



Le determinanti specifiche e aspecifiche della malattia

Se sto camminando lungo una strada buia e mi rubano il portafogli, forse andrò alla polizia per denunciare il furto, ma certamente non affermerò che è stato il buio a derubarli. Anche se il buio ha favorito l'azione del ladro non è lui il ladro.

In accordo con la teoria dei sistemi di Von Bertalanffy (1968), ogni essere vivente può essere considerato un sistema composto da alcuni sottosistemi (sul piano biologico, negli organismi superiori si tratta dei sistemi neuroendocrino, immunitario, cardiovascolare, digestivo, osteomuscolare) e inserito nel macrosistema costituito dall'ambiente circostante (nel caso dell'uomo si tratta di quello fisico e soprattutto di quello sociale).

È noto che dalle modalità di comunicazione o scambio di informazioni tra il sistema-individuo e il sistema-ambiente dipendono la salute e la longevità, piuttosto che la malattia o l'invecchiamento e la morte precoci.

Il rapporto tra individuo e ambiente è l'ambito proprio della «sindrome generale di adattamento», espressione coniata da Selye (1956) per descrivere la risposta aspecifica che l'organismo fornisce a qualsiasi stressor, quale intensa richiesta di adattamento indotta da consistenti variazioni ambientali, come si evidenziava dai risultati delle ricerche compiute sui topi.

Tale sindrome si evolve attraverso tre fasi:

- *allarme*: l'organismo risponde agli stressor attivando la funzionalità dell'asse ipotalamo-midollare-surrenale (con bronco dilatazione, aumento del battito cardiaco, della pressione sanguigna, del tono muscolare e del livello di *arousal*) allo scopo di porre in atto un comportamento volto all'eliminazione o all'adattamento allo stressor
- *resistenza*: se il comportamento atto a far fronte allo stressor viene inibito si amplifica la secrezione ormonale steroidea, che tenderà a cronicizzarsi se l'inibizione persiste (aumenta la quantità di cortisolo, di ormoni sessuali, di aldosterone e, in un secondo momento, di insulina), con la comparsa di sintomi aspecifici (*Medical Unknown Symptoms* o MUS)
- *esaurimento*: si producono effetti sfavorevoli permanenti a carico della struttura somatica e, se la situazione non evolve favorevolmente per l'organismo, compare una malattia vera e propria.

Quando, in coincidenza della fase di allarme, la risposta comportamentale allo stressor è agita tale fase va incontro a risoluzione e si ha il ritorno alla normotonia, se invece non viene agita ma inibita insorge allora la fase di resistenza e successivamente quella di esaurimento.

Attraverso esperimenti sui topi analoghi a quelli compiuti da Selye, Laborit (1970) mostrò come i disturbi psicosomatici derivino da quella che chiamò «inibizione all'azione» prolungata nel tempo.

Seligman (1975), sulla base di osservazioni compiute sui cani, conìò l'espressione «sindrome di impotenza appresa» per descrivere un comportamento (non attendibile sulla base della teoria

behaviorista) per cui un animale messo ripetutamente nella condizione di non poter sottrarsi a stimoli spiacevoli evita di farlo anche quando potrebbe, assumendo un atteggiamento che ricorda la condizione depressiva nell'uomo.

Tornando alla risposta dello stress, essa non spiega però la specificità dei meccanismi patogenetici che conducono all'insorgere di una particolare malattia. Essa spiega piuttosto le sue premesse, in analogia con le corrispondenze emozioni-organi proprie della medicina tradizionale cinese.

Nella sua prospettiva biologica, Selye attribuisce ai meccanismi fisiologici che caratterizzano la risposta dello stress un carattere generalizzato, tale da riscontrarsi nelle più diverse situazioni stressogene in cui la risposta biologica sarebbe sempre la stessa.

Si tratta, in altre parole, del fattore patogeno necessario all'insorgere di una malattia ma non sufficiente a spiegare l'insorgenza di una specifica malattia e non di altre. Tali meccanismi ne costituirebbero perciò la *determinante aspecifica* che risulterebbe sottesa alle più svariate malattie.

Se le cose stanno in questo modo, che cosa andrebbe allora ad attivare i meccanismi patogenetici che presiedono all'insorgere di una particolare malattia piuttosto che di un'altra? In altre parole, in che cosa consiste la *determinante specifica* della malattia?

Una possibile risposta a questa domanda è forse racchiusa nelle differenze che sussistono tra gli animali da laboratorio e l'uomo, differenze che impediscono di generalizzare in modo diretto i risultati degli esperimenti compiuti da Selye sui topi all'organismo dell'essere umano:

- a. mentre gli animali da laboratorio non hanno alcuna opzione comportamentale trovandosi in un ambiente per loro innaturale, l'uomo nella sua quotidianità ha invece diverse opzioni comportamentali
- b. mentre negli animali la situazione di conflitto si realizza soprattutto all'esterno, nell'uomo essa diviene invece una condizione interiore oltre che sociale.

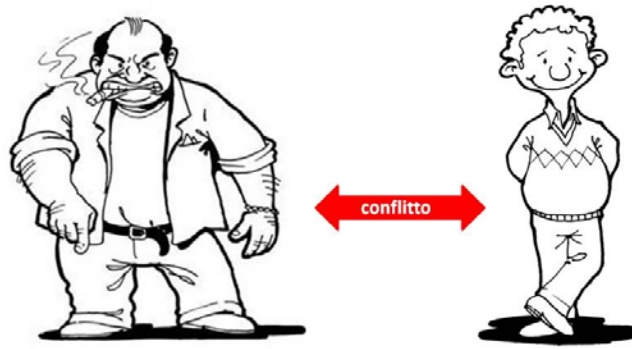
Combinando i due precedenti elementi si può ipotizzare che nell'essere umano i diversi quanto possibili modelli di adattamento che fanno parte del repertorio comportamentale di ogni individuo appartenente a quella cultura, in occasione di una situazione stressogena possono entrare in rotta di collisione e competere per il controllo del comportamento volto all'adattamento a tale situazione.

Se il capoufficio mi rimprovera posso mostrarmi condiscendente e accettare passivamente il rimprovero, posso accusarlo a mia volta di essere ingiusto, posso chiudermi in uno sdegnoso mutismo, posso dimostrargli che ho portato a termine una quantità di compiti con successo, posso da quel momento in poi cercare di prevenire ogni possibile errore per evitare di essere ancora rimproverato, posso ribellarmi e licenziarmi seduta stante, posso iniziare a fare ore e ore di straordinario per rimediare al mio errore, ecc. ecc.

Poniamo che a fronte del rimprovero del capoufficio percepisca contemporaneamente due impulsi contrastanti, che derivano da due stati emozionali assai diversi: rabbia e paura. In relazione al primo posso percepire l'impulso a ribellarmi al rimprovero e ad accusare a mia volta, in relazione al secondo posso sentire l'impulso mostrarmi condiscendente e ad accettare passivamente il rimprovero.

Tra le due opzioni comportamentali sceglierò, con ogni probabilità, quella in linea con i miei valori e con le mie convinzioni di fondo. Mentre il corrispondente modello adattivo sarà espresso nel mio comportamento osservabile, qualora sia alimentato da una potente emozione l'altro dovrà adottare una diversa modalità espressiva.

La seguente figura illustra tale esempio, mostrando il modello tipo «bullo» e quello tipo «pacifista» in aperto conflitto.



Dato che i due modelli risultano incompatibili nel sistema dei valori del soggetto, uno avrà la meglio sull'altro, il quale uscirà quindi sconfitto dal confronto. Se l'unico piano comportamentale disponibile per l'espressione del modello sconfitto è quello somatico, non potendo tale modello essere semplicemente disattivato o neutralizzato data la forza dello stato emozionale che spinge all'azione, potrà quindi insorgere una malattia. La malattia risulterebbe, dunque, l'unica strada rimasta per l'espressione comportamentale del modello adattivo sconfitto.

Nell'esempio precedente, se è il modello di adattamento tipo «bullo» ad uscire sconfitto dal confronto e se esso appare fortemente investito sul piano emozionale potrà sorgere una malattia che esprimerà simbolicamente la rabbia e l'aggressione, come ad esempio la dermatite, per cui compariranno bollicine rosse sul viso (vedi l'usanza che si riscontra in molti popoli tradizionali di tingersi il volto prima della battaglia).

Se invece è il modello di adattamento tipo «pacifista» ad uscire sconfitto dal confronto e se esso appare fortemente investito sul piano emozionale potrà sorgere una malattia che esprimerà simbolicamente la resa incondizionata, come ad esempio l'abbassamento della pressione sanguigna, per cui non si ha energia per reagire in modo aggressivo.

I modelli di adattamento appaiono, infatti, alimentati e motivati da emozioni (come tristezza, paura, senso di solitudine, rabbia, ecc.), le quali possono essere più o meno intense e più o meno emergenti alla consapevolezza, più o meno adeguatamente riconosciute attraverso un'etichetta linguistica, più o meno accettate o rifiutate.

Occorre a questo punto considerare lo straordinario potere del linguaggio nel neutralizzare gli effetti indesiderati degli stati emozionali non agiti attraverso il comportamento, potere che è ben dimostrato sia dagli studi sull'alessitimia sia dagli effetti della psicoterapia (Boschi, 2007).

È noto come la verbalizzazione degli stati emozionali e quelli che in psicodinamica sono chiamati «agiti» siano i due piatti di una stessa bilancia, in modo tale che se l'uno si solleva l'altro si abbassa e viceversa. In altre parole, l'accoglimento dello stato d'animo che spinge a porre in atto un dato comportamento disadattivo, disfunzionale o inopportuno rende meno probabile il manifestarsi di quest'ultimo.

In particolare, gli studi sull'alessitimia sottolineano la necessità di includere nel processo di somatizzazione umana anche la considerazione riguardante il *destino delle emozioni* in rapporto alla loro naturale tendenza all'esternazione (dal latino *ex-movere*, ossia *portar fuori*), il che può comportare:

- emergere o restare sommerse
- (nel caso in cui emergano) essere o meno adeguatamente riconosciute
- (nel caso in cui siano adeguatamente riconosciute) essere accettate o rifiutate
- (nel caso in cui siano accettate) essere o meno agite attraverso una qualche forma di comportamento non verbale o comunicate, ossia agite attraverso il comportamento verbale.

La seguente figura illustra i diversi destini delle emozioni.



Nel primo e nel secondo caso sopra considerati si condensa il significato del termine *alessitimia* (dal greco *a léxis thimos*, ossia *incapacità di dare un nome alle emozioni*), fenomeno che non appare di tipo *tutto o niente*, dato che in certa misura la si riscontra in ogni individuo.

Gli individui con un alto grado di *alessitimia* hanno difficoltà a individuare i motivi per cui provano stati interni e, al contempo, non sono in grado di interpretare le emozioni altrui. La capacità immaginativa e l'attività onirica sono ridotte, manca l'introspezione e vi è la tendenza a mettere in atto comportamenti che si conformano alla massa.

L'ipotesi è che risultando impedita o difficoltosa la mentalizzazione emozionale, ossia la capacità di rappresentare simbolicamente e in modo cosciente l'emozione, l'unico canale di rappresentazione-comunicazione che rimarrebbe aperto al comportamento inibito sarebbe quello somatico, la qual cosa determinerebbe la scelta dell'organo-funzione bersaglio.

Pressoché tutte le ricerche compiute concordano nell'affermare l'esistenza di una correlazione tra un alto grado di *alessitimia* e la tendenza a somatizzare. In conformità con la teoria freudiana, l'accesso al conscio sarebbe condizionato dalla possibilità di associare le «rappresentazioni di cosa» a quelle «di parola», perciò un adeguato riconoscimento verbale dello stato emozionale appare prerequisite indispensabile alla sua completa emersione alla consapevolezza.

Conformemente ai risultati degli studi sull'*alessitimia*, i quali sottolineano la correlazione tra un suo alto grado e la tendenza a somatizzare, l'incapacità a mentalizzare l'emozione, attribuendole prima di tutto un nome appropriato, sarebbe quindi responsabile dell'aumento della sua pressione interna, il che farebbe sì che il comportamento adattivo sconfitto sia destinato a essere espresso attraverso il corpo.

Bibliografia

Bertalanffy L. von (1968), *General System Theory*, Braziller, New York.

Boschi S. (2007), *Terapia dei Nuclei Profondi*, edizioni Sonda, Casale Monferrato (AL).

Laborit H. (1970), *L'agressivite detournee: introduction a une biologie du comportement social*, Union generale d'editions, Paris.

Seligman M. (1975), *Helplessness: on depression, development, and death*, W. H. Freeman, San Francisco.

Selye H. (1956), *The stress of life*, Mc. Graw-Hill Book, New York.