiamo bisogno, al contrario, di una psicologia che sappia stare vicino, aiutare, assistere, non partire per la tangente. E' questa che dobbiamo insegnare a chi, psicologo, vuole interessarsi ai malati di cancro. Aiuto concreto con tecniche pratiche, semplici, attuabili come la Terapia psicologica adiuvante di Greer. Combattere l'angoscia, l'ansia, la depressione, il dolore, sia con rimedi naturali che con le medicine disponibili, aiutare a ritrovare il coraggio e la gioia per la vita, se possibile spingere a riaccenderla, aiutare il malato a scoprire che cosa può dargli entusiasmo, una molla che gli ridia senso alla vita, accettando che vada come andrà (in una posizione quasi Zen), rinsaldare la famiglia intorno alla persona.

AGRESTA: Possiamo parlare ancora di "malattie psicosomatiche" nel senso classico? Penso ad Alexander, a Cannon, alla Dunbar, a Deutsch, Boss, ad Ammon, a Cremerius, ai nostri compianti amici e maestri, Luban - Plozza e Antonelli. Sapir pubblicò un libro famoso "Siamo tutti psicosomatici". Allora dissi tra me e me: va bene, tutto è risolto, se lo è pure Sapir, lo sono pure io! Tu, come vedi la questione oggi: cos'è l'attualità in psicosomatica. E' una scienza, è una base di ricerca, è una terapia o è solo un modo di vedere la "malattia chiamata uomo"?

In linea di principio sì, ma il tempo passa, le cose cambiano. Non tutte le malattie sono psicosomatiche. Direi meglio che ci può essere una componente emozionale in ogni malattia: come ho detto, il nostro compito è quello di scoprire quanto c'è di "psicosomatico" nella patogenesi, oppure nel decorso o nella risposta alle cure, malattia per malattia, persona per persona. Ci saranno casi di cefalea dove la psicosomatica conta molto e casi dove conta poco, e così per le gastriti, per il dolore lombare, le dermatiti e tante altri disturbi e malattie. Alcune malattie hanno una frequenza maggiore di componente, di ruolo dei fattori psicosomatici. Altre hanno le componenti strettamente intrecciate: prendi la cardiopatia ischemica. Ereditarietà/genetica, abitudini alimentari, sedentarietà, fumo, malattie metaboliche, ostilità/rabbia, eventi stressanti: ecco vari ingredienti, che hanno peso diverso a seconda dei casi e diverso anche nell'essere "formativi" (ovvero concorrere negli anni al rischio di manifestazione) e "precipitanti" (uno sforzo fisico, una forte arrabbiatura, un evento stressante come pensionamento o bancarotta...).

AGRESTA: Tu sei un esperto anche nello studio e nel dosaggio dei farmaci e, in particolare, degli psicofarmaci sia nei disturbi psichiatrici e sia nella medicina generale. Ricordo il tuo intervento al VII Congresso di Psicoterapia con E. Gilliéron a Montesilvano, lo scorso anno. Ecco, tu abbinì, quando è necessario, il farmaco alla psicoterapia, sempre con una diagnosi precisa e con una metodologia, diciamo "da laboratorio". Nel tuo ultimo volume, già citato, tu affermi che "a differenza degli enormi passi in avanti compiuti negli ultimi anni sulla conoscenza delle interazioni tra sistema nervoso centrale(SNC) e sistema immunitario(SI), sono ancora poco noti gli effetti sulle risposte immunitarie delle molecole attive sul SNC". Puoi spiegare meglio questa posizione rispetto alla pratica quotidiana dello psichiatra e del terapeuta?

BIONDI: L'ipotesi che sottende il mio impiego integrato di farmaci e psicoterapia è che ci siano casi che non hanno bisogno di farmaci, casi che hanno bisogno soprattutto di farmaci, casi che beneficiano di più se si integrano i due interventi. Secondo me lo si può fare validamente se si segue un **principio organizzatore comune di psico- e farmacoterapia**, con il punto centrale secondo cui la psicoterapia può avere effetti biologici sul cervello analogamente agli psicofarmaci, e che l'integrazione tra principi dell'apprendimento e impiego di psicofarmaci antipatico ed antidepressivi possa portare a migliori risultati di trattamento nel tempo. Con assunzione "attiva" del farmaco si intende quella che, insieme ai benefici immediati a breve termine del farmaco, ne sfrutta l'azione ai fini di introdurre attivamente cambiamenti comportamentali specifici. Ad esempio in uno mio studio recente sono esaminati i dati di esito di una popolazione di circa 150 pazienti con diagnosi DSM III R e DSM IV dell'area dei Disturbi d'ansia e Disturbi depressivi, trattati con farmacoterapia specifica, principalmente antidepressivi triciclici, SSRI, venlafaxina e mirtazapina, e secondo il principio di terapia "attiva" rispetto alla normale routine di assistenza clinica. Nel caso del panico, ad esempio, la distinzione tra **assunzione "attiva" e assunzione "passiva" del farmaco** consiste nel fatto che il farmaco viene proposto, oltre che come cura specifica antipatico, anche come strumento che consente il ri-apprendere progressivamente a compiere attività di recente temute ed evitate, permettendo di recuperare progressivamente la propria libertà. I dati longitudinali di risposta terapeutica suggeriscono che nei pazienti dove il suggerimento di impiegare gli effetti positivi della farmacoterapia nel produrre cambiamenti stabili nella loro rete interpersonale, nella visione di sé, o comunque producendo cambiamenti (nuove scelte, attività ecc.) al follow up fino a dieci anni mostrano una significativa minore frequenza di ricadute rispetto a chi ha preso solo farmaci. La farmacoterapia ha permesso ad un maggior numero di pazienti di "accedere" ad una psicoterapia. In un sottogruppo di casi, sia per la gravità psicopatologica, sia per caratteristiche di personalità e di stile del pensiero, risulta difficilmente attuabile. Tali casi mostrano a distanza l'esito più sfavorevole. Secondo il mio punto di vista l'integrazione di principi di apprendimento alla farmacoterapia può rappresentare un'utile modalità che, di minore impegno e costo rispetto ad una psicoterapia tradizionale, può comunque produrre risultati soddisfacenti a lungo termine e richiede di essere confermata in ulteriori casistiche, approfondita nei meccanismi d'azione e nell'applicabilità.

Chi desidera approfondire trova i riferimenti: Increased probability of remaining in remission from panic disorders with agoraphobia after drug treatment in patients who received concurrent cognitive-behavioural therapy: a follow up study Biondi M, Picardi A *Psychotherapy & Psychosomatics*, 2003, 72:34-42

Attribution of improvement to medication and increased risk of relapse of panic disorder with agoraphobia, Biondi M e Picardi A, *Psychotherapy & Psychosomatics*, 2003, Biondi M, Picardi A. *Psychother Psychosom.* 2003 Mar-Apr;72(2):110-1

Per quanto riguarda gli effetti di farmaci antidepressivi (AD) sul sistema immunitario se ne sa ancora poco, ma ci sono evidenze preliminari molto interessanti. In poche parole, si potrebbe dire che gli AD "curano" anche attraverso il riequilibrio dell'assetto alterato neuroendocrino-immune tipico delle depressioni. Va detto che la depressione non è solo "depressione" ma comporta una serie di modificazioni importanti nel corpo, come ogni clinico sa, dal sonno, all'appetito, alla sessualità, ai ritmi biologici, a vari ormoni (ad esempio in molti casi di depressione grave vi è un'aumento consistente di cortisolo). Ricerche recenti hanno chiarito che esistono anche alterazioni di citochine, quali ad esempio la interleukina 1 e uno squilibrio tra citochine proinfiammatorie e antinfiammatorie. E' stato osservato che la ipercortisolemia protratta e lo stress avrebbero effetti dannosi sul cervello, in particolare sull'ippocampo (in un certo senso una sede importante dei circuiti della memoria). Nei disturbi post traumatici, a lungo termine, con depressione vi sarebbe secondo alcuni autori una "lisi" di queste cellule. Sottolineo, nella mia chiave di lettura, che questo significa che eventi psicologici sono tradotti in modificazioni cerebrali. L'ippocampo è una delle poche sedi dove persiste la genesi e crescita di nuovi neuroni nell'adulto. Nella depressione non trattata, tale neurogenesi si blocca. Gli AD, questa è una notizia del tutto nuova, stimolano la produzione di fattori di crescita come il Brain Neurotrophic Derived Factor, e la ripresa dell'umore nel trattamento farmacologico della depressione si assocerebbe ad una "rinascita" di cellule prima atrofizzate nell'ippocampo. Credo che anche esperienze positive della vita possano avere un effetto simile, riattivando dall'interno quei circuiti. E ritengo che una psicoterapia efficace, centrata sull'esperienza, su cambiamenti concreti nell'esistenza della persona, favorisca cambiamenti nella chimica della mente, nell'assetto neuroendocrino e neuroimmune.

AGRESTA: *Ti pongo l'ultima domanda e ti ringrazio per la tua disponibilità. Io mi trovo, per la prima volta, quest'anno, come sai, ad insegnare la "Psicosomatica" all'Università dell'Aquila: sono studenti di Psicologia, di Scienze della Formazione e l'idea, poi tradotta in pratica, è venuta al Preside di Scienze della Formazione, Prof. Claudio Pacitti, psicofisiologo che conosci bene e che ha creduto in questa possibilità di introdurre l'Insegnamento di Psicosomatica. Quanti passi in avanti. Sappiamo che negli Stati Uniti, già negli anni '40 si insegnava la medicina psicosomatica anche se c'erano pionieri come Alexander e la Dunbar. Secondo te, quali saranno i vantaggi per gli studenti, siano essi medici, psicologi, educatori e operatori socio-sanitari che si affacceranno nella visione globale dei disturbi psicosomatici e non?*

BIONDI: Complimenti innanzitutto a te per l'incarico, grazie al prof. Pacitti che permette lo sviluppo di un'area importante per gli studenti. I vantaggi si vedranno piano piano negli anni, con il diffondersi di una "mentalità" psicosomatica che questi stessi allievi, lentamente, porteranno nelle loro realtà di lavoro. Questo mi dà l'opportunità di alcune considerazioni.

Nella visione tradizionale che organizza le nostre facoltà mediche, la medicina psicosomatica (come d'altra parte la psichiatria, che alle Aziende sanitarie interessa in genere solo per la gestione dei casi acuti) non è una medicina "di sopravvivenza", come la chirurgia, la rianimazione o il Pronto soccorso. In un certo senso è un "lusso", i cui bisogni emergono soprattutto in una società dove la salute fisica è garantita e dove il benessere non è più solo concepito come assenza di malattia. E' una visione in parte corretta, in parte non condivisibile, ancora da paese "povero" come risorse e come mentalità, che imposta la sanità solo sulla gestione dell'urgenza e non sulla prevenzione a lungo termine. Va anche detto, però, che ho visto viaggiando per l'Italia due fondamentali tipi di situazioni: quelle dove lo psicologo o lo psichiatra è ricercatissimo, e quelle dove non lo chiamano più. E' una mia forte convinzione che questa differenza dipenda dallo psicologo o psichiatra, non dai medici né dalle strutture. Mi spiego. Nel primo caso la consulenza è sempre più richiesta, dello specialista "psi" molti, prima un po' titubanti, si fanno idea ottima. In altri casi, la consulenza dello psicologo e dello psichiatra è fatta da persone che sembrano non adattarsi ai bisogni, ai tempi, alle difficoltà e alle problematiche delle strutture sanitarie. Ragionano come se fossero in un universo astratto, privato. Ho visto purtroppo in alcuni di questi casi quel che accade: i medici delle divisioni dopo le prime esperienze, non chiamano più il consulente psicologo o psichiatra. E' importante quindi preparare i giovani colleghi a essere flessibili, ad interagire, a capire i contesti dove si troveranno, ad avere strumenti diversi di intervento.

Come psichiatri e psicologi che applichiamo le nostre conoscenze alla medicina possiamo fare molto: ad esempio, risulta che 1/3 circa dei casi che afferiscono all'ambulatorio del medico generale in vari paesi occidentali siano disturbi "funzionali" (o meglio psicosomatici o psicologici, o psichiatrici "sottosoglia"), che tuttavia sono a) persone che soffrono e non sempre ricevono la risposta adeguata (il sistema sanitario risponde, peraltro forse giustamente: "caro malato, non hai niente di grave o minaccioso per la vita, non sei quindi di mia competenza"), b) casi che costano, perché sono persone che si assentano dal lavoro, tornano a fare visite mediche per accertare patologie che (fortunatamente) non ci sono, che richiedono esami e visite specialistiche. E' chiaro che la risposta non è quella di fare la psicoterapia a tutti: è improponibile. Ma si potrebbe organizzare un **buon counseling**, che manca in molte sedi, che effettui valutazione rapida e smistamento a strutture di competenza a seconda del tipo di problema, di contesto, di età. Ci dovrebbe essere poi disponibile un panorama di interventi, indirizzando chi ad un trattamento psicologico breve, semplice, chi a farmacoterapia, chi a terapie brevi di rilassamento, chi a *counseling*, familiare o psicosociale, chi a una vera e propria psicoterapia. Questo mi sembra che attualmente, sebbene in parte previsto, non sia attuato. E mi sembra anche che alcuni operatori della salute tendano a offrire solo un tipo di risposta terapeutica a tutte le richieste.

E' chiaro che dovremmo, anche noi, cambiare mentalità: non possiamo uscire dalle nostre formazioni dell'area "psi" con l'idea che l'unica cura giusta sia una psicoterapia individuale di medio lungo termine per tutti, per ogni caso. Il ruolo dei farmaci, delle psicoterapie brevi, delle psicoterapie di gruppo, di quelle a termine, del *counseling* andrebbe ampliato. Occorre che anche lo psicologo e lo psichiatra imparino a ragionare in termini elastici, di risorse disponibili, di costi (tempo, denaro, disponibilità di terapeuti liberi per intervenire prontamente) del loro intervento, di obiettivi ragionevoli da raggiungere e non ideali: che sviluppino senso pratico e capiscano che la psicoterapia è un lusso e non un intervento a pioggia. Fissarsi su questo modello crea solo liste di attesa e cronicità della sofferenza. E' opportuno che in un corso di formazione si presenti questo problema, si suggerisca di ripensare gli strumenti che hai per curare, esplorando e ampliando il ventaglio di

possibilità. Sarebbe utile secondo me insegnare ai giovani colleghi a lavorare in rete, sapendo che a seconda dei bisogni possono indirizzare un paziente a questo o quel centro per un specifico intervento (non a vita). E dovremmo dire a molti pazienti che possiamo fare interventi, ma a termine, sfruttando a scopo terapeutico un certo tempo. Dovremmo spingere di più ad evitare la passività, a mobilitare risorse. Bisogna sapersi adattare costruttivamente ai bisogni della società in cui si vive, non aspettare con la porta dello studio aperta.

Dobbiamo iniziare a insegnare a valutare gli esiti delle terapie che facciamo e ad accettare l'idea di cambiare, di autocorreggerci in funzione dei risultati. C'è chi lo fa e c'è chi lo insegna, ma è uno sviluppo recente. Credo che le conoscenze tecniche in un corso di medicina psicosomatica, come tu chiedevi, andrebbero integrate con queste conoscenze relative alla realtà in cui opererai, ai bisogni della società dove lavorerai.

AGRESTA: Grazie, caro Biondi, per questa approfondita ed interessantissima Intervista, utilissima per i nostri Lettori, per i professionisti, per gli studenti e per gli operatori, a tutti i livelli, che sono interessati all'aspetto globale e dinamico della medicina psicosomatica e della malattia "chiamata uomo".