UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA APPLICATA

DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA DELLO SVILUPPO E DELLA SOCIALIZZAZIONE

CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN PSICOLOGIA CLINICO-DINAMICA

Tesi di Laurea Magistrale

"LE NARRATIVE DEL PAZIENTE PSICOSOMATICO: QUALE DIALOGO TRA MEDICINA DI BASE E PSICOLOGIA?"

"PSYCHOSOMATIC PATIENT'S NARRATIVES: WHAT DIALOGUE BETWEEN MEDICAL ASPECTS AND PSYCHOLOGY?"

Relatrice
Prof.ssa *Silvia Salcuni*

Correlatrice
Dott.ssa *Giulia Bassi*

Laureanda: *Martina Papa*
Matricola: 1231513

Anno accademico 2021/2022

Alle mie nonne

INTRODUZIONE

Vivere nel ventunesimo secolo richiede un continuo dispendio di energie. Infatti, la nostra vita è scandita da impegni, scadenze, sveglie che suonano, treni che passano, siamo sempre in movimento e indaffarati. In questo, non si può non considerare anche questo momento storico, ossia la pandemia per il Sars-Cov-2, che ha fatto emergere incertezza, paura, responsabilità, solitudine e isolamento, eliminando o perlomeno, limitando, tutte quelle libertà che erano concesse per sfogare e vivere qualche attimo di completa spensieratezza. Lo stress è, perciò, il protagonista del nostro vivere. Da un punto di vista scientifico, bisogna considerare che la manifestazione dello stress e della paura sono adattive in quanto permettono di migliorare le nostre capacità di *problem solving*, e ci preparano in maniera positiva verso sfide ancora più avverse, sviluppando così la nostra resilienza. Tuttavia, quando lo stress e la paura, diventano eccessive e prolungate nel tempo, diventano disfunzionali, influenzando negativamente la nostra mente e conseguentemente il nostro corpo che si rende portavoce di una sofferenza psicologica, comunicandola attraverso l'emergere di sintomi psicosomatici. Tali sintomi vengono indagati nel corso dei capitoli attraverso una ricerca sperimentale volta ad analizzare i vissuti dei pazienti nel loro percorso di diagnosi e trattamento, mettendo a confronto il trattamento farmacologico e psicoterapeutico e il ruolo del medico di base nell'assistenza primaria.

Più nel dettaglio, nel Capitolo Primo viene presentata una rassegna teorica sulla psicosomatica, partendo dalle sue origini sino ad oggi, spiegandone i costrutti che si celano dietro tali malattie. Vengono descritte tutte le principali patologie legate alla somatizzazione dello stress, analizzandone l'azione e gli effetti sul corpo da un punto di

vista anatomico e fisiologico. Infine viene proposto un confronto tra il modello medico e il modello bio-psico-sociale. Nel Capitolo Secondo viene presentata la ricerca sperimentale svolta, descrivendola nei dettagli. Nello specifico, la ricerca si compone di due parti: una prima parte quantitativa riguardante il questionario ed una seconda parte qualitativa delle interviste semi-strutturate. Nel Capito Terzo vengono presentati i risultati delle analisi quantitative e qualitative, successivamente discusse nel Capitolo Quarto. Proseguendo, nel Capitolo Quinto vengono proposti alcuni esempi di casi clinici, ripresi dalle interviste semi-strutturate.

Per concludere, vengono evidenziati i limiti di tale ricerca e vengono proposti dei possibili interventi futuri.

Alla fine dell'elaborato, si può consultare l'Appendice, viene presentato il questionario riguardante la prima parte della ricerca sperimentale.

CAPITOLO PRIMO

RASSEGNA TEORICA SULLA PSICOSOMATICA

1.1 LE ORIGINI DELLA PSICOSOMATICA

Per iniziare a parlare di psicosomatica è necessario ripercorrere a ritroso la linea del tempo partendo dalla cultura della seconda metà dell'Ottocento per chiarire la storia del concetto di "corpo", un argomento inizialmente considerato soltanto come oggetto di studio delle discipline mediche, ma che col tempo, è diventato argomento di interesse anche per le scienze umane come la psicologia, la psichiatria e la sociologia. Queste ultime iniziarono a proporre il concetto di corpo come ciò di cui l'uomo fa esperienza concreta e tangibile, infatti si sono proposti concetti come "immagine del corpo", "rappresentazione psichica del proprio corpo", iniziando a smantellare l'idea per cui il corpo è soltanto qualcosa di biologico che segue delle leggi deterministiche e meccaniche. Una svolta importante venne offerta dalla psicanalisi, in particolare Sigmund Freud (1895), che iniziò a considerare il rapporto tra mente e corpo come fondamentale e fu proprio lui a porre le basi per gli studi successivi in psicosomatica. A Freud si deve la scoperta che i nostri bisogni e le nostre esperienze, plasmano lo sviluppo del corpo e le sue funzioni, infatti propose un modello secondo cui i disturbi fisici si manifestano come conseguenza di stati psicologici. In particolare Freud (1895) si dedicò alla cura delle donne affette da isteria, si intende quindi dei malesseri somatici come ad esempio un'alterazione della sensibilità, uno svenimento ecc. nei quali non si riscontrava nessuna lesione organica, tanto che queste crisi si manifestavano soltanto in situazioni ansiogene o di stress psicologico. Da queste osservazioni iniziò a considerare il concetto di conversione, che si intende, come il processo di trasformazione di un conflitto inconscio in qualcosa di somatico. Per

comprendere meglio, si riporta un estratto di un suo scritto: "*Il rapporto tra corpo e psiche è un rapporto di interazione, ma l'altro aspetto di questo rapporto, l'azione della psiche sul corpo, trovò in passato poca clemenza agli occhi dei medici. (...) Esiste infatti un gran numero di malati, lievi e gravi che con i loro disturbi e le loro lagnanze pretendono molto dall'arte dei medici nei quali però, nonostante tutti i progressi nei metodi di indagine della medicina scientifica, non sono rintracciabili segni visibili e tangibili del processo patologico né in vita né dopo la morte. A questi stati si è dato il nome di nervosità e si sono definiti mali puramente funzionali del sistema nervoso. (...) Per lo meno in una parte di questi malati, i segni del male non provengono se non da un mutato influsso della vita psichica sul corpo e dunque la causa prima del disturbo è da cercarsi nella psiche."* (Freud, 1890, trad.it. 1967, 94-97)

Il suo concetto di conversione venne sempre più riconosciuto dalla comunità scientifica, tanto che venne inserito all'interno della categoria di disturbi somatoformi del Manuale diagnostico dei disturbi mentali (DSM-IV; APA, 1994). Questa diagnosi si basa su un criterio di esclusione, proprio perché attraverso le indagini mediche non veniva scoperto nulla di organico e si propendeva verso una diagnosi di tipo psicologico. I pazienti con isteria che curava Freud, difatti, erano facilmente riconoscibili per atteggiamenti emotivi particolari. Come propongono i criteri diagnostici per la ricerca in psicosomatica (DCPR; Fava et al. 1995) nei pazienti possiamo riscontrare ambivalenza o indifferenza verso i propri disturbi, le caratteristiche di una personalità istrionica, cambiamenti rapidi dell'umore, suggestionabilità e la precipitazione di sintomi in occasione di uno stress psicologico di cui il paziente sembra inconsapevole.

Le teorie di Freud sullo sviluppo delle nevrosi ebbero una grande influenza sui primi psicanalisti che si occuparono di psicosomatica, difatti iniziarono a concentrarsi sui

concetti di conflitto psichico e di inconscio per comprendere meglio i disturbi psicosomatici dei loro pazienti. Tra i nomi più importanti ricordiamo Groddeck, Deutsch e Chiozza. Groddeck (1897) rappresenta al meglio i primi anni della psicanalisi orientata verso lo studio della psicosomatica, infatti egli fu testimone di un'esperienza clinica dove scoprì che l'essere umano si esprime sempre attraverso un linguaggio simbolico, il quale sottende anche ai processi patologici e ai sintomi. Non a caso nel corso degli anni si iniziò a parlare di corpo ammettendone un'importante funzione comunicativa. Ciò lo portò a rifiutare fortemente la distinzione tra disturbo psichico e disturbo organico, pensando alla persona nella sua globalità, osservandone la creatività dei suoi simboli, ascoltando il suo linguaggio, interpretando le sue resistenze psichiche e rifiutando tutto ciò che fosse prettamente scientifico. Deutsch (1919), allievo di Freud propose una connotazione psicodinamica al concetto di psicosomatica, infatti era fortemente convinto che tutte le funzioni biologiche fossero influenzate da fattori emotivi e credeva che una qualsiasi attività fisiologica alterata fosse associata ad una particolare emozione determinata da un conflitto psichico. Chiozza (1976) invece, è uno psicanalista contemporaneo che ha esteso il concetto di conversione proposto inizialmente da Freud proponendo l'idea che le forze psichiche e somatiche non siano due sistemi diversi che si legano tra di loro con una logica causale bensì che esse siano "due facce della stessa medaglia" legate da un rapporto di significazione. Possiamo affermare che Chiozza con questa nuova concezione di conversione superi completamente la distinzione mente-corpo da sempre proposto dalla scienza tradizionale. Un altro esponente fondamentale da considerare è Alexander, portavoce della psicanalisi negli Stati Uniti dove fondò la rivista "*Psychosomatic Medicine*" (1939) che divenne un punto di riferimento importante per le pubblicazioni scientifiche e l'organo ufficiale *dell'American Psychosomatic Society* (APS) fondata nel

1942. Si nota in lui una somiglianza con la concezione di Chiozza, perché anche egli valutava l'organismo nel suo insieme senza separare le funzioni psicologiche da quelle somatiche criticando fortemente il dualismo mente-corpo ancora considerato nella medicina psicosomatica. Per Alexander (1950) infatti, ogni malattia è psicosomatica, in quanto i fattori emotivi influenzano sempre ogni processo del corpo umano interagendo con altri elementi somatici e ambientali. Da ricordare è la sua "Teoria della specificità di conflitto" (1946) secondo la quale ad ogni stato emotivo corrisponde una sindrome fisiologica caratteristica e per dimostrarne la sua validità cercò di compiere degli studi. Il primo studio fu proposto a nove medici psicoanalisti dell'Istituto di Chicago i quali dovevano condurre colloqui psicologici integrati da dati biografici con pazienti che soffrivano di malattie psicosomatiche classiche evitando ogni riferimento alla sintomatologia fisica e si osservò che mentre gli psicanalisti furono in grado di distinguere i pazienti identificando la loro malattia in oltre il 50% dei casi, i medici internisti formularono una diagnosi corretta solo nel 40% dei casi (Alexander, French & Pollock, 1968). Un secondo studio, condotto in condizioni di cieco su 120 reclute dell'esercito americano, dimostrò che, soltanto considerando i dati psicologici, i soggetti che avevano risposto allo stress d'addestramento svilupparono un'ulcera peptidica (Weiner et al. 1957). Questi studi dimostrano come l'eziologia delle patologie psicosomatiche debba esser ricercata seguendo una visione multifattoriale che consideri sempre l'aspetto biologico della vulnerabilità d'organo, la predisposizione psicologica e l'azione di eventi stressanti. Tutte queste correnti di pensiero, le ricerche e gli studi che ne dimostrano la validità hanno permesso di arrivare fino ad oggi, dove finalmente l'essere umano viene considerato non più solo come un corpo da misurare o una macchina che risponde a degli

stimoli in una logica lineare causa-effetto, bensì come un organismo attivo da leggere attraverso modelli integrati di medicina e psicologia.

1.2 LA PSICOSOMATICA OGGI

L' *American Psychiatric Association* (1994) definisce come psicosomatico *"tutto ciò che fa riferimento ad una costante e inseparabile interazione della psiche (mente) e del soma (corpo)"* ed è una disciplina scientifica che ha come scopo l'indagine delle cause e degli effetti delle relazioni fra mente e corpo in ambito clinico. Il concetto chiave dietro al termine "Psicosomatica" è la somatizzazione, termine introdotto da Stekel nel 1908 e che può definirsi, riprendendo le parole di Lipowski (1988), come *"La tendenza transitoria o persistente a provare a comunicare la sofferenza psicologica sotto forma di sintomi somatici e cercare aiuto per questi"* (Compare & Grossi, pag 386). Dati attuali (Porcelli, 2009), riportano un aumento della prevalenza di sintomi di somatizzazione: infatti, ad oggi, quasi la metà dei pazienti che chiede l'aiuto del medico di base soffre di disturbi somatici per i quali non è possibile identificare una lesione organica o un'alterazione che possa spiegare la loro presenza. Per questo motivo ci si spinge sempre di più a dare importanza alla psicosomatica attuale, a prendere in considerazione l'aspetto psicologico ed emotivo che si cela dietro ad un sintomo organico attraverso un approccio multidisciplinare, cercando di ampliare le competenze specialistiche di medicina, psicologia clinica e psichiatria partendo dall'assistenza di base. Questo è un obiettivo della politica sanitaria italiana che prova a spingere verso una maggior attenzione ai disturbi psicosomatici. Un passo importante è stato compiuto anche dalla Società Italiana di Medicina Psicosomatica, che nel 1997 ha approvato un *Consensus Statement*, definita

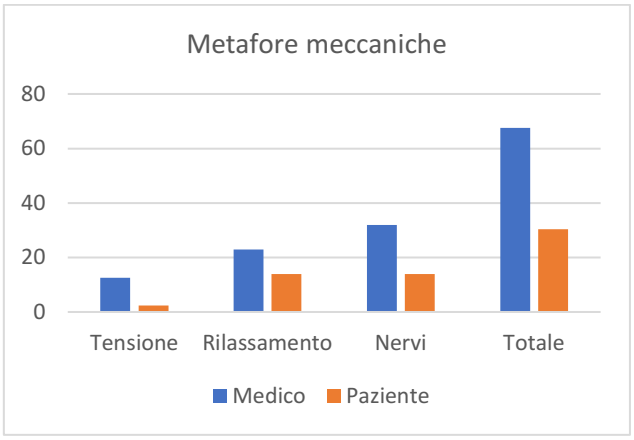
Convenzione di Parma (Compare & Grossi, 2012; pag.20), dove sono esplicitati tutti gli obiettivi della medicina psicosomatica odierni:

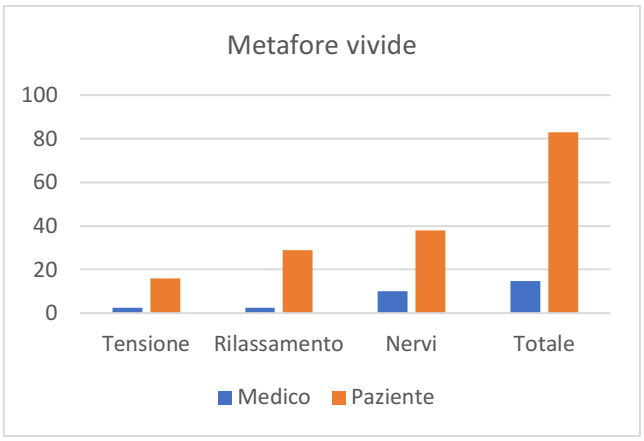
- Provare a rendere più umano il rapporto tra medico e paziente per contrastare il progresso tecnologico sempre più all'avanguardia e la proliferazione di specializzazioni sempre più dettagliate così da non dimenticare o trascurare l'uomo che vive con il suo carico di esperienze ed emozioni dietro le cifre e i referti di una cartella clinica.

- Recuperare lo stile di un'arte sanitaria centrata in primis sul malato piuttosto che sulla malattia per cui bisogna iniziare a considerare l'ulceroso e non l'ulcera, l'infartuato e non l'infarto.

Questo punto è fondamentale per chiarire un ulteriore bisogno da soddisfare nella cura dei pazienti psicosomatici: prestare attenzione alla comunicazione medico-paziente che deve essere orientata ad un approccio più empatico da parte del medico. Il paziente deve essere considerato nella sua specifica individualità come persona che ha e soffre di una malattia e non considerarlo soltanto come "un caso da curare". Il medico dovrebbe cercare di ascoltare con profondità la narrazione dei pazienti, ossia il modo in cui gli individui costruiscono la loro storia per riferire i propri sintomi e dare un senso e interpretazioni alle proprie esperienze, perché prima di essere pazienti sono persone. Per questo il medico non dovrebbe interessarsi soltanto sull'elenco dei sintomi scevri dall'analisi del contesto e della temporalità in cui sono comparsi. Sarebbe opportuno dar peso anche alla scelta delle parole del medico stesso nell'interazione col paziente, si dovrebbe cercare di evitare un linguaggio prettamente medico e meccanicistico che potrebbe avere un risvolto negativo sul paziente psicosomatico che potrebbe aver la sensazione di non sentirsi compreso a pieno. Anche su questo aspetto del linguaggio nelle consultazioni in medicina

generale, è stata fatta un'interessante ricerca da un gruppo di ricercatori inglesi (Skelton et al., 2002) e si è riscontrato che il rapporto era completamente inverso: per descrivere e rappresentare i sintomi e la malattia sono state utilizzate due tipologie di metafore differenti, quelle meccaniche come ad esempio definire il corpo come una macchina, e quelle vivide, per sottolineare un aspetto più profondo e simbolico dietro la corporeità. Si è riscontrato che le metafore meccaniche sono state utilizzate dai medici con una percentuale del 71%, di contro, i pazienti le hanno utilizzate con una percentuale del 29%. Le metafore vivide, invece, sono state utilizzate dai medici con una percentuale del 14%, contro un utilizzo da parte dei pazienti delle medesime nell' 86% dei casi. Per chiarire meglio la ricerca, di seguito sono riportati alcuni esempi. Nelle metafore meccaniche si può inserire il corpo come "apparato idraulico", "guasto meccanico", mentre nelle metafore vivide un esempio molto esplicativo è il corpo come "contenitore di sensazioni".





Questo conferma l'idea che molto spesso i medici facciano pochi sforzi per cercare di entrare nel mondo delle rappresentazioni mentali dei pazienti e questo è uno dei punti dove cercare di avviare un cambiamento per una migliore comprensione dei sintomi e del paziente psicosomatico nella sua globalità.

Proseguendo con gli obiettivi:

- Restituire dignità sia a chi soffre sia a chi cura

- Integrare tra i fattori di rischio delle malattie fisiche le variabili di personalità, i modelli di comportamento, gli stili di vita e le relazioni interpersonali.

Quest'ultimo punto è fondamentale per chiarire l'importanza del nuovo metodo da utilizzare per la comprensione delle malattie psicosomatiche, che si vedrà nei paragrafi

successivi, sarà da ritrovare nella teoria di Engel (1977) con la sua trattazione del "modello bio-psico-sociale di malattia" da sostituire al modello biomedico tradizionale che non lascia spazio ad alcuna dimensione non biologica della malattia.

Da ricordare un'altra tappa fondamentale del 1995, dove un gruppo internazionale di ricercatori hanno proposto i DCPR (Fava et al., 1995), "I criteri diagnostici per la ricerca in psicosomatica", i quali rappresentano uno strumento concettuale e diagnostico con l'obiettivo di tradurre variabili psicosociali provenienti dalla natura psicosomatica in strumenti operazionali utili dal punto di vista clinico e costituiscono un'originale impostazione teorica e clinica. I DPCR sono un set di 12 sindromi psicosomatiche: ansia per la salute, tanatofobia, negazione di malattia, nosofobia, sintomi somatici funzionali secondari a un disturbo psichiatrico, somatizzazione persistente, sintomi di conversione, reazione agli anniversari, comportamento di tipo A, umore irritabile, demoralizzazione e alessitimia.

1.3 UNO SGUARDO DIETRO LE MALATTIE PSICOSOMATICHE: I COSTRUTTI DI ANSIA, DEPRESSIONE E ALESSITIMIA

La *Cross-National Study* in *Primary Care* dell'OMS ha documentato la forte associazione tra disturbi psicosomatici e disturbi psicologici come disturbi d'ansia e disturbi dell'umore. Questa associazione non segue una linearità causa-effetto, bensì una circolarità: sono i disturbi di ansia e dell'umore a causare un sintomo organico o è il sintomo organico a causare ansia e depressione? Non si può rispondere a questo interrogativo, proprio perché si parla di disturbo psicosomatico, dove la psiche e il soma si intrecciano in un circolo vizioso o virtuoso, dove ognuno è causa e conseguenza

dell'altro. Per comprendere meglio il concetto vediamo i costrutti di ansia e depressione singolarmente.

L'ANSIA

I disturbi d'ansia comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive e i disturbi comportamentali correlati. La paura è da considerarsi come la risposta emotiva a una minaccia imminente, reale o percepita mentre l'ansia è l'anticipazione di una minaccia futura. Ovviamente questi due stati si sovrappongono, ma presentano delle differenze: la paura si associa più frequentemente a picchi di attivazione anatomica necessari alla lotta o alla fuga, a pensieri di pericolo immediato e a comportamenti di fuga, mentre l'ansia è spesso associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti prudenti e di evitamento (DSM-5, APA, 2014). Tra i disturbi presenti nel DSM-5 (APA, 2014), ci soffermiamo sul "Disturbo d'ansia generalizzata", che è caratterizzato dalla presenza di ansia e preoccupazione eccessive relative a una quantità di attività o eventi, dove la durata, l'intensità o la frequenza di queste sono eccessive rispetto alla concreta probabilità o l'impatto dell'evento temuto. Il soggetto ansioso ha difficoltà nel controllare la propria preoccupazione e a impedire che questi pensieri interferiscano con l'attenzione dedicata ai compiti che si stanno svolgendo. Gli adulti con disturbo di ansia generalizzata spesso si preoccupano per circostanze quotidiane, routinarie, come responsabilità lavorative, questioni economiche, salute dei familiari, disgrazie che possono capitare ai propri figli oppure piccole cose come per esempio svolgere faccende domestiche o far tardi agli appuntamenti (DSM-5; APA, 2014). Si riportano di seguito i criteri diagnostici secondo il DSM-5 (pag 256).

Tab1- Criteri diagnostici per disturbo di ansia generalizzata (DSM-5; APA, 2014 ,pag 256)

Criteri diagnostici
A. Ansia e preoccupazione (attesa apprensiva) eccessive, che si manifestano per la maggior parte dei giorni per almeno 6 mesi, relative a una quantità di eventi o di attività (come prestazioni lavorative o scolastiche) B. L'individuo ha difficoltà nel controllare la preoccupazione C. L'ansia e la preoccupazione sono associate a tre (o più) dei sei seguenti sintomi (con almeno alcuni sintomi presenti per la maggior parte dei giorni negli ultimi 6 mesi) Nota: Nei bambini è richiesto solo un item 1: Irrequietezza, o sentirsi tesi/e, "con i nervi a fior di pelle" 2: Facile affaticamento 3: Difficoltà a concentrarsi o vuoti di memoria 4: Irritabilità 5: Tensione muscolare 6: Alterazioni del sonno (difficoltà a addormentarsi o mantenere il sonno, o sonno inquieto e insoddisfacente) D. L'ansia, la preoccupazione o i sintomi fisici causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti E. La condizione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., una droga, un farmaco), o di un'altra condizione medica (per es.,ipertiroidismo) F. Il disturbo non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale (per es.,l'ansia o il timore di avere attacchi di panico nel disturbo di panico, la valutazione negativa nel disturbo d'ansia sociale (fobia sociale), la contaminazione o altre ossessioni del disturbo ossessivo compulsivo, la separazione dalle figure di attaccamento nel disturbo d'ansia di separazione, i ricordi di eventi traumatici nel disturbo da stress post traumatico, il prendere peso nell'anoressia nervosa, le lamentele fisiche nel disturbo da sintomi somatici, i difetti percepiti nell'aspetto fisico nel disturbo di dismorfismo corporeo, l'avere una grave malattia nel disturbo da ansia di malattia, oppure il contenuto di convinzioni deliranti nella schizofrenia o nel disturbo delirante)

Nella diagnosi di disturbo psicosomatico è fondamentale indagare la presenza di sintomi di ansia generalizzata nel paziente psicosomatico per comprendere se la causa della sintomatologia possa derivare dalla preoccupazione cronica del soggetto, che, come si vedrà più avanti, crea un'iperattivazione del sistema nervoso autonomo aumentando i

livelli di stress. Inoltre, è bene indagarla in quanto potrebbe modificare anche la rappresentazione di malattia (*illness representation*) e quindi influire non solo sull'attribuzione causale e narrativa dei sintomi, ma anche sul decorso della sua patologia e sulle sue conseguenze, questo perché il paziente con un'ansia generalizzata potrebbe iniziare a manifestare un'ansia per la salute stessa, amplificando le sue sensazioni somatiche concentrandosi eccessivamente sul dolore e sul proprio corpo con il rischio di sfociare in un comportamento abnorme di malattia. Quest' ultimo concetto è stato introdotto da Pilowksy (1993) considerandolo come un modo disadattivo di avvertire, percepire, valutare e rispondere al proprio stato di salute. Questi pazienti, nonostante le chiarificazioni e rassicurazioni del medico stesso, decidono imperterriti di trovare un'ulteriore spiegazione alla propria condizione di salute rivolgendosi assiduamente al medico di base, il quale potrebbe prescrivere ulteriori esami diagnostici, richiedere la consulenza di ulteriori specialisti e prescrivere procedure diagnostiche invasive anche se ritenute non indispensabili, con lo scopo di trovare una diagnosi. Tutto questo oltre a portare ad un'eccesiva spesa sanitaria, ha molti risvolti negativi sull'aspetto psicologico del paziente stesso; il medico di base dovrebbe cercare di arginare il desiderio di trovare a tutti i costi una causa organica al disturbo psicosomatico del paziente, qualora gli esami specialistici già eseguiti, scelti ad hoc per indagare la sintomatologia, siano risultati negativi.

LA DEPRESSIONE

La depressione, secondo il DMS-5 rientra nei disturbi depressivi che hanno tutti una caratteristica in comune: la presenza di umore triste, vuoto o irritabile, accompagnato da modificazioni sia cognitive che somatiche le quali incidono significativamente sulla capacità di funzionamento dell'individuo. Nella diagnosi di disturbo psicosomatico, la

presenza di umore triste è considerata un fattore psicologico che può influenzare la condizione medica, ma anche un rischio stesso, sia emotivo che fisico, per la salute del paziente. Alcune revisioni recenti della letteratura hanno per esempio evidenziato come in pazienti con malattie croniche vi fosse un alto tasso di prevalenza di depressione e, a livello mondiale, pazienti con diagnosi di depressione e patologie croniche come per esempio asma, angina, artrite, hanno evidenziato punteggi significativamente inferiori nelle condizioni generali di salute rispetto ai pazienti con le stesse patologie ma senza depressione. (Porcelli, 2009).

Si riportano di seguito i criteri diagnostici del DMS-5 per il disturbo depressivo maggiore.

Tab2- Criteri diagnostici per disturbo depressivo (DSM-5; APA, 2014, pag 185)

Criteri diagnostici
A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti durante un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1) umore depresso o 2) perdita di interesse o piacere. Nota: Non comprendere sintomi chiaramente attribuibili a un'altra condizione medica. 1 Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni, come riportato dall'individuo (per es., si sente triste, vuoto/a, disperato/a) o come osservato da altri (per es., appare lamentoso/a) 2 Marcata diminuzione di interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (come indicato dal resoconto soggettivo o dall'osservazione) 3 Significativa perdita di peso, non dovuta a dieta, o aumento di peso (per es., cambiamento superiore al 5% del peso corporeo in un mese) oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni. 4 Insonnia o ipersonnia quasi tutti i giorni. 5 Agitazione o rallentamento psicomotori quasi tutti i giorni (osservabile dagli altri; non semplicemente sentimenti soggettivi di essere irrequieto/a, rallentato/a. 6 Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni

7 Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti), quasi tutti i giorni (non semplicemente autoaccusa o sentimenti di colpa per il fatto di essere ammalato/a)
8 Ridotta capacità di pensare o di concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni (come impressione soggettiva o osservata da altri)
9 Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio.

B. I sintomi causano un disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica.

Nota: i criteri A-C costituiscono un episodio depressivo maggiore.

D. Il verificarsi dell'episodio depressivo maggiore non è meglio spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo schizofreniforme, dal disturbo delirante o dal disturbo dello spetto della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione.
E. Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale.

Tra i principali strumenti psicometrici utilizzati in psicosomatica per valutare la presenza di depressione ricordiamo la *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Steer, Ball, Ranieri, 1996)) di Beck, *Hamilton Depression Scale* (HDS, Hamilton, 1960) e la PHQ-9 (Spitzer, Williams, Kroenke, 2006). Valutare la presenza di sintomi depressivi è fondamentale perché, come ci dice il DMS-5, la depressione, nei suoi episodi maggiori causa un'iperattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che come si vedrà, nel paragrafo successivo può comportare delle variazioni somatiche.

L'ALESSITIMIA

Un altro concetto cardine da considerare nelle malattie psicosomatiche e a cui ci si sta interessando sempre di più è il costrutto dell'alessitimia, etimologicamente dal greco "*a"* assenza, "*lexis*", linguaggio e "*thymos",* emozione, letteralmente "mancanza di parole". Il termine alessitimia è stato introdotto da Sifneos e Nemiah nel 1973 per descrivere la condizione psicologica caratterizzata dall'incapacità di descrivere a parole le proprie

emozioni, il pensiero pratico e utilitaristico e scarsità di fantasia. La ricerca ha dimostrato che l'inibizione dell'espressione delle emozioni e in particolare la tendenza a sopprimere la rabbia, sia correlata ad un rischio aumentato di sviluppare svariati problemi somatici e che l'alessitimia sia più frequente nei pazienti affetti da condizioni psicosomatiche croniche rispetto ad altri soggetti. L'alessitimia è definita attraverso quattro caratteristiche (Baldoni, 2010, pag 153):

- Difficoltà a identificare e descrivere le emozioni. Si ritiene che i soggetti con alessitimia abbiano una difficoltà a verbalizzare le proprie emozioni e sembrano non averne consapevolezza. Possono presentare degli scoppi improvvisi di emozioni intense come rabbia, paura o pianto e non riescono a collegare la manifestazione emozionale con i propri ricordi, fantasie o specifiche situazioni.
- Difficoltà nel distinguere gli stati affettivi soggettivi dalle componenti somatiche dell'attivazione emotiva. I soggetti alessitimici esprimono le loro emozioni principalmente attraverso la componente fisiologica, in quanto non sono capaci di elaborarne l'aspetto soggettivo vissuto e ciò può spiegare il motivo per cui alcuni soggetti sviluppino disturbi di somatizzazione.
- Povertà di processi immaginativi che si può riscontrare anche nell'attività onirica o anche nei sogni ad occhi aperti.
- Stile cognitivo orientato verso l'esterno, da intendersi come la concentrazione su tutto ciò che è esterno alla vita psichica. Sul piano cognitivo, ad esempio, questo si manifesta con un pensiero razionale che tende ad illustrare azioni ed esperienze senza investimenti affettivi come se il soggetto non vivesse da protagonista la sua vita bensì come spettatore.

Riprendendo i concetti espressi inizialmente, si potrebbe fare un parallelo tra la prima caratteristica dell'alessitimia "Difficoltà di identificare e descrivere le emozioni" e la funzione comunicativa del corpo, come se il corpo prendesse il posto della persona nell'espressione delle emozioni intense, basti pensare che i pazienti alessitimici anche quando si rivolgono al medico di base, si limitano a descrivere i loro disturbi fisici piuttosto che raccontare i loro vissuti interiori, sentimenti, paure o desideri. Questo scarso contatto con la vita emotiva si può osservare anche nei confronti delle situazioni stressanti o conflittuali dove i soggetti anziché avvertire il loro disagio sul piano psicologico lo spostano su un versante organico. Partendo da queste considerazioni la psicosomatica moderna ha deciso di introdurre l'alessitimia nei DCPR e la valutazione attraverso scale di misurazione è diventato uno degli step nella diagnosi con pazienti che presentano sintomi senza causa organica. Inoltre, la ricerca sull'alessitimia (Baldoni, 2012, pag 157), conferma che la presenza di tratti alessitimici debba essere considerata come un fattore di rischio molto significativo per lo sviluppo di malattie, tanto che studi recenti hanno dimostrato la presenza di queste caratteristiche anche in altre condizioni patologiche come le malattie cardiovascolari, gastrointestinali, respiratorie, dermatologiche, metaboliche, oncologiche, infettive e alcuni disturbi psichiatrici come disturbi alimentari, disturbi da dipendenza, disturbi dissociativi, disturbi di personalità.

1.4 AZIONE ED EFFETTI DELLO STRESS SUL CORPO

Per comprendere al meglio la connessione tra lo stress e i sintomi psicosomatici dobbiamo partire dal significato stesso della parola stress. Lo stress è stato oggetto di ricerche a partire dall'inizio del Novecento e il primo ricercatore che si è interessato nello studio di

questo in una prospettiva fisiologica fu Walter Cannon (1929) il quale introdusse il concetto di "reazione di allarme" a partire da alcuni esperimenti sugli animali, in particolare sui cani. Nei suoi studi, del 1915, egli dimostrò come i cani, sottoposti ad uno stress intenso, attivavano una serie di risposte di allarme automatiche di tipo fisiologico: aumento della frequenza cardiaca, aumento della pressione sanguigna, aumento di glucosio e grassi nel sangue, dilatazione delle pupille, stimolazione dei muscoli erettori dei peli, modifica della distribuzione del sangue nei vari distretti corporei, agitazione e insonnia Questa risposta psicosomatica venne definita "attacco-fuga", ovvero una reazione ad uno stimolo nocivo, definito "*stressor*" che determina la perturbazione dell'equilibrio omeostatico dell'organismo. Negli anni successivi continuarono gli studi sullo stress e in particolare ricordiamo Hans Seyle (1936) il quale definì lo stress come "la risposta non specifica dell'organismo a ogni richiesta di cambiamento". Egli la definì non specifica in quanto, indipendentemente dalla natura dello *stressor* che sappiamo essere sia di natura fisica o psichica, i meccanismi di adattamento che vengono attivati sono sempre gli stessi a conferma del fatto che si tratta di una risposta biologica primaria legata alla sopravvivenza, ovvero un meccanismo di difesa che l'organismo utilizza per superare una difficoltà per poi tornare, il prima possibile, al suo normale equilibrio operativo basale che si definisce "omeostasi". Seyle (1936, pag 132-138) definì questa reazione biologica adattiva "Sindrome generale di adattamento" che si costituisce di tre fasi distinte:

- Fase di allarme in cui l'organismo mobilita le sue difese attivando l'asse ipofisi-cortico-surrene e la midollare del surrene con conseguente produzione di ormoni corticosurrenali.

- Fase di resistenza in cui, in caso di persistenza dello stress, avviene una riduzione delle difese nei confronti degli altri stressors, da tradurre come un adattamento ad un livello diverso di attivazione con impossibilità di tornare ad uno stato di equilibrio basale originario.
- Fase di esaurimento dove l'organismo non è più in grado di fronteggiare lo stimolo nocivo e si arriva ad uno scompenso dei meccanismi di difesa e comparsa di patologia d'organo. Se questo ultimo processo si prolunga eccessivamente nel tempo si inizia a parlare di "stress cronico" e si può arrivare a danni d'organo irreversibili accompagnati da gravi scompensi metabolici fino al determinarsi di una malattia di adattamento come ad esempio un'ulcera, una patologia renale, una riduzione della pressione ematica ecc.

Per comprendere il meccanismo fisiologico della malattia di adattamento bisogna partire dall'anatomia del sistema nervoso.

Il sistema nervoso centrale è una struttura bilaterale formata da due parti principali: il midollo spinale e il cervello. Il cervello a sua volta comprende sette parti principali:

- Il bulbo, direttamente sopra al midollo spinale e comprende numerosi centri responsabili di alcune funzioni viscerali di importanza vitale come ad esempio la digestione, il respiro e il controllo del ritmo cardiaco.
- Il ponte, situato cranialmente al bulbo e trasporta le informazioni relative al movimento che provengono dagli emisferi cerebrali e sono destinate al cervello.
- Il cervelletto, situato dietro il ponte e connesso al tronco dell'encefalo attraverso alcuni grandi fasci di fibre e modula la forza e l'ampiezza dei movimenti in quanto è deputato all'apprendimento dei programmi di abilità motoria.

- Il mesencefalo che si trova rostralmente al ponte e controlla molte funzioni sensitive e motorie, come movimenti oculari e la coordinazione dei riflessi visivi e uditivi.
- Il diencefalo, localizzato rostralmente al mesencefalo che contiene due strutture: il talamo, che elabora gran parte delle informazioni che giungono alla corteccia cerebrale e l'ipotalamo che regola le funzioni del sistema endocrino, sistema nervoso autonomo e le funzioni viscerali.
- Il cervello che contiene i due emisferi cerebrali che comprendono uno stato esterno chiamato corteccia cerebrale suddivisa in quattro lobi: frontale, parietale, occipitale e temporale. Poi vi sono tre strutture localizzate in profondità: i nuclei della base che si occupano della regolazione delle prestazioni motorie, l'ippocampo che conserva le tracce mnemoniche e i nuclei dell'amigdala che coordinano le risposte endocrine e del sistema nervoso autonomo in rapporto con gli stati emotivi.
- Il corpo calloso, fascio di assoni che interconnette i due emisferi cerebrali favorendo la loro comunicazione e coordinazione.

Nel sistema nervoso sono presenti due classi principali di cellule: le cellule nervose chiamate anche neuroni e le cellule gliali o glia. Il neurone possiede quattro regioni morfologiche: il corpo cellulare o soma che è il centro metabolico del neurone che dà origine ai dendriti brevi e un lungo processo tubolare detto assone. I dendriti rappresentano il principale apparato destinato a ricevere i messaggi che arrivano dalle altre cellule nervose e l'assone che si estende a distanza dal corpo cellulare trasmette i messaggi ad altri neuroni. Le cellule gliali sono morfologicamente diverse dai neuroni in quanto non danno origine né a dendriti né ad assoni e sono anche funzionalmente diverse

dai neuroni perché non sono elettricamente eccitabili e non partecipano direttamente alla trasmissione dei segnali elettrici ma hanno un ruolo importante nella regolazione delle funzioni nervose.

Dopo aver presentato questa breve panoramica sull'anatomia del sistema nervoso centrale ci si sofferma sull'ipotalamo, l'area cerebrale che secondo Cannon si attiva nella risposta psicosomatica di attacco-fuga, proprio perché questa struttura fornisce un contributo al mantenimento dell'omeostasi agendo su tre sistemi principali: il sistema motorio autonomo, il sistema endocrino e un sistema neurale che concerne la motivazione. Gli agenti stressanti (*stressors*) di varia origine e natura utilizzano differenti mediatori chimici come ad esempio citochine, neurotrasmettitori e neuropeptidi, che si vedranno nel dettaglio più avanti che, come via finale comune attivano i nuclei paraventricolari dell'ipotalamo (NVP) portando a degli effetti. Attivano due diverse vie nervose dello stress: la via nervosa del sistema nervoso ortosimpatico e la via nervosa del locus coeruleus e una via chimica dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene.

VIA NERVOSA DELLO STRESS: SISTEMA NERVOSO AUTONOMO ORTOSIMPATICO

Il sistema motorio ortosimpatico regola parametri fisiologici sistemici come la pressione arteriosa e la temperatura corporea influenzando cellule bersaglio che si trovano in tutti i tessuti del corpo. Questa funzione di regolazione dipende da vie afferenti provenienti dal midollo spinale e da strutture sovraspinali che controllano l'attività dei neuroni pregangliari che stabiliscono delle connessioni sinaptiche con neuroni dei gangli ortosimpatici paravertebrali e prevertebrali che, a loro volta, formano sinapsi con un gran numero di organi bersaglio come il cuore, vie aeree bronchiali, muscoli piloerettori, vasi

sanguigni e ghiandole salivari e sudoripare. Inoltre possono creare dei contatti sinaptici anche con cellule della midollare del surrene che secernono adrenalina e noradrenalina che agiscono come ormoni su bersagli disposti a distanza. I neuroni ortosimpatici rilasciano la noradrenalina che si diffonde rapidamente sui tessuti e determina l'attivazione di vari organi viscerali come vasi, cuore, polmoni, ghiandole e muscoli allo scopo di consentire una reazione attacco-fuga, determina l'inibizione di altri organi viscerali come lo stomaco, la vescica e l'intestino, la quale attivazione in un momento di emergenza rappresenterebbe un eccessivo dispendio energetico, determina inoltre una stimolazione della midollare del surrene che produce noradrenalina e adrenalina con azione di rinforzo sui visceri attivati dall'ortosimpatico. L'attivazione dell'ortosimpatico si basa sempre sul concetto di omeostasi, infatti, in condizioni normali, lo stato di attivazione è momentaneo per far sì che poi l'organismo ritorni ad uno stato di normale equilibrio basale attraverso l'attivazione del sistema nervoso autonomo parasimpatico, il quale ha un effetto opposto e calmante che blocca l'azione stimolante dell'ortosimpatico. Quando lo stress è cronico questo meccanismo di autoregolazione smette di funzionare e non si raggiungono più i valori basali di riposo, portando ad un alto dispendio energetico e un'attivazione eccessiva del sistema cardiovascolare, respiratorio, muscolare, metabolico, termogenetico e immunitario.

VIA NERVOSA DELLO STRESS: LOCUS COERULEUS

Il locus coeruleus è un gruppo di circa dodici mila neuroni situato nel ponte e rappresenta la principale fonte di rilascio di noradrenalina cerebrale. La funzione del locus coeruleus durante le situazioni di stress o di pericolo è quella di incrementare la reattività cerebrale e la rapidità di elaborazione delle informazioni delle vie motorie e sensoriali rendendole

maggiormente efficienti, stimolandone la concentrazione, attenzione e vigilanza cognitiva.

VIA CHIMICA DELLO STRESS: ASSE IPOTALAMO-IPOFISI-SURRENE

La via chimica dello stress è composta da tre strutture fondamentali che agiscono insieme in un asse di influenze reciproche: ipotalamo con i suoi nuclei paraventricolari che si attivano in risposta a stimoli stressanti, l'ipofisi o ghiandola pituitaria che risponde alle stimolazioni dell'ipotalamo e la zona corticale del surrene, una ghiandola endocrina che risponde a sua volta all'ipofisi. La comunicazione tra le diverse strutture avviene in una serie di passaggi:

- I nuclei paraventricolari dell'ipotalamo rilasciano l'ormone di rilascio della corticotropina (CRH)
- Il CRH stimola l'ipofisi a produrre l'ormone adrenocorticotropo (ACHT)
- L'ACHT a sua volta agisce sulla zona corticale del surrene stimolandola a produrre ormoni glucocorticoidi (cortisone). Dal cortisone, attraverso una serie di passaggi si arriva alla produzione di cortisolo.

Il cortisolo, universalmente riconosciuto come "ormone dello stress" è il protagonista centrale della vulnerabilità per le malattie psicosomatiche poichè rappresenta la chiave per comprendere l'azione dello stress sul sistema immunitario, infatti alti livelli di cortisolo sono associati a diverse condizioni patologiche stress-correlate come: depressione, disturbi cognitivi, aumento della morbilità per malattie cardiovascolari (Compare, Grossi, 2012). L'azione del cortisolo è collegata a diversi effetti fisiologici:

- l'incremento della produzione del glucosio attraverso la lipolisi e la proteolisi, rispettivamente la degradazione dei lipidi in acidi grassi e delle proteine, andando

ad intaccare le maggiori fonti proteiche del nostro organismo quali muscoli e ossa; infatti uno dei maggiori rischi dell'ipercotisolemia in caso di stress prolungato è la riduzione della massa muscolare, della formazione ossea che causa osteoporosi e del connettivo.

- L'incremento di livelli di glucosio nel sangue che, in caso di ipercortisolemia può comportare l'alterazione del metabolismo di zuccheri e grassi legato al rischio di sviluppare obesità o diabete.
- Incrementa la produzione di catecolamine (noradrenalina e adrenalina) della midollare del surrene andando a sostenere l'azione di esse sul sistema cardiovascolare che possono provocare alterazioni del ritmo e della frequenza cardiaca. In caso di ipercortisolemia si rischiano alterazioni della coagulazione e della pressione arteriosa con lo sviluppo di ipertensione.
- Effetti sull'inibizione della risposta immunitaria innata. In riferimento a questo bisogna fare una distinzione importante sulla tipologia di stress: se si tratta di uno stress a breve termine vi è una compromissione della risposta immunitaria per una logica di sopravvivenza, questo perché nel caso di un pericolo esterno ad esempio, il cortisolo prepara il corpo alla lotta e alla fuga dando priorità al fuggire piuttosto che alla guarigione o riparazione dei tessuti. Quando invece si parla di uno stress cronico, prolungato nel tempo, si rischia di arrivare all'immunosoppressione. Questo concetto sarà trattato più nel dettaglio nel paragrafo successivo prendendo in considerazione la prospettiva della psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI).

1.5 LA PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA

La psiconeuroendocrinoimmunologia è una disciplina piuttosto recente, il suo modello teorico ha iniziato a farsi spazio tra il 1995 e il 2005, riuscendo a modificare l'approccio di comprensione alle patologie e al paziente stesso visto come un network in momentaneo disequilibrio con una prospettiva olistica. Come si comprende dal nome stesso, la psiconeuroendocrinoimmunologia studia e spiega le forti interazioni tra il sistema nervoso, sistema endocrino e sistema immunitario, sistemi che comunicano e si influenzano a vicenda. Il modello teorico proposto dalla PNEI ci aiuta a comprendere come l'essere umano, sottoposto ad uno stress cronico e prolungato possa diventare più vulnerabile alle patologie organiche. Per capire tutto questo bisogna analizzare nel dettaglio i processi fisiologici del sistema immunitario.

Il sistema immunitario è deputato alla protezione del corpo da virus e batteri attraverso l'azione di alcune cellule specializzate. La prima linea di difesa sono i globuli bianchi, chiamati anche leucociti o linfociti e si distinguono in due classi di cellule: le cellule-B e le cellule-T. Le cellule-B sono prodotte dal midollo osseo e producono anticorpi specifici progettati per rispondere a specifici antigeni, ovvero corpi estranei come virus, o batteri ma anche cellule tumorali. Le cellule-T, invece, sono prodotte nell'importante ghiandola endocrina, il timo. La differenza tra le due cellule è che le cellule-B agiscono direttamente: quando riconosce un antigene, comincia a dividersi e a produrre anticorpi che iniziano a circolare nel sangue. Le cellule-T invece non sono in grado di riconoscere direttamente gli antigeni da sole, si attivano soltanto in seguito all'azione di altre cellule chiamate macrofagi che rilasciano una sostanza chimica chiamata interleuchina-1. Le cellule immunitarie per comunicare tra loro utilizzano delle piccole molecole proteiche che fungono da messaggeri chimici: le citochine, considerate fondamentali nella risposta

del sistema immunitario allo stress in quanto svolgono un ruolo importante nella mediazione della risposta infiammatoria e immunitaria. Si distinguono in due categorie principali:

- Le citochine proinfiammatorie
- Le citochine infiammatorie

In condizioni di stress prolungato, il meccanismo fisiologico di regolazione del cortisolo nella produzione di citochine viene compromesso e, di conseguenza, nell'organismo aumenta il numero di citochine proinfiammatorie portando ad un incremento di infiammazione nell'organismo. Sarà proprio questa infiammazione cronica il fattore di rischio per una vasta gamma di problemi di salute e malattie stress-correlate. Le vediamo ora nel dettaglio.

1.6 PRINCIPALI PATOLOGIE LEGATE ALLA SOMATIZZAZIONE DELLO STRESS

I DISTURBI GASTROINTESTINALI

Il sistema digerente viene considerato la parte del corpo più sensibile alle emozioni, come dimostrato dalla stretta connessione tra esso e una fitta rete di fibre del sistema nervoso vegetativo, simpatico e parasimpatico che fanno da via di comunicazione tra i centri cerebrali e i visceri. Numerosi studi hanno osservato come i disturbi psicosomatici della funzione gastrointestinale fossero presenti in soggetti sani sottoposti a una tensione emotiva insolita (Compare & Grossi, 2012). Questi studi spiegano il ruolo dei fattori psichici nelle malattie gastrointestinali, accettando la teoria di un'eziopatogenesi complessa risultante di una reciproca interazione di fattori biologici, psicologici e sociali.

Un esempio molto esplicativo è l'ulcera peptidica, ad oggi ritenuta una patologia perché endoscopicamente si può visualizzare la lesione della mucosa gastrica o duodenale e si considera organica poiché causata da un batterio, Helicobacter pylori scoperto nel 1982 da Robin Warren e Barry Marshall. Tuttavia, in uno studio di Porcelli e Todarello (2003), sono stati osservati pazienti con ulcera gastrica in assenza del batterio Helicobacter pylori, ma in condizioni di stress psicologico, questo a dimostrazione di come lo stress psicologico abbia un ruolo fondamentale nell'eziologia dell'ulcera gastrica e di come ogni patologia debba essere analizzata prendendo in considerazione tutti gli aspetti del paziente. Un altro disturbo gastrointestinale che dimostra una stressa connessione tra psiche e apparato gastrointestinale è il reflusso gastroesofageo con sintomi di bruciore allo stomaco, alcuni studi hanno mostrato come il reflusso sia più comune nei pazienti con disturbi mentali come nevrosi, ansia e depressione rispetto ai pazienti sani. Dalla letteratura ci sono conferme che gli stress psicosociali, aumentando l'infiammazione per il processo delle citochine spiegato in precedenza, possono compromettere l'integrità della barriera mucosa gastrointestinale, favorendo il passaggio di batteri patogeni sulla barriera epiteliale e si assiste al rischio di malattie infiammatorie gastrointestinali come ad esempio il morbo di Crohn oppure la colite ulcerosa (Gulseren Keskin, 2016). Un altro studio scientifico ha dimostrato l'interazione di stress e disturbi gastrointestinali analizzando gli effetti sui recettori dell'ormone rilasciante la corticotropina (CRF): il recettore CRF-2 regola l'inibizione del tratto gastrointestinale superiore e il recettore CRF-1 è responsabile della risposta del colon e hanno un effetto ansiogeno nel tratto gastrointestinale inferiore, dimostrato in esperimenti su animali, dove l'attivazione dei recettori, sia centrali che periferici, potenziavano la risposta motoria e secretoria del colon con sviluppo di diarrea (Compare, Grossi 2012). Questi studi ed esempi sono la chiave

per comprendere le interazioni tra stress psicofisico e disturbi funzionali digestivi, ad alta prevalenza nella popolazione generale, causa di morbilità e di costi socio sanitari assai elevati, a fronte di una completa negatività degli esami di laboratorio o anatomo-morfologici. Per questo, i disturbi funzionali digestivi vengono definiti "solo nella testa dei pazienti" e vengono spesso trascurati dalla maggior parte dei gastroenterologi e dai medici di medicina generale con il risultato di perpetuare lo stress psicologico del paziente legato alla mancata comprensione del disturbo. L'American Gastroenterological Association (2002) ha verificato che le locuzioni utilizzate maggiormente dai medici per descrivere i disturbi funzionali digestivi sono disturbi senza cause strutturali, infettive o metaboliche, o disturbi da stress, questo a conferma di come la diagnosi si faccia spesso per esclusione di cause organiche evidenti e verificabili. La diagnosi per esclusione è ben definita dagli attuali criteri diagnostici per i disturbi gastrointestinali funzionali dai criteri di Roma III [1] accettati a livello internazionale che confermano il criterio "Non vi sono evidenze (incluso esame endoscopico del tratto digestivo) di patologie strutturali che spiegano i sintomi. Non è più sostenibile razionalmente il tentativo di discriminare i fattori fisiologici da quelli psicologici nella formazione di sintomi gastrointestinali di dolore o di altro tipo, di dismotilità gastrointestinale o anche di infiammazione intestinale. Al contrario, i FDIG devono essere concepiti in termini di disregolazione delle funzioni cerebro-intestinali e il nostro compito è di determinare il livello in cui ciascuna funzione è operativa e rimediabile" (Porcelli, Sonino, 2008, pag 48).

[1] I criteri di Roma III sono gli attuali criteri diagnostici accettati a livello internazionale e rappresentano la classificazione per i disturbi di ciascun segmento del tratto gastrointestinale.

I DISTURBI DEL SONNO

È risaputo che uno stato di ansia acuto possa disturbare il sonno, un esempio è l'insonnia, sintomatologia che si associa ad un disturbo derivante da conflitti emotivi quando non è associata al dolore o a lesioni del sistema nervoso o ad altre malattie organiche. Gli studi evidenziano che nel 50% dei casi i pazienti insonni soffrono di ansia o depressione. Anche qui il protagonista è la CRH, si è infatti dimostrato sul modello animale che la somministrazione di CRH, grazie ad un effetto di tipo eccitatorio su diverse strutture sottocorticali come ad esempio il locus coeruleus, l'amigdala e l'ippocampo e altri nuclei ipotalamici, induce un aumento dello stato di veglia. Come nel modello animale, anche nell'uomo, attraverso esperimenti si è dimostrato come la somministrazione di CRH induce un incremento dei livelli di *arousal*, causa principale di aumento di espressione delle alte frequenze elettroencefalografiche e quindi a frammentazione del sonno e riduzione del sonno profondo. Per comprendere il ruolo dello stress sul sonno, ci viene in aiuto la teoria di Michael Perlis (1997) "Teoria neurocognitiva dell'insonnia", la quale spiega come l'insonnia acuta sia associata a fattori predisponenti e precipitanti come gli *stressors* psicosociali. Non si può non considerare che lo stress, oltre a poter essere una causa dell'insonnia ne è anche conseguenza, in quanto la scarsa qualità del sonno crea degli effetti a lungo termine come la preoccupazione del soggetto per la propria condizione trasformando un'insonnia acuta in un'insonnia cronica e cambiamenti nella qualità della veglia da un punto di vista sociale, mentale e fisico. Questo dimostra come una condizione stressante possa esser l'inizio per la caduta in un circolo vizioso di stress da cui diventa difficile uscire e che inevitabilmente porta ad una vulnerabilità per altre problematiche, somatiche e psichiche.

I DISTURBI DERMATOLOGICI

Questi disturbi si manifestano attraverso la pelle che ha un grande significato simbolico: le riflessioni di Ester Bick del 1968 sull'Io-pelle spiegano come questa sia "il confine tra la realtà interna ed esterna" e si funge come un luogo somatopsichico per eccellenza dove la persona può depositare le sue emozioni e le sue angosce, basti pensare al semplice arrossire o impallidire, reazioni emotive che si manifestano attraverso il colorito della pelle. Questa premessa ci fa giungere alla consapevolezza che anche nelle malattie dermatologiche vi possa essere una componente psicologica ed emotiva che va sempre presa in considerazione. Un esempio di malattia psicosomatica a carico della pelle è la dermatite, tra queste prendiamo in considerazione l'orticaria cronica, molto comune e caratterizzata clinicamente da comparsa di pomfi accompagnati spesso da prurito o gonfiore. In uno studio risalente al 1980 di Fava, Perini, Santonastaso e Fornasa, si è dimostrato come il 90% dei pazienti affetti da orticaria cronica fosse stato esposto a eventi stressanti precedentemente alla manifestazione della malattia e soffrisse di disturbi psicopatologici come ad esempio depressione e ansia in misura significativamente maggiore rispetto agli altri partecipanti dello studio. Dal punto di vista scientifico, lo stress agisce sul sistema nervoso autonomo che risponde di conseguenza con un'eccessiva reattività del sistema simpatico al prurito aumentando la sintomatologia, questo perché la cute e il sistema nervoso centrale sono correlati da un punto di vista embriologico per la loro comune origine dall'ectoderma e condividono numerosi ormoni, neurotrasmettitori e recettori (Compare, Grossi 2012). Anche in questo caso è da considerarsi l'aspetto di creazione di un circolo vizioso: la presenza di imperfezioni sulla pelle dovuti alla dermatite o alla psoriasi ad esempio, possono provocare a loro volta una sensazione di disagio e desiderio di isolamento sociale, nonché di stigmatizzazione dagli altri, con

conseguente esposizione a stress psicologico e rischio di alterazione dell'umore in note depressive o ansiose. Molto esplicativo è lo studio di Picardi, Pasquini, Abeni del 2005 *"Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice"* eseguito su 545 pazienti dermatologici ricoverati. Si osservò una morbilità psichiatrica del 38% e i disturbi maggiormente frequenti erano i disturbi dell'umore (20%), disturbi d'ansia (16%) tra cui il disturbo d'ansia generalizzata e il disturbo di panico. Tutti questi elementi ci riportano al concetto iniziale di impossibilità di esistenza di una logica lineare causa-effetto, sintomi di ansia e di depressione possono essere causa e/o conseguenza di un disturbo psicosomatico a carico della pelle e questo concetto è estendibile a tutte le altre patologie psicosomatiche come abbiamo appreso in precedenza.

I DISTURBI CARDIOVASCOLARI

I disturbi cardiovascolari come le coronaropatie, l'ipertensione arteriosa, lo scompenso cardiaco e le aritmie sono frequentemente associati a disturbi psicologici come ansia e depressione e lo dimostra la letteratura scientifica con molti dati a sostegno della forte correlazione. Anche nel linguaggio comune si può giungere a questa consapevolezza, basti pensare ad espressioni come "È morto di crepacuore", a dimostrazione di una relazione profonda tra problemi cardiaci e stato emotivo. L'interazione tra la mente e il cuore è bidirezionale in quanto le emozioni e espressioni stressanti come abbiamo visto in precedenza agiscono in modo diretto attraverso il sistema nervoso autonomo e in maniera indiretta attraverso i meccanismi neuroendocrini. Dagli studi presenti in letteratura si evince che la causa dei disturbi cardiovascolari vada analizzata prendendo in considerazione un modello multivariato dove, oltre le cause ben riconosciute per il rischio cardiovascolare come fumo di sigaretta, obesità, diabete, ipertensione, bisogna dar peso anche ai fattori psicosociali come lo stress lavorativo, stress familiare, eventi di vita

importanti e presenza di disturbi psicologici come ad esempio la depressione. Nel 1983 Magni e collaboratori hanno osservato attraverso l'uso di procedure standardizzate per la raccolta e l'elaborazione di dati che eventi di vita stressanti sono presenti in numero significativamente maggiore nei pazienti infartuati rispetto ai soggetti di controllo e in un altro studio caso-controllo condotto da Rafanelli e collaboratori nel 2005 ha valutato la presenza di stati depressivi ed eventi stressanti nell'anno che ha preceduto la comparsa del primo episodio di infarto del miocardio o di angina in alcuni soggetti. Lo studio effettuato su un campione di 97 soggetti con disturbi cardiovascolari e 97 soggetti sani, ha previsto la valutazione della presenza di depressione e di eventi di vita stressanti e i risultati hanno evidenziato come i pazienti riportavano un numero maggiore di eventi stressanti con impatto negativo, precisamente 129 *vs* 21, rispetto ai soggetti del gruppo di controllo. Anche in questo caso bisogna adottare una logica circolare in quanto la stessa esperienza di infarto del miocardio potrebbe essere da considerarsi come un evento di vita stressante causa di altri disturbi psicologici o disturbi psicosomatici. Un esempio potrebbe essere la sensazione di dolore al cuore o al petto, sintomo psicosomatico che si potrebbe manifestare sotto forma di ansia di malattia e amplificazione delle sensazioni somatiche nel paziente cardiopatico.

I DISTURBI RESPIRATORI

Altri disturbi psicosomatici si possono manifestare nell'apparato respiratorio come ad esempio crisi di asma, apnee notturne, sindromi iperventilatorie o tosse nervosa. Tutte queste patologie, considerandole in assenza di una causa organica alla base, sono accomunate dall'idea di soffocamento. Molti pazienti psicosomatici con sintomatologia dell'apparato respiratorio riportano la sensazione di sentirsi "un nodo in gola", di sentire un senso di pesantezza e costrizione nei polmoni che blocca la possibilità di respirare

normalmente, che si riesce ad alleggerire soltanto in seguito ad una crisi respiratoria di iperventilazione. Non a caso, nei pazienti con disturbo di ansia generalizzata si osserva una comorbilità col disturbo da attacchi di panico, una forma estrema di iperventilazione che non deriva da una causa diretta, come ad esempio un'intensa attività fisica, ma, come riporta il DMS-5, si definiscono "inaspettati" in quanto non vi è un chiaro elemento scatenante al momento dell'avvenimento, come se si verificasse di punto in bianco. Questo conferma che l'origine dell'attacco di panico e delle crisi respiratorie debbano essere ricercate nella sequenza di eventi che hanno portato all'attacco unita alla valutazione complessiva dell'individuo prendendo in considerazione anche il suo temperamento e il suo stato emotivo. Da un punto di vista fisiologico si osserva una stretta correlazione tra i circuiti neuronali per il disturbo di attacchi di panico e il ruolo dell'amigdala, a conferma di come l'aspetto emozionale e psichico sia fondamentale nell'insorgenza delle crisi respiratorie. Da un punto di vista simbolico, lo stesso soffocamento rappresenta la sensazione di avere un peso che preme, in questo caso si parla di un peso intrapsichico ed emotivo che utilizza il corpo stesso come mezzo per manifestarsi, l'individuo infatti si libera del suo dolore interiore attraverso una respirazione accelerata o un colpo di tosse, diventando protagonista di una comunicazione del proprio stato emozionale verso l'esterno.

I DISTURBI MUSCOLO-SCHELETRICI

I disturbi muscolo-scheletrici come suggerisce il termine stesso colpiscono le ossa, le articolazioni, i muscoli, i tendini e i legamenti (Manuale MSD, 2022). Il sintomo più evidente è il dolore e le zone maggiormente colpite sono la schiena e il collo (Journal of Advanced Health Care, 2019). Un esempio per eccellenza di disturbo muscolo-scheletrico nella psicosomatica è rappresentato dalla fibromialgia, considerata come una costruzione

mentale del paziente e definita come “la malattia invisibile” (Compare & Grossi, 2012), in quanto non è direttamente correlata ad una causa organica ed è difficile da diagnosticare. Si tratta di un dolore muscoloscheletrico diffuso che si accompagna nel 75% dei casi a sintomi come fatica, sonno non ristoratore, rigidità mattutina, colon irritabile e un’ambigua sovrapposizione con altre patologie, anch’esse prevalentemente caratterizzate da dolore cronico (Compare & Grossi, 2012). Alcuni studi sulla fibromialgia hanno dimostrato l’importante ruolo dello stress nell’eziologia della malattia: un elevato stress occupazionale è associato ad un rischio da due a quattro volte maggiore per lo sviluppo della fibromialgia (Kivimaki, Leino-Arjas & Virtanen, 2004). È stato, inoltre, dimostrato che il Disturbo post traumatico da stress (PTSD) presenta un’alta comorbidità con la fibromialgia (Cohen, Neumann & Haiman, 2002). Questi studi evidenziano come lo stress abbia un ruolo principale nei disturbi muscoloscheletrici nel momento in cui non ci sia una causa organica conclamata per giungere ad una diagnosi. Nel gergo comune si utilizzano frasi come “Scarico tutto nella schiena” per riferirsi a tale disturbo; e non è un caso, la rigidità e la tensione della muscolatura, come si propone nella fisioterapia, è una reazione difensiva del corpo allo stress.

1.7 IL MODELLO MEDICO VS. IL MODELLO BIOPSICOSOCIALE

I modelli teorici della biologia e della medicina sono stati sviluppati dai pensieri meccanicistici e deterministici del Settecento: tutto segue una logica lineare di causa ed effetto. Questa logica, per secoli fu applicata anche alle malattie, per risolverle basta individuarne l’origine ed eliminarla. Si parla di una prospettiva riduzionista basata su alcuni presupposti di fondo: la relazione lineare causa-effetto, l’affrontare i problemi

attraverso la logica e la ragione, la verità si può conoscere solo oggettivamente attraverso uno studio scientifico che svela una certezza assoluta, tutti i fenomeni devono essere scomposti nelle loro parti elementari e si possono categorizzare attraverso un pensiero dualistico dicotomico (o/o). Questa prospettiva, applicata alla medicina ha permesso lo sviluppo del modello biomedico (Baldoni, 2012) che si basa su alcuni principi:

- Il corpo equivale alla somma delle sue componenti come i tessuti, gli organi e gli apparati e viene considerato separato dalla mente.
- Le malattie si spiegano attraverso variazioni dalla norma di variabili somatiche misurabili come i parametri ematologici, alterazioni di organi o tessuti.
- Il pensiero è organicista, ciò significa che tutte le malattie sono dovute a cause fisiche e il modo migliore per diagnosticarle e curarle è quello di ridurle a parametri biologici misurabili.
- Viene applicato il principio di causalità lineare e si cerca un'unica causa primaria delle malattie.
- Lo studio si concentra sull'individuo e le sue parti corporee come gli apparati, gli organi, i tessuti, le cellule e le molecole andando a trascurare il contesto familiare, sociale ed ambientale a dimostrazione della non considerazione degli aspetti psicologici del paziente.

Questo modello ha reso il corpo il protagonista unico della medicina: il paziente non è considerato come un uomo con la sua malattia, il paziente è la sua malattia, ed è questa che bisogna curare. Basti pensare all'iter che si esegue in una stanza di un ambulatorio medico, si domandano i sintomi, si eseguono esami specialistici per trovarne la causa, si trova una cura adeguata e ci si aspetta la guarigione. Si domanda sempre "Quali sono i suoi sintomi?", ma non si ci si domanda mai "Come vive i suoi

sintomi?", sembrano due frasi simili eppure vi è la grande differenza del riconoscimento di un essere umano che sta vivendo la sua malattia che si manifesta in un corpo, ma che si esperisce anche con il pensiero. I segni somatici rappresentano esattamente la maniera in cui il paziente si esperisce come malato, e la sua esperienza, individuale e unica, va indagata per trovarne una cura. Ovviamente l'esperienza di un essere umano si vive all'interno di un mondo vissuto: un contesto sociale. Queste riflessioni appartenenti alla filosofia, hanno permesso di compiere un passo in avanti, iniziando la sfida con la medicina e la psichiatria per oltrepassare i limiti del paradigma riduzionista biomedico. Nacque così, alla fine degli anni 70, il modello bio-psico-sociale di George Engel, che negli anni ebbe un notevole successo influenzando profondamente la modalità di fare ricerca in tutto il campo sanitario e soprattutto nella psicosomatica. Dalla parola stessa è chiaro il messaggio di interazione di più aspetti: bio, psico e sociale. "Bio" per indicare l'aspetto biologico, il punto di partenza: un corpo con la sua genetica, la sua anatomia, la sua fisiologia, con la caratteristica però, di far parte di un essere umano che vive dentro un contesto, caratterizzato da elementi psicologici e sociali. Questo non significa trascurare o sottostimare un aspetto per un altro, bensì di considerarli sempre in una reciproca relazione dove tutti hanno il proprio peso relativo. Il modello bio-psico-sociale spiega quindi un'eziologia multifattoriale della malattia, quindi i fattori biologici possono considerarsi una condizione necessaria, ma non sufficiente, per definire la malattia e questo spiega alla perfezione i cosiddetti MUS (*medically unexplained symptoms*). Come presentato in precedenza, basti pensare all'esempio dei pazienti dell'ulcera peptidica, non tutti sono positivi alla presenza del batterio Helycobacter Pylori, causa organica ritenuta responsabile della malattia, allora la malattia da cosa è causata?

Chiaramente un modello riduzionista si limiterebbe ad escludere una componente organica come fattore eziologico della malattia senza indagare altri aspetti, mentre il modello bio-psico-sociale cercherebbe di trovarne altri. Il compito della psicosomatica diventa quindi quello di individuare la presenza di fattori psicologici e sociali che, in associazione con dei fattori biomedici o singolarmente, possono spiegare l'eziologia di una specifica patologia per uno specifico paziente. Bisogna partire da questa consapevolezza per evitare delle ripercussioni sul paziente e sulla sua malattia, perché la stessa distanza tra il discorso medico e la percezione soggettiva del paziente sul proprio stato di salute fisica potrebbe alimentare l'incomprensione del paziente sulla sua sintomatologia, identificandosi in un "malato immaginario", che si funge come evento iatrogeno complicando il suo stato emotivo e quindi, indirettamente, la sua somatizzazione. Questa distanza tra il medico e il paziente, porta il paziente a sentirsi rifiutato sul piano medico e non compreso e accettato sul piano relazionale, col rischio di sviluppare un comportamento abnorme di malattia e ipocondria. A spiegazione, una ricerca svolta nel 2010 dal Coordinamento nazionale associazione malati cronici (CnAMC), riporta che fra le maggiori criticità del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) vengono elencate: le scarse informazioni che vengono fornite al paziente sulla gestione della propria malattia (56%), la scarsità del tempo dedicato all'ascolto dei problemi del paziente (44%), la mancanza di interventi psicologici in ospedale (42%), e la carente integrazione fra le figure sanitarie ospedaliere (42%) (Lazzari, 2011). Soffermandosi su queste criticità appare chiara la principale problematica nella diagnosi psicosomatica odierna.

- Offrire poche informazioni al paziente sulla gestione della propria malattia può esser tradotto come lasciare il paziente nei dubbi e nella non consapevolezza di

quello che si sta cercando attraverso esami diagnostici o sui dettagli delle terapie farmacologiche, alimentando l'idea che il paziente non si sente protagonista della sua malattia e che non abbia un locus of control su quello che gli accade.

- Dedicare poco tempo all'ascolto dei problemi del paziente, questo si può tradurre come la superficialità nel giungere subito ad un'elencazione di sintomi scevri da una contestualizzazione della loro insorgenza. Ci si dovrebbe domandare: "Quando hanno iniziato a presentarsi? Si possono circoscrivere ad un preciso evento? Come si sente in questo momento della sua vita? Questi interrogativi permettono di indagare una temporalità nell'eziologia dei sintomi, potendo ipotizzare una possibile correlazione con un evento stressante irrisolto ad esempio o con uno stato emotivo caratterizzato da pensieri depressivi o ansiosi da cui poter partire nella diagnosi e, conseguentemente, nella scelta del trattamento.
- La mancanza di interventi psicologici in ospedale a dimostrazione di come la componente psicologica venga completamente esclusa nell'assessment diagnostico psicosomatico iniziale quando invece sarebbe fondamentale una figura specializzata in grado di cogliere delle dinamiche psicologiche che fanno da sfondo alla patologia attraverso l'ascolto della narrazione dei sintomi del paziente e la matrice esperienziale e vissuta del corpo stesso.
- La carente integrazione fra le figure sanitarie ospedaliere che fondamentalmente rappresenta la poca realizzazione del modello biopsicosociale nella diagnosi e nel trattamento dei pazienti psicosomatici. La mancanza di dialogo tra figure specializzate in diversi saperi scientifici porta ad un "riduzionismo" nella stessa diagnosi, non riconoscendo l'interazione di molteplici fattori e limitandosi alla sola organicità.

Questo ultimo punto è fondamentale nella diagnosi di un disturbo su base psicosomatica e arrecherebbe beneficio anche nella riduzione della spesa sanitaria; come si è visto in precedenza, molto spesso i medici, di fronte ad una negatività di esami e indagini fisiche dei pazienti psicosomatici, con lo scopo di difendersi da possibili rischi legali, applicano una medicina difensiva prescrivendo ulteriori esami medici o visite specialistiche, magari ritenuti inutili. Nel momento in cui non si riscontra nulla di organico, gli stessi medici di base possono ammettere che si tratti di un problema psicologico: a quel punto come si agisce? Sarebbe opportuno l'invio da una figura specializzata in psicologia, in grado di compiere una valutazione psicologica che prenda in esame i costrutti analizzati in precedenza: alessitimia, ansia, depressione, eppure la comunità medica odierna sembra attuare una pratica dove ciascuno lavori per proprio conto limitando la consultazione di specialisti in saperi diversi dal proprio. Questo comportamento si può collegare ad un altro problema importante, che si indagherà nella parte sperimentale dell'elaborato: la possibile prescrizione di psicofarmaci da parte dei medici di base, ancor prima di aver proposto l'invio da uno psicologo. La stessa prescrizione di psicofarmaci può attivare reazioni controproducenti nel paziente e nel suo vissuto di malattia. Immaginiamo un paziente che giunge all'ambulatorio del suo medico di base con una sintomatologia somatica pensando di avere una problematica organica, esegue tutti gli esami di laboratorio possibili e da nessuno di essi si riscontra una causa prettamente organica e spiegabile. Il medico a quel punto propone uno psicofarmaco. Come può sentirsi un paziente dopo la prescrizione di uno psicofarmaco? Ci sono diversi aspetti da considerare:

- Lo stigma sociale sugli psicofarmaci è ancora molto attuale in quanto viene associato allo stigma sui disturbi psicologici. È da chiarire che non tutti hanno la stessa visione e le stesse conoscenze riguardo la salute mentale, per questo

potremmo aspettarci reazioni diverse in base al soggetto che ci troviamo di fronte, come ulteriore esempio di soggettività e individualità da tener sempre a mente quando curiamo una persona. Potremmo dunque ipotizzare un atteggiamento negativo e di rifiuto alla prescrizione del farmaco che potrebbe andare a spezzare la relazione medico-paziente e alimentando la distanza nel loro dialogo e comprensione (Faravelli, 2010).

- La consapevolezza di una causa psicologica alla sintomatologia. Non tutti, nonostante l'esito negativo degli esami medici effettuati, diventano consapevoli di avere una problematica psicologica, alcuni addirittura potrebbero rifiutare questa possibilità, anche in riferimento allo stigma sociale analizzato precedentemente. La mancanza di consapevolezza può portare ad alimentare il loro bisogno di cercare una causa organica, provando insoddisfazione per la diagnosi del medico stesso e cercare ulteriori medici a cui affidarsi e visite a cui sottoporsi per darsi una spiegazione (Solano, 2013).
- L' idea di fallimento. Alcuni pazienti potrebbero provare la sensazione di non essere in grado da soli di risolvere un problema se non attraverso un farmaco e questo potrebbe provocare una diminuzione del *locus of control* inteso come la percezione del controllo degli eventi che ognuno possiede (Porcelli, 2009).
- La conoscenza degli effetti collaterali dei farmaci. Alcuni pazienti potrebbero avere conoscenze sulla farmacologia e aver timore di assumere una terapia. È da considerare che le due categorie di psicofarmaci maggiormente prescritte in caso di malattie psicosomatiche, ovvero gli ansiolitici e gli antidepressivi, potrebbero presentare degli effetti collaterali. Più dettagliatamente, gli ansiolitici a causa della depressione del sistema nervoso centrale derivante dal potenziamento dell'azione

del GABA, principale neurotrasmettitore inibitorio del cervello, potrebbero portare al verificarsi di eccessiva sedazione, sonnolenza, astenia, rallentamento psicomotorio o diminuzione delle capacità cognitive. Inoltre, gli ansiolitici, se presi per lunghi periodi possono provocare uno sviluppo di tolleranza al farmaco e lo sviluppo di dipendenza fisica tanto da poter arrivare ad una sindrome di astinenza nel periodo di interruzione che si può manifestare con sintomi psichici come ansia, umore depresso, agitazione, irritabilità, disturbi di memoria, aggressività e stati confusionali. Gli antidepressivi, invece possono causare diversi effetti collaterali, alcuni seppur sgradevoli si esauriscono in poco tempo come secchezza delle fauci, stipsi, nausea e sudorazione, altri come l'aumento di peso e i problemi della sessualità si possono protrarre nel tempo. (Faravelli, 2010) Ecco che allora gli effetti collaterali devono essere presi in considerazione analizzando anche la specifica situazione dello specifico paziente e rispondersi ad alcune domande, ad esempio "È consigliabile prescrivere ad un paziente giovane con un disturbo psicosomatico un antidepressivo che potrebbe creare dei risvolti negativi sulla sua sessualità?" oppure "È consigliabile prescrivere un ansiolitico ad un paziente psicosomatico che è insoddisfatto della sua vita caratterizzata da pochi stimoli?". Ogni situazione è a sé, per questo bisogna evitare la superficialità di pensare ad un farmaco come cura della sintomatologia e pensarlo invece come una possibile cura per il paziente.

Queste problematiche potrebbero esser risolte se esistesse una collaborazione tra medico e psicologo. Prima di arrivare ad una prescrizione di psicofarmaci, bisognerebbe inviare il paziente da uno specialista come psicologo o psicoterapeuta con il quale il paziente potrebbe approcciarsi alla propria sintomatologia psicosomatica in una prospettiva

differente, prendendo consapevolezza di una possibile causa psicologica rintracciabile nel suo vissuto, del passato e/o del momento. Una volta presa consapevolezza di ciò si potrebbe iniziare un percorso di psicoterapia con l'obiettivo di affrontare il problema, causa della patologia psicosomatica. Ci sono evidenze nella letteratura di come una collaborazione di medico e psicologo nell'assistenza di base possa esser funzionale con un paziente psicosomatico: a riguardo si propone il progetto di sperimentazione attuato dalla Scuola di specializzazione in Psicologia di Roma-Orvieto proposto da Luigi Solano. Egli ebbe l'idea di provare l'inserimento di uno psicologo nello studio del medico di medicina generale riconoscendo l'importanza di una conoscenza e competenza psicologica nei setting di cura primaria della salute. I motivi che lo spinsero ad attuare questo progetto furono: la tendenza ad approcciare le situazioni in termini di problemi da risolvere e non di patologie da identificare e una tendenza a intervenire in termini di promozione delle risorse personali e ambientali (Solano, 2013). Si propose una collaborazione stretta tra le due figure nello stesso studio e nella stessa ora ad accogliere insieme i pazienti che arrivavano in ambulatorio con lo scopo di andare al di là della manifestazione del sintomo somatico ricercandone un senso, un significato, da trovare nella situazione relazionale, intrapsichica e nel ciclo di vita del paziente stesso. La visita nell'ambulatorio prevedeva una consulenza con il medico di base per l'analisi della componente biologica dei sintomi e una consulenza con lo psicologo che interveniva attraverso interventi di esplorazione e chiarificazione sui problemi di vita riportati dal paziente. Qualora emergevano problematiche di competenza psicologica, lo psicologo poteva proporre uno o più incontri all'interno dell'ambulatorio per occuparsi in modo più approfondito della vita emotiva del paziente stesso. Gli esiti del progetto furono molto positivi: si osservarono più pazienti, che sentendosi accolti dall'ascolto dello psicologo,

definito “psicologo di base”, decisero di approfittare della possibilità dei colloqui psicologici per affrontare i loro problemi, questo a dimostrazione di come, congiuntamente ad una sintomatologia organica vi è sempre una storia di vita che fa da sfondo alla malattia e per questo bisognerebbe cercare di sostenere la qualità di vita dei pazienti dietro la ricerca di una diagnosi scientifica. Si osservò che molti pazienti psicosomatici seguiti nel progetto di ricerca, in seguito al lavoro di co-presenza medico e psicologo e ai colloqui psicologici offerti dal servizio, riuscirono a far fronte in modo diverso al sintomo somatico attivando le loro risorse e addirittura alcuni sintomi andarono in remissione parziale o completa.

Tutto questo dimostra l’importanza della competenza psicologica nel trattamento e nella cura di patologie psicosomatiche senza un’origine organica, che dovrebbe esser consigliata dagli stessi medici di base, perché nella relazione paziente-psicologo si instaura un livello più profondo del processo di cura dai sintomi psicosomatici, in quanto il racconto della malattia diventa una possibilità per riconoscere i propri vissuti emotivi inespressi che altrimenti continuerebbero a manifestarsi attraverso il corpo.

Precedentemente si è analizzato il concetto di legame tra lo psichico e il corporeo secondo la prospettiva della Psiconeuroendocrinoimmunologia e si può evidenziare un ulteriore aspetto: la stessa psicoterapia, generando nuovi pensieri nella corteccia frontale può modificare attraverso le aree del sistema limbico-ipotalamico e la regolazione di neurotrasmettitori, gli organi del sistema nervoso autonomo. Per concludere, si deve riflettere sul concetto che è tutto all’interno di un cerchio dove corpo e psiche si incastrano e si completano: i fattori psicologici negativi possono aggravare il decorso della patologia fisica e i fattori psicologici positivi possono condizionare favorevolmente l’evoluzione della malattia, migliorando l’adattamento alla patologia, la percezione dei sintomi e il

disagio psicologico correlato ad essa. La complementarietà di corpo e mente nelle malattie psicosomatiche necessita quindi di una complementarietà di medico e psicologo nella diagnosi, nel trattamento e nella cura.

CAPITOLO SECONDO

LA RICERCA

2.1 OBIETTIVI E IPOTESI

Questo elaborato nasce dall'idea che le malattie psicosomatiche siano molto diffuse nella popolazione, come evidenziato già nel 2003 dallo studio di Kroenke secondo cui, più di un terzo dei soggetti afferenti alla medicina di base, sono pazienti con sintomi somatici senza spiegazione medica (MUS) e che il 40% di essi presenta una comorbidità con disturbi psichici come depressione e ansia. Un altro studio più recente (Wittchen et al., 2010) inserisce i disturbi psicosomatici tra i disturbi psichici in aumento nella popolazione europea: si è osservato un incremento dell'incidenza di questi disturbi del 27% dal 2005. Nonostante la notevole prevalenza, rimangono ancora contornate da un alone di poca conoscenza e comprensione (Porcelli, 2009). L'ipotesi fondante della presente ricerca sperimentale è che la componente psicologica assuma poca importanza di fronte ad un paziente che manifesta dei sintomi somatici, rendendo ancora valido e attuale l'approccio cartesiano secondo cui mente e corpo rimangono scissi, che nel ventunesimo secolo, anche grazie agli studi *evidence-based*, dovrebbe essere superato. La scelta di escludere o sottovalutare la componente psicologica si può riscontrare già nelle scelte dei pazienti che, molto spesso, alla prima manifestazione di una sintomatologia somatica scelgono di rivolgersi ad un medico di base, magari anche con la consapevolezza che la sintomatologia possa dipendere da uno stress psicologico notevole. Gli stessi medici di base potrebbero alimentare la scelta di sottovalutare la componente psicologica concentrandosi solo sulla sintomatologia somatica. Questo è

riscontrabile già nel primo momento di indagine per la formulazione della diagnosi dove ci si limita ad esami medici specifici per indagare l'origine del sintomo, sottovalutando l'importanza della narrazione e della comprensione della vita del paziente trascurandone degli interrogativi fondamentali. L'esclusione della componente psicologica si potrebbe riconfermare anche nel momento di scelta del trattamento terapeutico successivo alla diagnosi; il medico di base potrebbe scegliere un trattamento farmacologico prescrivendo psicofarmaci come ansiolitici o antidepressivi piuttosto che consigliare l'invio da uno psicologo o psicoterapeuta, che in questo caso, potrebbe considerarsi "lo specialista dei disturbi d'ansia e dell'umore" per un approfondimento diagnostico più consapevole e indispensabile nella scelta del trattamento. Queste considerazioni fanno riflettere sull'esistenza di uno stigma nella società moderna che caratterizza la professione dello psicologo, una figura che, a volte, non viene riconosciuta come fondamentale e protagonista in prima linea nella cura della sintomatologia psicosomatica.

Nella prima parte della ricerca, l'obiettivo è stato valutare nel campione reclutato (N=364), quanti soggetti soffrono o hanno sofferto di disturbi psicosomatici e a quali indagini diagnostiche e trattamenti terapeutici si siano sottoposti, mentre nella seconda parte, l'obiettivo è stato quello di raccogliere e analizzare i vissuti dei pazienti riguardanti l'esperienza di malattia e di trattamento.

Le principali ipotesi sono le seguenti:

1) Considerando l'approccio della psiconeuroendocrinoimmunologia (Bottaccioli, 1995) che conferma lo stretto collegamento tra cervello, sistema endocrino e sistema immunitario soffermandosi sull'importanza dello stress e i suoi effetti attraverso molecole mediatrici tra psiche e soma, ci si può aspettare che i pazienti

con sintomatologia psicosomatica vivano una condizione di distress (Porcelli, 2009). In riferimento a questo esiste un numero cospicuo di evidenze di tipo epidemiologico, clinico e cellulare che evidenziano i meccanismi comuni che legano i vissuti psicologici da esposizione acuta o cronica allo stress con la salute fisica. Uno degli effetti dello stress è l'attivazione di fattori di trascrizione genetica (NF-kB) che attivano risposte di tipo infiammatorio nell'organismo come le citochine pro-infiammatorie o la proteina c reattiva, processo alla base di alcune malattie psicosomatiche come ad esempio l'ulcera gastrica (Lazzari, 2019). Con queste informazioni ci si aspetta che i pazienti psicosomatici presentino alti punteggi nella sottoscala "Somatizzazione" della *Symptom Check list-90* e che il campione preso in esame presenti una varietà di sintomi psicologici.

2) Se l'interdipendenza tra psiche e sistemi biologici è la chiave di lettura nella comprensione della dimensione psicologica per la qualità di vita e la salute, bisogna considerare fondamentale l'impatto di disturbi d'ansia e dell'umore sulla componente organica, questo perché quando c'è la presenza di un disagio psicologico si produce una condizione di minore efficienza dei processi psichici, comportamenti disfunzionali, minore efficienza adattiva e una maggiore vulnerabilità allo stress aumentando la probabilità di ammalarsi fisicamente. La Cross-National Study in Primary Care dell'OMS (Compare & Grossi, 2012, pag 26), ha confermato l'alta prevalenza in tutto il mondo di disturbi psicosomatici e ha documentato la forte associazione tra depressione, ansia e disturbi psicosomatici (Simon, Von Korff, Piccinelli et al, 1999). Partendo da questo presupposto ci si potrebbe aspettare che i pazienti con sintomatologia

psicosomatica abbiano difficoltà nella gestione dell'ansia e che possano soffrire di depressione, presentando alti punteggi nella GAD-7 e nella PHQ-9.

3) Nella psicosomatica moderna si dà molta importanza al costrutto di alessitimia che letteralmente significa "Mancanza di parole per le emozioni" che è risultata particolarmente frequente nei pazienti con disturbi psicosomatici. Questa difficoltà nell'identificare le proprie emozioni e verbalizzare i propri stati emotivi può fungere da causa alla somatizzazione, generalmente definita come l'espressione di disagio psicologico attraverso i sintomi fisici. Se il corpo esprime quello che il soggetto non riesce a mentalizzare, (Porcelli, 2009) come strumento di comunicazione di sofferenza mentale, ci si aspetta che i pazienti con sintomatologia psicosomatica presentino le caratteristiche alessitimiche, valutate attraverso il questionario *self-report* TAS-20, di difficoltà nel distinguere tra sentimenti e sensazioni corporee, difficoltà nel descrivere i sentimenti e pensiero orientato all'esterno.
4) In psicosomatica esiste una complicazione: non esiste alcun sintomo fisico identificabile come psicosomatico e questo porta i medici di base ad effettuare tutte le indagini diagnostiche per

   escludere la causa organica della sintomatologia somatica. Dal momento in cui non si trova la causa, confermando indirettamente che l'eziologia della malattia sia attribuibile alla componente psichica, ci si aspetta che i medici di base consigliano l'invio dallo psicologo senza prescrivere alcun farmaco.
5) Che i pazienti psicosomatici dopo essersi sottoposti agli esami medici e aver verificato che la causa del sintomo non sia organica, provino ad approfondire il loro malessere psicofisico rivolgendosi ad uno psicologo o psicoterapeuta.

La seconda parte dell'elaborato riguarda l'analisi qualitativa di alcune interviste atte a indagare l'effetto della prescrizione farmacologica: ci si aspetta che il trattamento farmacologico nella cura dei pazienti con sintomatologia psicosomatica, potrebbe aiutare nell'eliminazione o almeno, nell'attenuazione del sintomo, ma non riesca a risolvere il disagio del paziente e dunque la causa all'origine della sintomatologia. Addirittura, in alcuni casi, gli effetti collaterali della terapia farmacologica, sia nel periodo di assunzione che di sospensione, potrebbero alimentare ancor di più una condizione di disagio cui non si riesce a far fronte con le proprie risorse e che potrebbe arricchire un circolo vizioso senza fine già iniziato. L'intervista strutturata ha proprio lo scopo di dar voce a queste ipotesi e agli stessi pazienti che si sono sottoposti ad entrambi i trattamenti: trattamento psicoterapeutico e trattamento farmacologico per analizzarne le differenze e per comprendere i vissuti dei pazienti nell'esperienza personale di gestione della malattia percorrendone tutte le fasi: la comparsa dei sintomi somatici, la fase di diagnosi, di trattamento farmacologico e psicoterapeutico e l'eventuale remissione.

L'obiettivo finale è quindi quello di mettere in luce come il trattamento psicoterapeutico o psicologico rappresenti la strada giusta da percorrere per la cura della sintomatologia psicosomatica: il paziente non è più solo un contenitore di malattie o sintomi organici, ma è un network di fattori biologici, psicologici e ambientali in momentaneo disequilibrio che utilizza il proprio corpo per veicolare un messaggio comunicativo della propria mente ed è proprio su questa comunicazione silenziosa di mente e corpo che bisogna lavorare per risolvere il problema dalla radice curandone così la malattia.

2.2 CRITERI DI INCLUSIONE ED ESCLUSIONE

I criteri di inclusione per l'analisi quantitativa, ovvero la prima parte della ricerca sperimentale, sono stati: avere un'età compresa tra i 20 e i 60 anni e avere sofferto o soffrire di una sintomatologia psicosomatica. In riferimento a questo secondo criterio è stata proposta, come prima domanda del questionario, una domanda di scrematura: "Hai mai sofferto di disturbi cosiddetti psicosomatici?", se si rispondeva "sì" si proseguiva con la compilazione, se si rispondeva "no" si usciva dalla compilazione. La risposta "no" all'aver sofferto di sintomi psicosomatici rappresenta il criterio di esclusione dalla ricerca sperimentale.

Nell'intervista qualitativa, ovvero la seconda parte della ricerca sperimentale, i criteri di inclusione sono stati i seguenti: partecipazione volontaria, consenso all'audio registrazione nel consenso informato presentato nel questionario, essersi rivolto dal proprio medico di base, aver ottenuto una prescrizione di psicofarmaci ed essersi rivolto da uno psicologo/psicoterapeuta. L'assenza di queste caratteristiche rappresenta il criterio di esclusione dall'analisi qualitativa della ricerca sperimentale.

2.3 PROCEDURA

Lo studio è stato approvato dal Comitato Etico Interdipartimentale di Psicologia (4034, 2 Marzo 2021). Nel consenso informato, presente nella prima pagina e necessario per iniziare il questionario, si sottolineava che i dati sarebbero stati confidenziali, che i partecipanti potevano omettere qualsiasi informazione che non volevano condividere, e che potevano abbandonare lo studio in qualsiasi momento senza dare alcuna spiegazione. Cliccando, tutti i soggetti hanno firmato un consenso informato online scritto, accettando

la partecipazione sia alla compilazione del questionario sia all'intervista semi-strutturata. In quest'ultimo caso, all'inizio dell'intervista veniva chiesto se i partecipanti volevano essere "audio-registrati". La procedura dello studio è stata condotta nel rispetto della Dichiarazione di Helsinki (legge italiana 196/2003, UE GDPR 679/2016).

La prima parte della ricerca sperimentale ha previsto la creazione di un breve questionario sulla piattaforma "Google Form" della durata complessiva di circa 10 minuti. Il reclutamento è avvenuto tramite *snowball sampling* attraverso diverse piattaforme di Social Media (es. Facebook e WhatsApp).

Tale questionario era comprensivo di tre macroaree relative a 58 domande: la prima macroarea era costituita da domande relative a variabili descrittive volte a comprendere in maniera approfondita il campione: genere, età, titolo di studio, occupazione.

La seconda macroarea è stata suddivisa secondo quattro microaree (il mio corpo, le mie emozioni, le mie preoccupazioni e il mio umore) volte ad indagare, rispettivamente, la presenza di sintomi somatici, sintomi di ansia, depressione e alessitimia. Queste ultime, scelte nella costruzione del questionario, sono state ricavate da quattro scale di valutazione utilizzate nella ricerca, che verranno descritte nella sezione successiva.
L'ultima macroarea del questionario è stata creata con l'obiettivo di porre specifiche domande rispetto al percorso terapeutico del paziente al fine di reclutare un sotto-campione per la ricerca qualitativa successiva: l'intervista strutturata. Nello specifico, tale macroarea si compone di domande facoltative create per comprendere il percorso di diagnosi e trattamento del soggetto. La prima domanda, valutata su scala dicotomica (Sì-No) indagava se il paziente si è mai rivolto al suo medico di base per i propri sintomi. In caso di risposta affermativa, il questionario proseguiva con una domanda relativa al

trattamento proposto dal medico di base: "*Il medico di base ti ha prescritto dei farmaci (es. ansiolitici, antidepressivi…)?"*, con un successivo chiarimento tramite una risposta libera rispetto al farmaco prescritto. A seguito di tali domande si è indagata la scelta da parte del paziente di rivolgersi ad uno psicologo e/o psicoterapeuta, alla quale, in caso di risposta affermativa, seguiva la domanda libera: *"Chi ti ha suggerito di rivolgerti ad uno psicologo/psicoterapeuta?"*. Alla fine del questionario è stato richiesto un recapito (numero di telefono o e-mail) se volevano essere ricontattati per partecipare all'intervista semi-strutturata.

La seconda parte della ricerca sperimentale ha previsto la creazione di un'intervista semi-strutturata che si è svolta tramite chiamata telefonica ed audio-registrata, della durata di circa 15 minuti. L'intervista semi-strutturata è costituita da 8 domande volte alla comprensione della propria esperienza personale nella gestione della malattia ripercorrendone le fasi dalla comparsa dei sintomi somatici, la fase di diagnosi, di eventuale trattamento farmacologico e psicologico e l'eventuale remissione. Alla fine dell'intervista semi-strutturata, sono stati selezionati sono coloro che presentavano i criteri per l'analisi dei vissuti: essersi rivolti ad un medico di base per i sintomi, aver ricevuto una prescrizione di psicofarmaci ed aver intrapreso un percorso di psicoterapia.

2.4 PARTECIPANTI

Nella prima parte della ricerca sperimentale (questionario) hanno partecipato 364 soggetti di cui 69 maschi rappresentativi del 19% del campione, 294 femmine rappresentative dell'80.8% del campione e un solo soggetto che preferisce non specificare (0.3 %). Il

campione ha un'età minima di 20 anni e un'età massima di 60 anni con una media d'età di 29.36 (ds 10.64).

Il titolo di studio, concorde con la variabilità dell'età del campione, presenta una vasta caratterizzazione. 160 soggetti, rappresentativi del 44% del campione hanno un diploma di scuola superiore, 108 soggetti rappresentativi del 29.7% del campione hanno una laurea triennale, 65 soggetti (17.9%) hanno una laurea triennale, 15 soggetti (4.1%) hanno la licenzia media, 8 soggetti (2.2%) hanno la specializzazione e altri 8 soggetti hanno un titolo di studio "Altro" non definito nelle alternative del questionario.

Anche l'occupazione presenta una notevole variabilità, il 38.7% del campione (141 soggetti) è caratterizzato da studenti e il 36.5% (133 soggetti) da lavoratori. Inoltre, 33 soggetti rappresentativi del 9.1% sono professionisti, 4 soggetti (1.1%) sono tirocinanti, 3 soggetti (0.8%) sono casalinghe e poi emerge un 0.3% relativo all'occupazione di "cameriere", "docente", "operatore socio-sanitario", "pensionato". Infine, 36 soggetti (9.9%) riportano di essere disoccupati.

Il campione finale, a seguito dell'eliminazione di 65 soggetti (17.9% del campione) che non hanno sofferto di disturbi psicosomatici, è caratterizzato da 299 soggetti (82% del campione) che invece ha riportato di aver avuto esperienza di disturbi psicosomatici.

Nella seconda parte della ricerca sperimentale (intervista qualitativa) hanno aderito alla partecipazione 15 soggetti.

2.5 DESCRIZIONE STRUMENTI DI RACCOLTA DEI DATI

SYMPTOM CHECK LIST-90 (SCL-90; Derogatis, 1983)

La scala SCL-90 è una scala self-report per la valutazione dei problemi psicologici più usate a livello clinico e di ricerca (Porcelli, 2009). La scala è composta da 90 items che indagano la presenza di vari sintomi e problemi psichici esperiti nella settimana precedente. Il questionario contiene 9 scale cliniche, una delle quali è la scala "SOM", ossia della somatizzazione, che indaga 12 sintomi tra cui cefalea, vertigini, dolori, dispnea, astenia, nausea con risposte su scala Likert a 5 punti (da 0 "per niente a 4 "moltissimo"). Gli item che sono stati presi in considerazione vengono riportati qui di seguito: *mal di testa, sensazione di svenimenti o di vertigini, dolori al cuore o al petto, dolori alla schiena, senso di nausea o mal di stomaco, dolori muscolari, sentirti senza fiato, vampate di calore o brividi di freddo, intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo, nodo alla gola, senso di debolezza in qualche parte del corpo e senso di pesantezza alle braccia o alle gambe*. Per quanto riguarda l'affidabilità della scala, si osserva un alpha di Cronbach uguale a 0.85.

TORONTO ALEXITHYMIA SCALE- 20 (TAS-20, Taylor, Bagby, Parker, 1992)

La TAS-20 è la scala maggiormente utilizzata nella ricerca per valutare il costrutto di alessitimia, un disturbo che si manifesta, da una parte, attraverso la difficoltà a distinguere e comprendere i propri sentimenti e le proprie emozioni, e dall'altra parte, la difficoltà nel darne una definizione e descrizione a parole. Inoltre l'alessitimia si caratterizza per la tendenza da parte dell'individuo di avere un *locus of control* esterno, attribuendo i suoi successi e fallimenti a cause esterne e possedendo una ridotta capacità immaginaria interiore. Come esemplificazione di questi concetti, la TAS-20 possiede tre scale

fattoriali: la scala Difficulty Identifying Feelings (DIF) che indaga la difficoltà ad identificare i sentimenti e a distinguere tra sentimenti e sensazioni fisiche, la Difficulty Describing Feelings (DDF) che valuta la difficoltà nel descrivere i propri sentimenti agli altri e infine la Externally Oriented Thinking (EOT) che evidenza lo stile cognitivo orientato verso la realtà esterna. La TAS-20 è composta da 20 item valutati su una scala Likert a 5 punti, (da 1 "non sono per niente d'accordo" a 5 "sono completamente d'accordo"). Un esempio di item è "*Sono spesso confuso/a circa le emozioni che provo*" (item 1). La scala presenta un alpha di Cronbach uguale a 0.76.

GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7 (GAD-7, Spitzer, Williams, Kroenke et al., 2006)

Il GAD-7 è un breve questionario self-report che indaga l'ansia generalizzata nelle due settimane precedenti, riferendosi ai criteri del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), è composto da 7 item valutati su una scala Likert a 4 punti (da 0 "mai" a 3 "quasi ogni giorno"). Un esempio di item è "*Nelle ultime due settimane con quale frequenza ti ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a?*" (item 1). La scala presenta un alpha di Cronbach di 0.86.

PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE-9 (PHQ-9, Spitzer et al., 1999)

Il PHQ-9 è un breve questionario utilizzato per indagare la depressione e valutare una sintomatologia depressiva nelle ultime due settimane, riferendosi ai criteri del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Il PHQ-9 è caratterizzato da 9 item valutati su una scala Likert a 4 punti (da 0 "mai" a 3 "quasi tutti i giorni"). Un esempio di item è *"Nelle ultime due settimane quante volte sei stato/a infastidito/a da uno dei seguenti*

problemi? Ha provato poco interesse o piacere nel fare le cose?". La scala presenta un alpha di Cronbach uguale a 0.86.

INTERVISTA SEMISTRUTTURATA

L'intervista semi-strutturata è stata eseguita telefonicamente con precedente consenso all'audio registrazione per tener traccia delle risposte dei soggetti. Per l'intrinseca caratteristica di essere una semi-strutturata, ogni intervista eseguita si è sviluppata in modo diverso a seconda delle risposte dei soggetti, pur considerando una linea guida di domande da seguire per tutta l'indagine. Le domande scheletro dell'intervista sono:

- *Per prima cosa le chiedo se mi può raccontare il motivo per cui si è rivolto al suo medico di base?*
- *Mi può raccontare in che momento della sua vita ha iniziato a manifestare questi sintomi?*

Queste prime due domande hanno lo scopo di indagare la sintomatologia somatica del soggetto da un punto di vista diagnostico, per esempio un disturbo gastrointestinale, un problema respiratorio ecc. e da un punto di vista causale per comprendere se il paziente associa il sintomo ad un evento circoscritto o comunque ad un periodo di maggior stress. Le due domande successive sono riferite alle risposte date al questionario dai soggetti in riferimento alla scelta di rivolgersi al medico di base.

- *Mi può raccontare quali procedure le ha fatto seguire il suo medico di base per comprendere i suoi sintomi?*
- *Quale cura le ha prescritto?*

La prima domanda ha lo scopo di indagare il percorso diagnostico scelto dal medico di base per comprendere se sono stati eseguiti tutti gli esami per escludere una causa

organica alla comparsa di tale sintomatologia. La seconda domanda, invece, ha lo scopo di indagare la scelta del trattamento del medico di base, soffermandosi in particolar modo sulla prescrizione di psicofarmaci in seguito alla conferma che la sintomatologia non ha causa organica, bensì psicologica. In termini scientifici si parla di *medically unexplained symptoms* (MUS), sintomi somatici spesso cronici di cui non si riescono a trovare cause mediche.

L'intervista prosegue con altre due domande, anch'esse riferite alle scelte del medico di base:

- *Il suo medico di base le ha detto che il suo disturbo rientrava tra quelli così detti psicosomatici?*
- *Il suo medico di base riconoscendo l'origine del suo sintomo le ha consigliato l'invio da uno psicologo?*

Queste due domande sono state scelte per entrare nel vivo della tematica dell'elaborato, la medicina di base e la considerazione data alla psicosomatica, considerando che da un terzo alla metà dei soggetti afferenti alla medicina di base siano pazienti con MUS e, indagare quanto spesso i medici di base consigliano l'invio da uno psicologo o psicoterapeuta che, come è stato detto in precedenza, in questo caso potrebbe considerarsi "lo specialista dei disturbi d'ansia e dell'umore".

Seguono poi delle domande in riferimento alla prescrizione e utilizzo dei farmaci.

- *Come si è sentito quando il medico glieli ha prescritti?*
- *Per quanto tempo le è stato indicato di prendere i farmaci?*
- *Per caso ha avuto miglioramenti?*
- *Ci sono stati degli effetti collaterali ed eventualmente, come ha risposto a questi?*

La prima domanda è stata ideata con lo scopo di comprendere più da vicino i vissuti del paziente, considerando l'aspetto emotivo che può celarsi dietro la proposta di prendere degli psicofarmaci; le altre domande invece hanno lo scopo di indagare la temporalità e gli effetti benefici o collaterali dei farmaci.

Altre due domande sono state aggiunte per indagare la scelta dell'esperienza della psicoterapia:

- *Mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della psicoterapia?*
- *Essendosi sottoposto/a ad entrambi i trattamenti, medici e psicologici, ha riscontrato delle differenze tra i due? E quali?*

Quest'ultima domanda ha lo scopo di comprendere meglio le differenze nella risoluzione della sintomatologia e del disagio che sottende alla sua origine.

Come chiusura dell'intervista si è scelta una domanda di riflessione sulla tematica.

- *Quale messaggio le verrebbe da mandare a chi ha sofferto e/o soffre di sintomi che però non hanno avuto o che non hanno un riscontro medico?*

Questa ultima domanda è stata scelta per indagare le riflessioni personali di ciascun paziente riguardo la propria esperienza di malattia offrendo una piena espressione dei loro pensieri ed opinioni.

2.6 ANALISI DEI DATI

Le analisi dei dati sono state condotte con il software SPSS (IBM, 2019) e R (R Development Core Team 2021).

Inizialmente, sono state condotte delle statistiche descrittive (media, deviazione standard, frequenze) sulle variabili sociodemografiche (genere, età, titolo di studio, occupazione) e

le variabili psicologiche (ansia, alessitimia, depressione) per indagare nel dettaglio le caratteristiche del campione della ricerca quantitativa.

Successivamente, sono state condotte delle analisi sulle correlazioni (*r*) di Pearson, per indagare le possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti in ciascun test e tra questi ultimi con la variabile sociodemografica "Età". La significatività è stata valutata con p value inferiore a .01 e .05. Al fine di valutare la forza dell'effetto tra le variabili si è fatto riferimento alle linee guida di Cohen, in cui 0.1 riflette un "piccolo" effetto, 0.3 "medio", e 0.5 "grande" (Cohen, 1988).

A seguire è stato eseguito il t-test a campioni indipendenti per verificare le differenze tra maschi e femmine nelle variabili oggetto d'esame: presenza di sintomi psicosomatici, ansia, alessitimia, depressione. La significativa è stata considerata con p value inferiore a .05.

Infine, è stata eseguita un'analisi qualitativa, utilizzando l'approccio del Text Mining con lo scopo di raccogliere dati qualitativi dalle 15 interviste semi-strutturate in riferimento ai vissuti dei soggetti della propria esperienza di malattia e trattamento. L'analisi è stata condotta utilizzando il pacchetto R "Quanteda" (Benoit, Watanabe, Wang, Nulty, Obeng, Muller & Matsuo, 2018) e un linguaggio di scripting shell personalizzato in ambiente Linux. Le analisi sono state condotte sulle trascrizioni scritte delle interviste (italiane) in questo ordine: le trascrizioni sono state prima ripulite sostituendo le lettere maiuscole con quelle minuscole ed eliminando numeri, punteggiatura e le stopwords (es: appunto, c'è, boh). Successivamente, le risposte dei partecipanti sono state raggruppate in gruppi, in cui ogni gruppo comprendeva tutte le risposte ad una delle domande dell'intervista. Sono riportate solo le 12 parole più frequenti, a condizione che ricorrano almeno 3 volte

all’interno del set di dati, mentre i diagrammi sono stati classificati ricorrenti se sono apparsi almeno 3 volte nelle interviste.

CAPITOLO TERZO

RISULTATI

3.1 STATISTICHE DESCRITTIVE

Analizzando il questionario si è riscontrato che dei 299 soggetti, più della metà dei soggetti, precisamente 162 soggetti e quindi il 54.2% si è rivolta al medico di base per i propri sintomi. I restanti 137 soggetti (45.8%) del campione hanno scelto di non rivolgersi al proprio medico di base.

Alla domanda del questionario "*Ti sei mai rivolto/a ad uno psicologo/psicoterapeuta?"* 160 soggetti (53.5%) hanno risposto affermativamente.

Dei 162 soggetti che si sono rivolti al medico di base, a 97 soggetti (10.9% del campione) non sono stati prescritti psicofarmaci mentre a 65 soggetti sono stati prescritti psicofarmaci per lo più antidepressivi o ansiolitici (7.3% del campione).

Dalle analisi dei dati delle risposte ad alcune domande poste durante la survey, si è osservato che i farmaci prescritti dai medici di base sono principalmente gli ansiolitici e gli antidepressivi. Tra gli antidepressivi sono stati prescritti sia quelli appartenenti alla categoria degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI), gli inibitori della serotonina e noradrenalina (SNRI), e antidepressivi triciclici (TCA). Con meno frequenza troviamo farmaci psicolettici, miorilassanti, antiepilettici, antipsicotici e psicoattivi. Inoltre su 65 soggetti, a 48 sono stati prescritti ansiolitici, tra cui *Alprazolam, Delorazepam, Bromazepam, Lorazepam, Diazepam, Triazolam* e a 19 soggetti sono stati prescritti antidepressivi (SSRI, SNRI e TCA) Di questi 48, a 12 sono stati anche prescritti degli antidepressivi quali *Escitalopram* (SSRI), *Ademetionina Busilato, Paroxetina*

(SSRI), *Venlafaxina* (SNRI), *Sertralina* (SSRI), *Lamotrigina* (SSRI), *Duloxetina* (SNRI), *Fluoxetina* (SNRI), *Clomipramina* (TCA). Osservando le frequenze, si osserva in singoli soggetti l'utilizzo del farmaco *Gabapentin*, utilizzato per il dolore posterpetico di natura neuropatica, del *Flexiban*, farmaco a base di Ciclobenzaprina cloridrato per rilassare i muscoli (farmaco miorilassante), l'*Amisulpride*, un farmaco appartenente alla famiglia delle "benzammidi sostitute" utilizzate nel trattamento di diversi disturbi psichiatrici, il *Pregabalin*, farmaco antiepilettico-anticonvulsivante utilizzato per il dolore neuropatico e disturbo d'ansia generalizzato e, infine, il *Trazodone*, una sostanza psicoattiva della classe chimica della piperazina e delle triazolopiridine che ha effetti ansiolitici, ipnotici e antidepressivi ed appartiene agli antagonisti della serotonina e inibitori della ricaptazione (SARI).

In riferimento alla domanda *"Chi ti ha suggerito di rivolgerti ad uno psicologo/psicoterapeuta?"* sono emerse delle macrocategorie quali: (1) Scelta personale, (2) Amici, (3) Famiglia, (4) Medico di base, (5) Altri (cioè, Osteopata, Consultorio, Psichiatra). Nel dettaglio, dei 160 soggetti, 68 soggetti hanno scelto individualmente di rivolgersi ad uno psicologo/psicoterapeuta, 20 soggetti su consiglio di amici, 47 su consiglio della famiglia, 15 su consiglio del medico di base, e 3 soggetti su consiglio di famiglia e amici. Infine, si osservano alcune frequenze singole come: "collega a tirocinio", "consultorio", "famiglia, medico di base e amici", "medico di base e famiglia", "osteopata", "psichiatra amica di famiglia", "sportello ascolto a scuola.

3.2 STATISTICHE DESCRITTIVE: MEDIA, DEVIAZIONE STANDARD, CORRELAZIONI E T-TEST

In questo paragrafo sono presentate tutte le tabelle riassuntive delle analisi statistiche del questionario somministrato al campione. Le distribuzioni sono state descritte in termini di media e deviazione standard (DS).

Come mostrato in Tabella 1, considerando il cut-off del GAD-7[2] si può osservare che il campione complessivo in media presenta sintomi di ansia moderata. Nello specifico i risultati emersi dalle analisi del GAD-7 mostrano come il campione è rappresentato da 13 soggetti (4.3%) che non presentano sintomi di ansia, 63 soggetti (21.07%) che presentano sintomi di ansia lievi, 86 soggetti (28.8%) sintomi di ansia moderati. Infine, 137 soggetti (45.8%) hanno mostrato sintomi di ansia gravi.

Per quanto riguarda, invece, i risultati emersi dalle analisi della PHQ-9[3], si può notare dalla Tabella 1 come il campione complessivo in media presenta sintomi di depressione maggiore lieve. Nello specifico il nostro campione presenta una distribuzione di 25 soggetti (8.4%) con sintomi di depressione assente, 65 soggetti (21.74%) depressione sottosoglia, 67 soggetti (22.41%) depressione lieve, 84 soggetti (28.1%) depressione moderata e infine 58 soggetti (19.4%) con depressione maggiore.

Per quanto riguarda la scala "SOM" del questionario Symptom Checklist-90 [4] il campione presenta sintomi di somatizzazione superando il cut-off.

[2] Il GAD-7 presenta un cut-off come segue: valori superiori o uguali a 5 ansia di stato, valori superiori o uguali a 10 ansia moderata, valori superiori o uguali a 15 ansia grave.

[3] Il PHQ-9 presenta un range come segue: punteggi da 0-4 assenza di depressione, tra 5 e 9 depressione sottosoglia, tra 10-14 depressione maggiore lieve, tra 15-19 depressione maggiore moderata, punteggi tra 20-27 depressione maggiore.

[4] Il cut-off per evidenziare la presenza di somatizzazione è un punteggio uguale a 1.

Infine, in riferimento alla scala che valuta l'alessitimia (TAS-20[5]) sono state tenute in considerazione anche le tre scale che la compongono: la Difficulty Identifying Feelings (DIF), la Difficulty Describing Feelings (DDF) e la Externally-Oriented Thinking (EOT). Osservando la tabella si evince che il campione non presenta alessitimia, infatti, il punteggio totale della scala, complessiva delle tre sottoscale, presenta una media di 50.20 con deviazione standard 12.45. Nello specifico, il 76.6% (N=235) del campione non presenta un punteggio sopra al cut-off clinico per quanto riguarda l'alessitimia, mentre il 21.4% (N=64) mostra un punteggio sopra al cut-off clinico per quanto riguarda la scala dell'alessitimia.

Tabella 1. Statistiche descrittive: media e deviazione standard. (N=299)

	Media	DS
GAD	13.26	4.95
PHQ9	13.63	6.19
SOM	1.92	.83
DIF	18.42	6.93
DDF	13.52	5.01
EOT	18.26	4.18
TAS-TOT	50.20	12.45
Validi (listwise)		

Note: GAD = Generalized Anxiety Disorder, PHQ9 = Patient Health Questionnaire, SOM= Symptom Check list-90, DIF = Difficulty Identifying Feelings, DDF = Difficulty Describing Feelings, EOT = Externally Oriented Thinking, TAS-TOT = Toronto Alexithymia Scale Totale

[5] Il cut-off da considerarsi per la valutazione di alessitimia è un punteggio uguale o superiore a 60, mentre l'assenza dell'alessitimia va da un punteggio uguale o minore a 51.

La Tabella 2 mostra l'associazione delle variabili analizzate con l'utilizzo del coefficiente di correlazione Pearson (r), per indagare le possibili correlazioni tra i punteggi ottenuti in ciascun test. In generale, si osserva che le variabili presentano un range da 0.1 "piccolo" effetto, 0.3 "medio" effetto e 0.5 "grande" effetto, secondo le linee guida di Cohen.

Nello specifico, si può osservare come all'aumentare dei sintomi di somatizzazione (SCL-SOM) aumentano anche i sintomi di ansia (GAD-7) e depressione (PHQ-9).

Osservando nel dettaglio le sottoscale della TAS-20, la scala DIF presenta una correlazione positiva col GAD-7, con i punteggi del PHQ-9 e una correlazione positiva con la scala SCL-SOM. La scala TAS DDF presenta una correlazione positiva con il GAD-7, con il PHQ-9, con la TAS DIF. Infine, la scala TAS EOT presenta una correlazione positiva con la TAS DDF.

Tabella 2. Correlazioni tra i punteggi di ciascuna scala di valutazione. (N=299)

	Età	GAD-7	PHQ-9	SCL-SOM	TAS_DIF	TAS_DDF	TAS_EOT	TAS_TOT
Età	1							
GAD-7	-.060	1						
PHQ-9	-.132*	.719**	1					
SCL-SOM	-.081	.507**	.562**	1				
TAS_DIF	-.100	.591**	.614**	.533**	1			
TAS_DDF	-.139*	.288**	.378**	.245**	.603**	1		
TAS_EOT	.133*	.056	.039	-.117*	.162**	.310**	1	
TAS_TOT	-.067	.464**	.507**	.356**	.854**	.842**	.551**	1

Note. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; SCL-SOM = Symptom Check List-Somatizzazione; DIF = Difficulty Identifying Feelings; DDF = Difficulty Describing Feelings; EOT = Externally-Oriented Thinking; TAS_TOT = Toronto Alexithymia Scale. *p<.05, **p<.01.

Come mostrato nella Tabella 3, sono riportate le analisi delle differenze di genere nei punteggi ottenuti nelle scale di valutazione: sintomi di ansia (GAD-7), sintomi di depressione (PHQ-9), sintomi di somatizzazione (SCL-SOM), difficoltà nell'identificare le proprie emozioni (TAS DIF), difficoltà nel descrivere le proprie emozioni (TAS DDF), pensiero orientate verso l'esterno (TAS EOT) e presenta di alessitimia (TAS TOT) eseguite attraverso il t-test a campioni indipendenti. Considerando che la significatività a due code tra i due gruppi indipendenti (gruppo dei maschi e gruppo delle femmine) deve essere inferiore a 0.05, si osserva una differenza statisticamente significative tra i due generi nei punteggi del GAD-7. Infatti, si osserva una media superiore nel campione delle femmine (M = 13.55, DS = 4.85) rispetto a quella dei maschi (M= 12.15, DS= 5.23): ciò sembra dimostrare una maggior prevalenza di sintomi di ansia generalizzata nel sesso femminile.

Proseguendo nella lettura della tabella si osserva una differenza statisticamente significativa tra i due generi nei punteggi del PHQ-9: anche in questo caso emerge una maggior prevalenza di sintomi depressivi nel campione delle femmine. Inoltre, le femmine riportano alla scala SCL-SOM una prevalenza di sintomi somatici rispetto ai maschi del campione.

Analizzando i punteggi della TAS-20, si osserva una differenza statisticamente significativa soltanto nelle sottoscale Difficulty Identifying Feelings (TAS-DIF) e Externally-Oriented-Thinking (TAS-EOT). Nello specifico, si osserva una differenza tra maschi e femmine nell'identificazione delle proprie emozioni e nella difficoltà nel descrivere i propri sentimenti. Osservando i punteggi della TAS-DIF è presente una maggior difficoltà nell'identificazione delle proprie emozioni nel gruppo delle femmine,

mentre nei maschi si osserva una maggior prevalenza della difficoltà nella descrizione dei propri sentimenti.

Tabella 3. T-test a campioni indipendenti tra maschi (N=58) e femmine (N=240) rispetto alle variabili oggetto d'esame

	Genere	N	Media	DS
GAD-7	1	58	12.15	5.23
	2	240	13.55	4.85
PHQ-9	1	58	12.16	6.50
	2	240	14.01	6.07
SCL-SOM	1	58	1.46	0.68
	2	240	2.04	0.83
TAS_DIF	1	58	16.68	7.09
	2	240	18.89	6.85
TAS_DDF	1	58	13.67	5.24
	2	240	13.47	4.98
TAS_EOT	1	58	19.78	4.34
	2	240	17.89	4.07
TAS_TOT	1	58	50.09	13.57
	2	240	50.24	12.23

Note. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; SCL-SOM = Symptom Check List-Somatizzazione; DIF = Difficulty Identifying Feelings; DDF = Difficulty Describing Feelings; EOT = Externally-Oriented Thinking; TAS_TOT = Toronto Alexithymia Scale.

	t	Df	Sig. (2-code)	Intervallo di confidenza per la differenza al 95%	
				Inferiore	Superiore
GAD-7	-1.937	296	0.05	-2.81	0.02
PHQ-9	-2.063	296	0.04	-3.63	-0.09
SCL-SOM	-4.939	296	0.00	-0.81	-0.35
TAS_DIF	-2.221	296	0.03	-4.23	-0.26
TAS_DDF	0.274	296	0.78	-1.25	1.65
TAS_EOT	3.128	296	0.00	0.70	3.08
TAS_TOT	-0.083	296	0.93	-3.75	3.45

Note. GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; PHQ-9 = Patient Health Questionnaire-9; SCL-SOM = Symptom Check List-Somatizzazione; DIF = Difficulty Identifying Feelings; DDF = Difficulty Describing Feelings; EOT = Externally-Oriented Thinking; TAS_TOT = Toronto Alexithymia Scale.

3.3 TEXT MINING

Nel complesso 15 pazienti con disturbi psicosomatici hanno partecipato alle interviste semi-strutturate. Su 13 domande, ne sono state prese in considerazione 7, come riportato nelle Figure 1 e 2. Tali domande presentavano in media di 1124 parole e una durata media di 8.15 minuti. La dimensione di ogni punto è proporzionale a quante volte la parola è stata espressa, mentre i *diagrammi* sono rappresentati come frecce indicanti la sequenza di due o tre parole che appaiono almeno 3 volte durante le interviste.

Qui di seguito è stata riportata la descrizione dei risultati dei 7 plot emersi tramite il text mining in linea con la base teorica discussa. Non sono state considerate tutte le domande

dell'intervista in quanto il text mining ha evidenziato che soltanto 7 di esse riportavano dati interpretabili, mentre le rimanenti presentavano poca chiarezza nelle parole emerse. Per esempio la domanda *"Essendosi sottoposto/a ad entrambi i trattamenti, medici e psicologici, ha riscontrato delle differenze tra i due? E quali?"* risulta importante da considerare ai fini della ricerca, ma per la troppa complessità della stessa non si è potuti giungere ad un'interpretazione chiara e univoca di quanto emerso. Tuttavia, la lettura delle interviste integrali ha aiutato nella comprensione della percezione che le persone hanno avuto dei due trattamenti; questo risultato verrà discusso più nel dettaglio nel Capitolo Quinto. Inoltre, dai plot si può osservare che il campione non è sempre di 15 soggetti, perché nelle interviste, essendo esse semi-strutturate, si è scelto di non proporre una domanda qualora il paziente avesse già risposto alle domande precedenti.

Osservando la Figura 1, partendo dal primo plot riguardante la domanda *"Per prima cosa le chiedo se mi può raccontare il motivo per cui si è rivolto/a al suo medico di base"* le parole maggiormente riportate dai 15 pazienti sono: *"disturbo", "panico", "sentire", "malessere"* e *"ansia"*. Inoltre, si osserva la presenza di due sequenze di parole: *problema-ansia-attacco-panico*, e *riuscire-mangiare*. Questi dati indicano che i pazienti si sono rivolti al medico di base principalmente per problemi di ansia come attacchi di panico o per difficoltà nel riuscire a mangiare.

Nel secondo plot riferito alla domanda *"Mi può raccontare in che momento della sua vita ha iniziato a manifestare questi sintomi?"* si osserva che le parole maggiormente espresse dai 13 pazienti sono: *"situazione", "problema", "ricordo"* e *"cambiamento"*. Il diagramma mostra la sequenza di due parole, ossia *situazione-familiare* e ciò indica come i pazienti abbiano associato la loro sintomatologia ad un momento particolare della loro vita, legato principalmente ad un vissuto all'interno della propria famiglia.

Il terzo plot esaminato si riferisce alla domanda *"Dal questionario risulta che lei sia andato/a da uno psicologo/psicoterapeuta: mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della psicoterapia?"*. A questa domanda hanno risposto 14 soggetti. Il diagramma rappresentato indica la sequenza *iniziare-percorso*, indicando che l'esperienza della psicoterapia è stata interpretata dai pazienti come l'inizio di un percorso su sé stessi, per *"riuscire", "sentire", "capire",* che rappresentano le parole maggiormente espresse dai pazienti.

Il quarto plot considerato si riferisce alla domanda *"Quale messaggio le verrebbe da mandare a chi soffre o ha sofferto di sintomi che però non hanno avuto o che non hanno un riscontro medico?"*. Le risposte ottenute sono state 14. Si osserva che le parole maggiormente utilizzate sono: *"aiuto", "bisogno", "consiglio", "psicologo" e "affrontare",* e le sequenze di parole create dai diagrammi sono: percorso-psicologo e andare-psicologo. Queste parole, così come la loro sequenza, permette di comprendere che il consiglio maggiormente dispensato è quello di iniziare ad andare dallo psicologo e cominciare un percorso personale.

Proseguendo con la Figura 2, si può osservare il quinto plot, che si riferisce alla domanda *"Ci sono stati effetti collaterali ed eventualmente come ha risposto a questi?"* e considera le risposte di 12 soggetti. Possiamo osservare che le sequenze rappresentate nei diagrammi sono: *effetti-collaterali* e *crisi-panico*. La prima sequenza sembrerebbe indicare che i pazienti hanno riconosciuto degli effetti collaterali dei farmaci; infatti, tra le parole maggiormente espresse nelle interviste compare la parola "*sonnolenza*", che abbiamo visto, nei capitoli precedenti, essere un effetto collaterale tipico degli ansiolitici. La seconda sequenza fa ipotizzare che l'effetto collaterale dei farmaci sia la

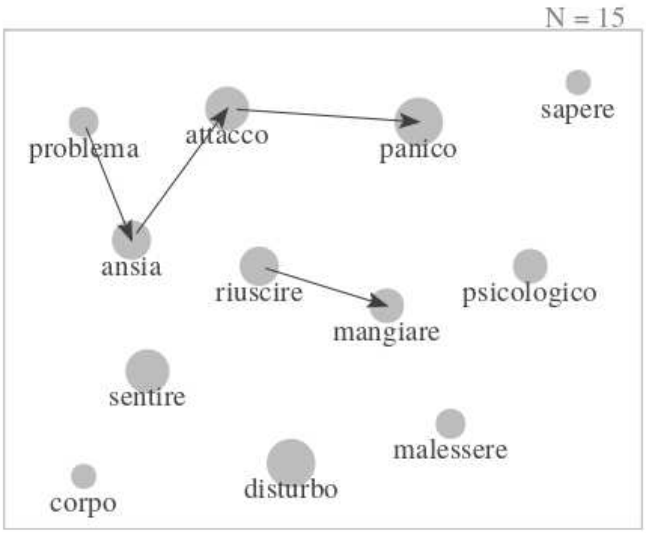
manifestazione di un attacco di panico, tuttavia sarà spiegato meglio nel capitolo successivo considerando anche le interviste integrali.

Il sesto plot riferito alla domanda *"Quale cura le ha prescritto?"* considera soltanto le risposte di 10 soggetti. Come riportato sopra, alcuni pazienti hanno raccontato la loro storia rispetto alla prescrizione di farmaci nelle domande precedenti dell'intervista. Si può osservare come il text mining non abbia evidenziato nessuna sequenza di parole; tuttavia, le parole maggiormente espresse sono: *"prescritto", "farmaci", "Xanax", "ansiolitici", "antidepressivi"* ecc. Questi dati sono in linea con l'ipotesi secondo cui i medici di base tendono a prescrivere psicofarmaci.

L'ultimo plot considera le risposte di 12 soggetti alla domanda *"Come si è sentita quando il medico glieli ha prescritti?"*. Anche qua, come nel plot precedente, non sono emerse sequenze di parole. Si osserva che le parole maggiormente utilizzate sono *"farmaci", "prendere"* e *"prescritti"* che non dicono nulla da un punto di vista del vissuto soggettivo del paziente. Inoltre, sono indicative le parole *"abuso", "solo/a", "sicuro"*, che saranno discusse in maniera più dettagliata successivamente, considerando le interviste integrali.

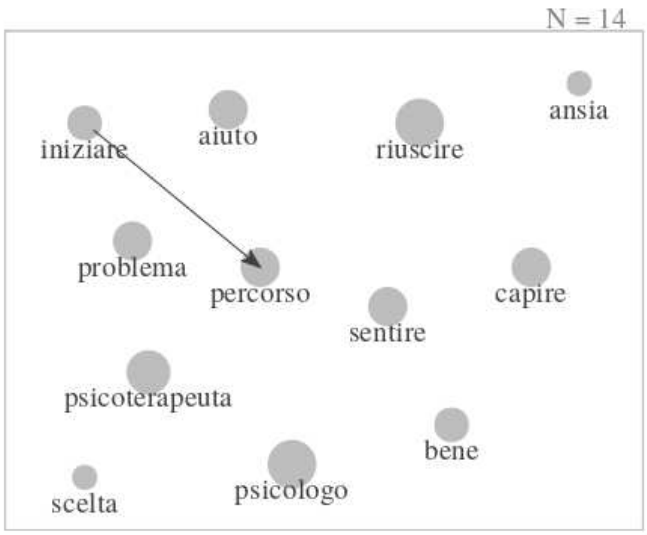
Figura 1: Diagrammi dei primi 4 plot.

Per prima cosa le chiedo se mi può raccontare il motivo per cui si è rivolto/a al suo medico di base?



Mi può raccontare in che momento della sua vita ha iniziato a manifestare questi sintomi?

Dal questionario risulta anche che lei sia andato/a da uno psicologo/psicoterapeuta: mi può raccontare come ha vissuto l'esperienza della psicoterapia?



Quale messaggio le verrebbe da mandare a chi ha sofferto o soffre di sintomi che però non hanno avuto o che non hanno un riscontro medico?

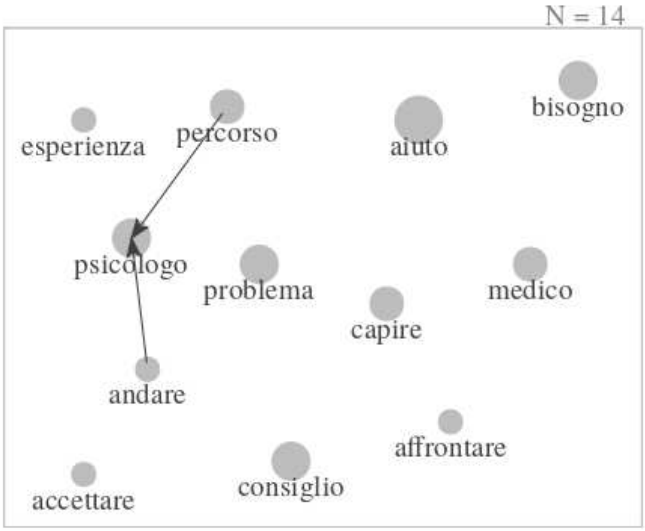
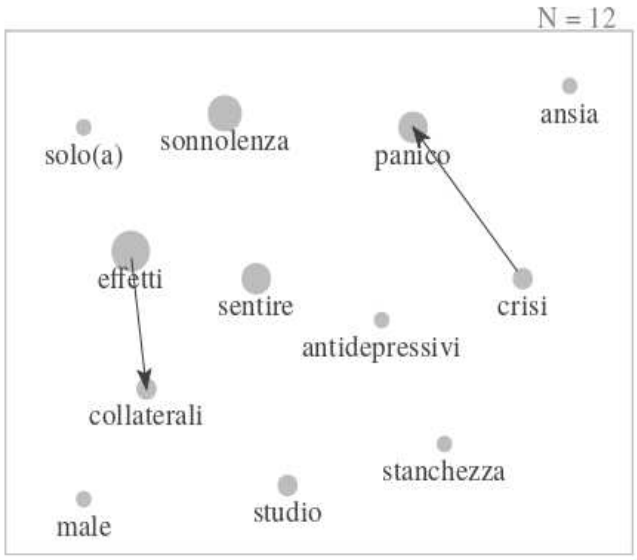


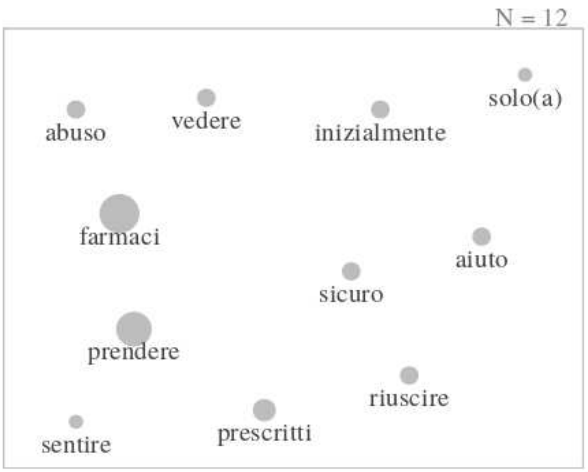
Figura 2. Diagrammi ultimi 3 plot

Ci sono stati degli effetti collaterali ed eventualmente come ha risposto a questi?



Quale cura le ha prescritto?

Come si è sentita quando il medico glieli ha prescritti?



CAPITOLO QUARTO

DISCUSSIONE DEI RISULTATI

Prendendo in considerazione i risultati ottenuti dalle analisi statistiche sopra riportate è possibile affermare l'idea di partenza dell'elaborato: i disturbi psicosomatici sono molto frequenti al giorno d'oggi, infatti, dei 364 soggetti che hanno aderito alla prima parte della ricerca sperimentale, 299 soggetti (82% del campione) hanno riportato di aver sofferto e/o di soffrire tutt'ora di una sintomatologia psicosomatica, cioè di un disturbo somatico senza causa organica. È stato, inoltre, interessante osservare come, tra questi ultimi, più della metà dei soggetti (162 su 299, 54%), si sia rivolta al proprio medico di base per comprendere la causa dei propri sintomi.

Soffermandosi sulle variabili indagate nella prima parte della ricerca sperimentale verranno qui di seguito discusse nel dettaglio le ipotesi di partenza. La prima ipotesi riguardante la presenza di alti punteggi nella sottoscala della "Somatizzazione" della Symptom Check List 90- Revised in pazienti con una sintomatologia psicosomatica è stata confermata dalle analisi emerse nel presente elaborato, ed in linea con gli studi presenti in letteratura (McEwen, 1998; Porcelli et al., 2004). Inoltre, più tali pazienti presentano sintomi psicosomatici e più esperiscono sintomi di ansia (GAD-7) e depressione (PHQ-9). Come emerge in letteratura, anche il campione qui preso in esame risulta presentare una sintomatologia somatica in comorbidità con sintomi depressivi di grado lieve e di rilevanza clinica (Baldoni,2010; Porcelli, 2009), con un range da 10 a 14, e con sintomi di ansia moderata. Questi risultati confermano al contempo la seconda ipotesi, formulata negli obiettivi della presente ricerca: i pazienti con sintomatologia psicosomatica presentano in media una difficoltà nella gestione dell'ansia e la presenza

di sintomi depressivi. I risultati emersi sono in linea con la letteratura secondo cui è presente una stretta associazione tra mente e corpo (Vitetta, Anton, Cortizo & Sali, 2005; Bottaccioli, 1995). Dunque, l'approccio bio-psico-sociale è la chiave di lettura e comprensione della sintomatologia somatica e della sua eziologia.

Per quanto riguarda la terza ipotesi, ci si aspettava che i pazienti con sintomatologia psicosomatica presentassero caratteristiche alessitimiche (Todarello et al. 1994; Porcelli et. al 2004; Lumley et al.,2007), tuttavia il campione in media non risulta alessitimico, nonostante l'alessitimia sia un fattore centrale da considerare nella diagnosi psicosomatica. È comunque importante sottolineare la presenza di una correlazione positiva dei punteggi totali della scala dell'alessitimia (TAS-20) con la scala "Somatizzazione" e con tutte le altre scale prese in considerazione nel presente elaborato. Più nel dettaglio, la sottoscala Difficulty Identifying Feelings (DIF) ha riportato una correlazione positiva con i sintomi psicosomatici, ma anche con quelli di ansia e depressione. Dunque, all'aumentare della difficoltà ad identificare le proprie emozioni e a distinguere tra i sentimenti e le sensazioni fisiche, i pazienti mostrano un aumento di sintomatologia somatica, ansiosa e depressiva. Il mancato riconoscimento e la confusione tra ciò che è organico e ciò che è psicologico porta ad una mancata consapevolezza delle proprie manifestazioni somatiche, con il rischio di portare il paziente ad un'amplificazione delle modificazioni somatiche che a sua volta potrebbero portare ad un aumento di sintomi di ansia, creando così un circolo vizioso causato dalla risposta allo stress, come descritta nel Capitolo Primo. La difficoltà nell'identificare le proprie emozioni e nel distinguere tra le sensazioni fisiche e i sentimenti è associata anche alla difficoltà di descrivere i propri sentimenti e questo può esser interpretato, alla luce delle analisi correlazionali, come un accumularsi di pensieri a cui non poter dar voce se non

attraverso la somatizzazione e quindi attraverso il veicolo comunicativo protagonista delle malattie psicosomatiche: il corpo. Questo è in linea con le correlazioni significative dei punteggi totali della scala totale dell'alessitimia (TAS-20) con la scala dei sintomi somatici (SOM). Sempre in riferimento al costrutto di alessitimia si osserva che all'aumento dei punteggi della sottoscala Difficulty Describing Feelings (DDF) vi è un aumento del pensiero orientato verso l'esterno (TAS-EOT): l'incapacità di descrivere se stessi può portare il soggetto a concentrarsi su tutto ciò che è esterno alla propria vita psichica, rendendosi spettatore di una vita che apparentemente non gli appartiene. Quest'ultimo aspetto infatti, è correlato positivamente alla sintomatologia depressiva.

Infine, la quarta e la quinta ipotesi proposte, avevano lo scopo di esplorare, da una parte, il percorso diagnostico e terapeutico proposto ai pazienti dal medico di base e dall'altra, a seguito dell'esito negativo di esami diagnostici, la scelta dei pazienti di approfondire il proprio malessere psicofisico iniziando un percorso psicologico. Analizzando i dati emersi dalle analisi descrittive è stato possibile osservare che la prescrizione di psicofarmaci non è un fenomeno così raro; infatti, dei 162 pazienti che si sono rivolti al proprio medico di base per la presenza di sintomi somatici, ben 65 hanno ricevuto una prescrizione di psicofarmaci come ansiolitici e/o antidepressivi. Questo aspetto deve essere considerato alla luce di un'altra osservazione importante: tra i 162 soggetti che hanno scelto di rivolgersi ad uno psicologo/psicoterapeuta, soltanto 17 vi si sono rivolti su consiglio del proprio medico di base. Questo dato, pone ulteriormente l'accento sull'idea secondo cui la componente psicologica venga esclusa o sottovalutata da parte di alcuni medici di base di fronte alla scelta di quale trattamento terapeutico intraprendere per il benessere del paziente. Nonostante l'esito negativo di esami diagnostici a conferma dell'assenza di patologie organiche e di un'eziologia psicosomatica dei disturbi, non tutti

i medici di base scelgono di indirizzare i propri pazienti verso un percorso psicologico. Come riportato nel Capitolo Secondo, gli psicologi e gli psicoterapeuti dovrebbero essere considerati come gli specialisti nella diagnosi e nella cura della sintomatologia derivante da disturbi dell'umore, disturbi d'ansia o più generalmente dalla reazione corporea allo stress, eppure, in alcuni casi la scelta del trattamento farmacologico sembra essere la via preferibile da parte di alcuni medici di base, senza una precedente consultazione con tali professionisti. Questa considerazione è emersa anche durante le interviste semi-strutturate quando i pazienti hanno raccontato il loro percorso di diagnosi e trattamento della sintomatologia psicosomatica. In particolare, alcuni medici di base, nonostante la loro dichiarazione di un'eziologia psicosomatica al paziente, definita di "origine ansiosa", hanno deciso di prescrivere psicofarmaci come primo tentativo di attenuazione e/o eliminazione della sintomatologia. In linea con quanto detto finora, alla domanda posta durante le interviste semi-strutturate *"Il suo medico di base, riconoscendo l'origine del suo sintomo, le ha consigliato l'invio da uno psicologo?"*, alcuni pazienti hanno risposto come segue: "*No, cioè mi ha detto prendi questo, poi magari ne parli con qualcuno",* come se andare dallo psicologo fosse da considerarsi un'alternativa soltanto dopo aver provato i farmaci; altri ancora, *"No, è stata solo una scelta personale ma dopo parecchi anni da questi disturbi di ansia", "Il medico di base si era accorto che il problema derivasse dall'ansia, magari inizialmente pensava più fosse un discorso di stress misto all'ansia, un'ansia normale perché comunque era un periodo particolarmente stressante e difficile, però non mi ha direzionato verso la psicologa*". Tali dati si possono interpretare anche alla luce dei dati ricavati dall'analisi qualitativa tramite il text mining.

Nello specifico, dalle analisi delle parole del primo plot, si è potuto osservare che i pazienti abbiano scelto di rivolgersi al proprio medico di base per una sintomatologia

esperita a livello organico e per la loro sensazione di malessere generale, che alcuni definiscono "psicologica". Tra questi malesseri, i pazienti hanno maggiormente riportato problemi di ansia, attacchi di panico o difficoltà nel riuscire a mangiare, facendo emergere anche la varietà di sintomi che si possono esperire con un disturbo psicosomatico. In questo contesto risulta importante soffermarsi sulla parola *"sapere"*. Come detto finora, infatti, i pazienti si rivolgono al proprio medico di base per ottenere informazioni sul proprio disturbo, per *sapere* di più sulla causa del proprio malessere.

In riferimento alla letteratura secondo cui i pazienti psicosomatici possano aver vissuto o vivere una condizione di distress, e quindi l'esistenza di una relazione tra l'insorgenza di un disturbo psicosomatico e un momento particolarmente della vita, è emersa dalle analisi del secondo plot. Non è un caso che le parole riportate dai pazienti indichino un preciso spazio temporale come un periodo, un momento o una situazione, da abbinare con l'aggettivo *"particolare"* che potrebbe riferirsi ad un momento di cambiamento, ad un evento traumatico o ad una situazione familiare. Più nel dettaglio, riportando rispettivamente alcuni esempi si propongono alcune risposte delle interviste: *"sono iniziati con il cambio del lavoro e avevo paura di non riuscire a farlo come lo facevo prima", "un dispiacere dovuto ad una situazione familiare, mia nonna è stata portata in una RSA, anche la situazione con mio padre, non avevo un buon rapporto", "derivava dall'ansia per il futuro, dalla situazione familiare e dal rapporto di coppia"*, *"diversi disturbi che sono iniziati tanti anni fa con il terremoto del 2016;* quest'ultima risposta sembrerebbe confermare la possibile comorbidità dei disturbi psicosomatici con il Disturbo Post Traumatico Da Stress (PTSD) e, come esso stesso, possa esser causa dell'insorgenza di sintomi psicosomatici. Altri pazienti, invece, hanno raccontato di non ricordare un momento preciso ed altri ancora di riconoscere una gradualità nella comparsa

dei sintomi, da loro definita come "*sommazione di eventi"*. I pazienti, infatti, raccontano: "*si sono scatenati in maniera graduale*", *"non mi ricordo e non saprei neanche dirle a che momento potrei ricondurlo".* Proseguendo con il terzo plot è interessante osservare i verbi espressi dai pazienti: l'esperienza della psicoterapia con lo psicologo o lo psicoterapeuta è stata utile per "riuscire" a *"far fronte al problema"*, "*ad esternare determinate cose;* e per "capire", "*l'origine del mio malessere", "le difficoltà e gli ostacoli che avevo", "molto di te, chi sei e perché stai male".* I pazienti, quindi, per comprendere il proprio malessere e il proprio problema scelgono di iniziare un percorso di psicoterapia che rappresenta, per molti di loro, la scelta per stare bene, un aiuto per i propri problemi e per i propri sintomi di ansia. A tal proposito, è stato molto interessante osservare che il messaggio scelto, da mandare alle persone che soffrono o hanno sofferto di sintomi psicosomatici, è stato prevalentemente lo stesso per tutti: il consiglio di andare dallo psicologo e iniziare un percorso di psicoterapia. In linea con quanto appena esposto, alcuni pazienti hanno risposto *"lo consiglierei perché si acquisisce una maggiore consapevolezza di sé stessi e fa stare assolutamente meglio anche nel vivere la semplice quotidianità, "per risolvere il problema alla base bisogna scavare e capire il motivo per cui nascono questi sintomi, "un aiuto per risolvere certe situazioni che la vita ti presenta"*. I pazienti hanno raccontato che grazie alla loro esperienza hanno imparato a chiedere aiuto, ad accettare il loro problema e hanno capito come affrontarlo. Nelle risposte molti hanno espresso la loro opinione anche riguardo la figura del medico considerandola un aiuto, *necessario ma non sufficiente* per capire il problema.

Per quanto riguarda l'aspetto del trattamento, si è riscontrato che la terapia maggiormente proposta dai medici di base sia stata la prescrizione di farmaci, e più precisamente di psicofarmaci. Dalle analisi qualitative è emerso che le parole prevalentemente riportate

dai pazienti siano proprio appartenenti al ramo della farmacologia: ansiolitici, antidepressivi, benzodiazepine, Xanax e Lexotan (entrambi farmaci appartenenti alla categoria di ansiolitici). Dunque, nonostante i medici di base abbiano escluso la componente organica dei sintomi esperiti dai pazienti del campione, hanno optato verso la prescrizione di psicofarmaci e, in alcuni casi, non hanno neppure consigliato l'invio dallo psicologo. In questo contesto, risulta importante soffermarsi sul loro vissuto in relazione alla prescrizione e successiva assunzione di psicofarmaci. Nonostante attraverso il text mining non si siano ricavati molti dati interpretabili, la parola *"solo/a"*, riportata nelle analisi del settimo plot, merita attenzione. Tale parola emersa può essere interpretata con l'aiuto di alcune risposte fornite dai pazienti alla domanda dell'intervista *"Come si è sentita quando il medico glieli ha prescritti?"*. I pazienti descrivono quel momento come *"una sconfitta"*, *"mi è dispiaciuto un po' perché speravo di risolverla da sola", ho detto perché devo prendere questi farmaci e non riesco a superare il momento da solo", "un supporto in più una cosa in più che viene data e che quindi è un po' come che da solo non ce la facessi"*. Questa percezione di non essere in grado di affrontare i propri problemi e la consapevolezza di incapacità soggettiva che potremmo definire come demoralizzazione (Frank, 1974) è difatti uno dei Criteri Diagnostici per la Ricerca in Psicosomatica (Fava et al.,1995). In linea con quest'ultimo aspetto, studi confermano che la demoralizzazione aumenti il rischio o peggiori la prognosi di alcuni disturbi cardiovascolari e oncologici. (Grossarth-Maticek et al. 1985, Schuitemaker et al. 2004). Questa ultima affermazione è in accordo con l'approccio della psiconeuroendocrinoimmunologia secondo cui la demoralizzazione è associata all'attivazione di fattori di trascrizione genetica NF-kB per l'aumento di citochine pro-infiammatorie nell'organismo, le quali possono contribuire allo sviluppo di tumori.

Anche per questo motivo, sarebbe auspicabile non proporre un trattamento farmacologico ai pazienti con sentimenti di impotenza ed un *locus of control* orientato all'esterno.

Sempre in riferimento al trattamento farmacologico, e dalle analisi del text mining, si è potuto osservare come molti pazienti abbiano riscontrato gli stessi effetti collaterali; in accordo con la farmacologia (Faravelli, 2010) e quanto riportato nel Capitolo Secondo, gli effetti maggiormente riportati sono stati: un aumento di sonnolenza e di stanchezza. L'aspetto interessante è che in molti hanno raccontato dei risvolti negativi che l'assunzione di tali psicofarmaci ha comportato, anche nello svolgimento delle attività quotidiane. In particolare, pazienti che stanno affrontando un percorso universitario hanno riscontrato delle difficoltà nello studio: *"io ero molto molto stanca e quindi questo automaticamente aveva delle ripercussioni anche nello studio", "mi sentivo molto stanca e assonata e infatti in quel periodo neanche ho dato un esame all'università"*. Queste considerazioni portano a riflettere nuovamente sul tema affrontato nel Capitolo Primo: gli effetti collaterali devono essere presi in considerazione, analizzando la specifica situazione dello specifico paziente; lo psicofarmaco infatti, potrebbe essere un aiuto per un paziente, ma potrebbe anche considerarsi come un fattore aggravante della situazione per un altro.

Come già evidenziato nel capitolo precedente, la domanda dell'intervista riguardante il confronto tra le due tipologie di trattamento, farmacologico e psicologico è risultata troppo complessa per un'adeguata analisi del text mining; per questo motivo si propone una riflessione sulle differenze riprendendo le risposte integrali dei pazienti alla domanda *"Essendosi sottoposto/a ad entrambi i trattamenti, medici e psicologici, ha riscontrato delle differenze tra i due? E quali?"*. Tutti i soggetti intervistati hanno risposto affermativamente alla domanda e attraverso un'analisi qualitativa è emerso che, la

maggior parte di essi ha riscontrato una differenza nella durata dell'effetto del trattamento: il trattamento farmacologico è stato considerato come *"a breve termine",* mentre, il trattamento psicologico è stato considerato *"a lungo termine".* Più precisamente, per quanto riguarda il farmaco, si può osservare che il suo effetto positivo sulla riduzione della sintomatologia è stato associato alla sola assunzione e al suo effetto biologico nell'organismo: ad esempio, se il paziente manifesta ansia con presenza di tachicardia, prendendo l'ansiolitico e quindi, attraverso il potenziamento del GABA prodotto dal principio attivo, si favorisce un rallentamento del battito cardiaco, in accordo con la sua azione inibitoria sul sistema nervoso. In altre parole, si ha una riduzione del sintomo, ma non della somatizzazione. Un'altra osservazione da fare è che, nei pazienti che soffrono di attacchi di panico, anche solo sapere di avere un farmaco a portata di mano comporta una riduzione della sintomatologia: *"il farmaco è stato utile per il fatto di sapere che avevo dietro nella borsa lo Xanax e che quindi potevo andare in quel posto perché, anche nell'eventualità mi venisse un attacco di panico io comunque avevo uno strumento per bloccarlo", "io ero accompagnato sempre dalla presenza di una scatolina del farmaco perché mi dava certa sicurezza".* La psicoterapia, di contro, è stata considerata come un aiuto concreto che perdura nel tempo; il suo effetto positivo sulla sintomatologia è da considerarsi come conseguenza di una riduzione di somatizzazione. Metaforicamente si potrebbe dire che il corpo, grazie alla psicoterapia, *"abbia meno cose da dire",* in quanto la mente riesce ad esprimere il proprio disagio e sofferenza fino a raggiungere consapevolezza dei propri problemi e una conseguente accettazione di sé e del problema stesso. Per concludere, si riportano alcune parole dei pazienti a riguardo di questa differenza: *"Sì, ho notato delle differenze, diciamo che il farmaco era utile al momento e la psicoterapia a lungo termine","il farmaco, mi dava un aiuto*

nell'immediato, quindi io, appena sentivo la sensazione negativa prendevo il farmaco e sapevo di star bene, ma successivamente ritornava di nuovo il malessere. Quindi il farmaco, si può dire che, lo utilizzavo solo nel momento in cui avevo un picco di malessere totale, invece la psicoterapia non mi dava il beneficio a breve termine, ma posso dire che la psicoterapia ha sradicato la parte negativa in me e ha avuto un rilascio prolungato, la mia negatività si è trasformata in positività perché sono riuscita a capirmi e capire il problema che avevo alla base", "la differenza è che con la psicoterapia sono riuscito a capire l'origine di questo malessere e magari piano piano a prenderne atto e non dico guarire perché a distanza di anni ancora la cicatrice è profonda, però mi ha fatto prendere consapevolezza e affrontarlo in una maniera diversa, nel senso che, ecco, ho reagito anche a livello psicologico concentrandomi su determinati pensieri che mi hanno aiutato ad uscire da tutto questo tunnel mentre invece i farmaci erano un aiuto per non avere questo senso di oppressione sul petto".

CAPITOLO QUINTO

CASI CLINICI

In questo capitolo si è scelto di riportare 3 casi clinici emersi dalle interviste semi-strutturate (N=15) condotte nella seconda parte della ricerca sperimentale. Tali interviste avevano lo scopo di approfondire i concetti definiti nel presente elaborato e di analizzarli in un'ottica qualitativa. Si è scelto di riportare questi 3 casi clinici perché presentano tutti i punti discussi nel capitolo precedente.

CASO CLINICO 1

La paziente racconta di essersi rivolta al proprio medico di base per dei problemi di concentrazione e di attenzione, dovuti al fatto che era "*sempre un po' persa nell'ansia*", e disturbi a livello intestinale. La paziente non riconosce un momento particolare di vita contemporaneo o concomitante all'insorgenza della sintomatologia, bensì riconosce la graduale manifestazione dei propri sintomi. Inizialmente non dava troppo peso alla sintomatologia in quanto li reputava *"normali*, *non pensavo fosse una cosa a cui dar peso, invece, poi, piano piano, mi sono accorta che era una cosa importante e quindi ho dovuto per forza farmi vedere da una persona che sapeva darmi una spiegazione più giusta",* questo a prova del bisogno da parte della paziente di ottenere una spiegazione del suo vissuto sintomatologico da una persona competente nell'ambito.

In riferimento all'esperienza del medico di base la paziente racconta di aver ricevuto una prescrizione di integratori poiché, inizialmente il medico di base aveva ipotizzato una mancanza di sali minerali. Successivamente, quando la situazione, nonostante l'assunzione di integratori, rimase invariata, le venne prescritto il Lexotan, farmaco appartenente alla classe degli ansiolitici. Il medico di base della paziente aveva

riconosciuto l'eziologia ansiosa del disturbo, ma, non ha consigliato l'invio da uno psicologo; dunque, la scelta di andare da uno psicologo è stata da parte della paziente stessa: *"Ho iniziato a capire che il problema era nella testa e diciamo che la scelta di fare il passaggio successivo della psicologa è stato mio".*

Analizzando l'esperienza dei farmaci, la paziente alla domanda *"Come si è sentita quando il medico glieli ha prescritti?"* racconta di *"averla presa bene"*, in quanto riconosceva nella prescrizione una possibilità di via d'uscita al suo malessere, *"un sollievo per lo meno mentale o anche fisico"*, ma successivamente descrive il farmaco come un supporto in più, interpretando l'utilizzo dello stesso *"come se da solo non ce la facessi"* a cui si aggiunse la paura che la terapia fosse troppo invasiva per la durata di 6 mesi.

Alle domande riguardanti i miglioramenti e/o gli effetti collaterali la paziente riconosce un miglioramento dovuto anche ad una combinazione con la terapia psicologica, riconoscendo però un forte bisogno del farmaco che poi man mano ha scelto di abbandonare. *"Questa cosa era un aiuto in più per me in un momento particolare della mia vita e ne avevo fortemente bisogno perché non ero in me".* Tra gli effetti collaterali ricorda soltanto un'astinenza quando ha scelto di terminare la terapia.

In riferimento all'esperienza con la psicologa, la paziente racconta di aver vissuto un'esperienza molto positiva soprattutto per la fortuna di aver trovato una persona valida, tanto che la definisce *"un gran supporto ed ancora lo è",* riconoscendo delle differenze tra il trattamento psicoterapeutico e farmacologico. La paziente alla domanda *"essendosi sottoposta ad entrambi i trattamenti sia medici che psicologici ha riscontrato delle differenze tra i due e, se sì, quali?"* ha risposto affermativamente: con la psicoterapeuta

ha percepito la possibilità di avere un dialogo che lei stessa definisce "*la terapia giusta è proprio quella a mio parere, tante volte anche riuscire ad esternare determinate cose è fondamentale e mi ha aiutato tanto"* perché, secondo lei, il farmaco "*si limitava ad agire soltanto a livello fisico."*

Nella fase conclusiva dell'intervista la paziente ha lasciato un messaggio molto importante a tutti coloro che soffrono o hanno sofferto di sintomi che però non hanno o non hanno avuto riscontro medico. Il suo consiglio è quello di ricorrere ad uno psicologo o ad uno psicoterapeuta in quanto rappresenta *"un aiuto che si dà a sé stessi"*, per lei è necessario farsi aiutare in determinate circostanze perché tante volte non si hanno i mezzi adeguati o le capacità di poter capire quali siano i propri problemi, sia che essi siano *"piccolini"* sia che iniziano ad incidere negativamente nella quotidianità andando a minare anche la capacità di sapersi relazionare con le persone.

CONSIDERAZIONI

Questa prima intervista porta ad alcuni spunti di riflessione sulla tematica della sintomatologia psicosomatica, nel dettaglio si parla di difficoltà nella concentrazione e disturbi gastrointestinali. La prima riflessione, in linea con quanto detto finora nell'elaborato, riguarda il percorso diagnostico e di trattamento adottato nei confronti della paziente sopra descritta. Il medico di base, pur riconoscendo l'eziologia psicosomatica della sintomatologia della paziente, non ha consigliato l'invio da uno psicologo, tuttavia ha scelto di prescrivere un ansiolitico. La paziente è giunta da sola alla scelta di rivolgersi ad una figura specializzata e competente nell'ambito psicologico per provare a comprendere e risolvere i suoi problemi, in quanto la terapia farmacologica appariva come un aiuto necessario, ma non sufficiente, per arrivare ad una soluzione a

lungo termine. L'aspetto della temporalità dell'efficacia del farmaco, da aggiungersi ad una specificità di azione a livello prettamente organico, rappresenta per la paziente la consapevolezza che la singola terapia farmacologica non basta per risolvere la sua sintomatologia che ha radici più profonde. Infine, il suo consiglio nella parte conclusiva dell'intervista fa riflettere sulla fragilità umana; in alcuni momenti della vita potrebbe capitare di non riuscire ad utilizzare in modo adeguato i propri mezzi a disposizione per risolvere le situazioni che possono risultare stressanti, e avere il coraggio di chiedere aiuto è un dono che si fa a sé stessi.

CASO CLINICO 2

La paziente racconta di essersi rivolta al proprio medico di base perché non riusciva a darsi una spiegazione ai tanti e svariati dolori al corpo, sottolinea di aver avuto dolori alle gambe, problemi di sonno durante la notte per crampi improvvisi, gonfiore alle mani e ai piedi. I suoi sintomi sono comparsi dal nulla, inizialmente non aveva associato i dolori ad un problema di natura psicosomatica, ma poi con il tempo racconta di averlo capito da sé anche grazie alla presa di coscienza raggiunta attraverso il percorso di psicoterapia: *"l'ho capito perché stavo affrontando un periodo un po' burrascoso tra il trasferimento da una casa all'altra, per cui anche problemi con i miei genitori"*. Il medico di base le ha proposto diversi esami specialistici come esami del sangue e visite cardiologiche, tutte con esito negativo. La mancanza di risposte concrete su un'ipotetica eziologia organica ha permesso al medico di associare la sintomatologia ad una componente psicologica correlata allo stress: *"Alla fine mi ha chiesto ma tu sei stressata? Fai l'università? Quindi penso che l'abbia associata a disturbi psicosomatici e mi ha dato lo Xanax"*. La paziente

racconta che la terapia con lo Xanax l'aiutava a sentirsi tranquilla nel presente ma non nella sua prospettiva di futuro, "*io prendevo queste gocce sempre nel momento in cui avevo l'ansia per cui più volte durante la giornata, quindi non è che io prendendo quel farmaco ero tranquilla tutto il giorno, era momentaneo"*. Racconta di aver avuto dei miglioramenti sulla sintomatologia, ma soltanto inizialmente, tanto che poi ha deciso anche di rivolgersi ad un osteopata dal quale ha ricevuto il consiglio di rivolgersi ad uno psicologo/psicoterapeuta. Sempre in riferimento alla terapia farmacologica, la paziente racconta di aver avuto alcuni effetti collaterali *"Mi dava sonnolenza, cioè mi sentivo molto fiacca, mi dava rilassatezza però come effetto contrario mi sentivo molto stanca e assonnata e infatti in quel periodo neanche ho dato un esame all'università".*

In riferimento all'esperienza della psicoterapia la paziente racconta di aver iniziato un percorso in cui inizialmente non credeva molto, in quanto si era convinta che la sintomatologia dipendesse da un qualcosa di organico, ma dopo aver preso coscienza di quelli che erano "*i problemi reali, ho capito come allontanarli, vivere il presente in maniera diversa e sono riuscita a venirne fuori".*

La paziente riconosce l'esistenza di differenze tra il trattamento farmacologico e il trattamento psicoterapeutico cui si è sottoposta: dal farmaco ha tratto un giovamento a breve termine *"passato l'effetto dovevo riprendere il farmaco per sentirmi tranquilla, rilassata",* invece con il percorso psicoterapeutico ha imparato a vivere il momento d'ansia *"accettarlo e renderlo parte di me, accettando questa parte di me che rifiutavo"*. Attraverso la psicoterapia la paziente racconta di aver imparato a gestire i momenti di ansia, ad allontanarli per viverli al meglio, come se fosse una cura a lungo termine, infatti la paziente riporta: *" E' stato un percorso che non è finito lì, è una cosa che mi porto ancora adesso, che mi ha dato degli insegnamenti per vivere meglio la mia vita"* e, in

riferimento alla sintomatologia muscolare racconta di rendersi meglio conto di che cosa si tratta perché percepisce il proprio corpo in maniera diversa, anche nei messaggi che gli invia.

Il suo consiglio nella parte conclusiva dell'intervista è quello di rivolgersi comunque al medico di base nel momento in cui si presenta una sintomatologia organica, ma, ritiene che anche questi ultimi dovrebbero *"essere più informati dal punto di vista della psicologia perché a volte non tutto è spiegato dalla medicina e consiglierei il percorso dello psicologo anche a chi non ha dolori, perché aiuta tanto a capire se stessi".* La paziente evidenzia come molto spesso la gente si lamenta perché non vuole affrontare i propri problemi e l'unico modo per venirne fuori è quello di guardare in faccia la realtà e chiedersi di farsi aiutare quando si hanno dolori che non si riescono a spiegare.

CONSIDERAZIONI

Nel dettaglio la paziente presenta una sintomatologia psicosomatica legata al sistema muscolo scheletrico e anche in questo caso la paziente si è rivolta al proprio medico di base in cerca di una spiegazione ai propri disturbi. Il medico di base, attraverso una prescrizione di esami diagnostici specialistici ha escluso un'eziologia organica alla sintomatologia esperita dalla paziente, e, anche in questo caso, non ha consigliato l'invio da uno psicologo e/o psicoterapeuta ma ha indirizzato la paziente verso l'assunzione di un ansiolitico. Ritroviamo anche in questa paziente un miglioramento sulla sintomatologia, combinato tuttavia con la presenza di effetti collaterali legati al potenziamento dell'azione del GABA dell'ansiolitico: sonnolenza, diminuzione delle capacità cognitive. In particolare, nella paziente ha comportato risvolti negativi anche nei suoi progetti di vita, infatti la paziente riporta di un'incapacità nel sostenere gli esami

universitari per l'eccessiva stanchezza. In questa seconda intervista ritorna il concetto di efficacia a "breve e lungo termine" del trattamento farmacologico, mettendolo a confronto con il trattamento psicoterapeutico, con un'efficacia definita "*a lungo termine*". La paziente, infatti, confronta la gestione dei momenti di ansia con i due trattamenti: con il farmaco l'ansia si bloccava immediatamente, dove in questo caso la tranquillità è conseguenza dell'assunzione del farmaco grazie al principio attivo e ai suoi effetti sul sistema nervoso, mentre, con la psicoterapia, la tranquillità è la conseguenza di una presa di consapevolezza della propria ansia e delle proprie capacità di poterla gestire. Il suo consiglio, nella parte conclusiva dell'intervista, è quello di non escludere la componente psicologica perché, a suo avviso, non tutto può essere spiegato dalla medicina, seppure la paziente dia importanza e valore alla figura del medico di base, cui consiglia di rivolgersi come primo step quando emergono sintomi che possono sembrare organici, ma qualora, il sintomo non fosse di natura organica, ci si dovrebbe rivolgere a psicoterapeuti. Inoltre, per la paziente sarebbe di buon auspicio proporre uno studio più approfondito della psicologia nel loro percorso di formazione. Infine, come la paziente precedente, anche questa paziente sottolinea l'importanza della psicoterapia come dono che si fa a sé stessi per comprendere le proprie sofferenze.

CASO CLINICO 3

Il paziente racconta di essersi rivolto al proprio medico di base perché ricercava una figura di fiducia che potesse aiutarlo a comprendere i suoi sintomi, principalmente sintomi gastrointestinali e disturbi del sonno. Non riconosce un momento specifico contemporaneo alla prima manifestazione della sintomatologia *"sarebbe fin troppo*

riduttivo, è stata una sommazione di momenti". Il medico di base, nel corso della prima visita ha eseguito delle tecniche di semeiotica e ha riscontrato addome teso e un'evidente sofferenza del sistema gastrointestinale per le quali ha scelto di prescrivere un farmaco per il reflusso, lo Xanax per il rilassamento della parete gastrica e un antidepressivo per l'insonnia. Nonostante la prescrizione di psicofarmaci, il medico di base, riconoscendo una componente psicologica al disturbo del paziente ha consigliato l'invio da uno psicologo e/o psicoterapeuta.

In riferimento alla propria esperienza con i farmaci, il paziente racconta che la prescrizione non ha creato in lui nessun disagio, poiché era consapevole della sua situazione. Per quanto riguarda i miglioramenti del trattamento farmacologico, precisa che *"i miglioramenti sono arrivati dopo un anno quando ho fatto una gastroscopia e lì ho visto che effettivamente lo stomaco era a posto".* Per quanto riguarda gli effetti collaterali il paziente parla di un aumento di peso, una perdita della libido, problemi sul piano cognitivo "*Sa cosa significa a 20-22 anni perdere libido, poi ho preso non so dirti se 15 o 20 kili, poi l'umore era più nero che mai perché avevo mancanza di concentrazione e attenzione".*

Passando alla sua esperienza della psicoterapia, il paziente racconta di essere arrivato ad una consapevolezza, di essere riuscito a tirare fuori tante cose e ad averle elaborate, "*se dovessi parlare di questo perderemmo una giornata e mezzo, ho fatto un percorso importante e impattante".* Il paziente ha riscontrato delle differenze tra i due trattamenti, "*basti pensare che la psicoterapia l'ho iniziata dopo i farmaci per interromperli visto che i farmaci mi hanno svuotato definitivamente la speranza",* la speranza di stare bene, e racconta di averla ritrovata grazie alla psicoterapia.

Nella parte conclusiva dell'intervista il paziente consiglia di *"ascoltarsi, ascoltare sempre la mente e il corpo e avere il coraggio di dirlo a sé stessi",* consiglia di prendere in considerazione il supporto psicologico perché *"ci fa accettare ciò che siamo stati".*

CONSIDERAZIONI

In questo paziente è nuovamente evidente il bisogno di comprendere l'origine dei propri sintomi, scegliendo una figura di fiducia. In questo caso il medico di base ha consigliato l'invio ad uno psicologo, ma ha scelto comunque di prescrivere in autonomia un ansiolitico per i disturbi gastrointestinali e un antidepressivo per i disturbi del sonno. Gli effetti collaterali per il paziente sono stati molti e hanno colpito varie sfere della sua vita: il suo peso e la sua libido. In questo modo il paziente ha percepito una diminuzione della sua autostima, che associata alle ripercussioni sulla concentrazione e attenzione, ha reso sempre più complicata la riuscita nel suo percorso universitario e lo svolgimento delle sue attività quotidiane. L'aspetto dei miglioramenti della sua sintomatologia è molto curioso, il paziente non racconta di aver avuto miglioramenti con l'assunzione del farmaco, ma collega il miglioramento della sintomatologia ad un momento ben preciso contemporaneo all'assunzione: la sua gastroscopia con esito negativo, da interpretare in un'ottica di ansia di malattia. Il paziente, nel momento in cui, grazie all'esame diagnostico ha potuto escludere una patologia organica, ha riscontrato una riduzione dell'ansia e quindi una conseguente diminuzione della sintomatologia psicosomatica. Nei capitoli precedenti si è discusso anche di questo aspetto, che risulta importante poiché non avere informazioni sul proprio stato di salute e non ottenere una diagnosi precisa può portare il paziente a concentrarsi in maniera eccessiva sulle proprie manifestazioni somatiche e ad alimentare il circolo vizioso di paure e ansie, e a fungere da amplificatore delle sensazioni. Anche in questo terzo caso, il paziente riconosce delle differenze tra i due trattamenti, più

precisamente qua non si fa una distinzione tra un'efficacia a breve e/o lungo termine, ma si racconta una distinzione tra ciò che si è prendendo i farmaci e tra ciò che si è avendo intrapreso un percorso psicoterapeutico. Per il paziente prendere farmaci significa esser svuotati dalla speranza mentre la psicoterapia è essa stessa speranza e per questo consiglia di prendere sempre in considerazione il supporto psicologico che definisce *"un diario dove scriviamo la nostra vita che si legge e si continua a scrivere con un altro essere umano che è lì per noi".*

CAPITOLO SESTO

CONCLUSIONI, LIMITI E SVILUPPI FUTURI

Questo elaborato ha cercato di dimostrare l'esistenza di un dialogo silenzioso tra mente e corpo: il protagonista principale delle malattie psicosomatiche. Attraverso le analisi quantitative dei vissuti dei pazienti psicosomatici è stato possibile osservare, da una parte, la loro difficoltà nella gestione dell'ansia, la presenza di sintomi depressivi e una difficoltà nell'identificare le proprie emozioni, e dall'altra, il bisogno di rivolgersi al loro medico di base per comprendere la causa della propria sintomatologia. Le analisi qualitative hanno permesso di fare una riflessione su tutto il percorso successivo, di diagnosi e di trattamento. I pazienti, dopo una spiegazione dei loro sintomi da parte dei medici di base, vogliono trovare anche una soluzione ad essi, e, una volta appreso che non è il solo corpo a manifestare un malessere attraverso i sintomi, ma anche la mente, con i suoi pensieri ed emozioni, cercano aiuto nella psicoterapia. Il percorso psicologico, per i pazienti con disturbi psicosomatici, rappresenta la strada da percorrere per giungere alla consapevolezza e all'accettazione di sé, trasformando il silenzio dei pensieri racchiusi nella mente, in una voce condivisa empaticamente con un altro essere umano. Soltanto dando voce ad essi, il corpo ritrova il suo equilibrio liberandosi dai suoi sintomi che, metaforicamente rappresentano il bisogno di esprimersi ed esternare. L'importanza della psicoterapia come trattamento d'elezione per le malattie psicosomatiche sembra essere riconosciuta soltanto dai pazienti stessi; infatti, i medici di base tendono a prediligere un trattamento farmacologico. Il presente elaborato ha messo ulteriormente in luce il pensiero di partenza: nonostante l'assenza di una patologia organica, i medici di base non cercano la collaborazione con gli psicologi o psicoterapeuti, ma scelgono di limitarsi alla sola prescrizione di farmaci. L'assenza di collaborazione è il punto da cui bisognerebbe

partire per spingere verso un cambiamento di atteggiamento da parte dei medici di base quando si parla di malattie psicosomatiche, al fine di accompagnare i propri pazienti, oltre che verso una riduzione della sintomatologia con l'assunzione del farmaco, evidenziata dalle analisi qualitative emerse, anche, e soprattutto, verso la riduzione del proprio malessere psicologico che utilizza il corpo come veicolo di comunicazione. I pazienti del presente studio, infatti, hanno riconosciuto l'esistenza di una differenza notevole tra il trattamento farmacologico e quello psicologico per le malattie psicosomatiche. Il farmaco è un aiuto concreto per le sensazioni corporee, limitato però, al breve tempo di assunzione, la psicoterapia, invece, è l'aiuto per capirne le origini, per offrire soluzioni che perdurino nel tempo. Bisognerebbe soffermarsi sui messaggi inviati dai pazienti, per offrire un'assistenza di base che riconosca il paziente, prima ancora che come tale, come una persona che ha bisogno di essere ascoltata, accolta e capita: il somatizzare nel corpo è espressione di un'unità biopsichica di mente e corpo, che si esprime in maniera indivisibile nella sofferenza legata a storie di vita come a situazioni problematiche, ad affetti mancati, ad obiettivi non raggiunti o, più generalmente, all'incapacità di vivere una realtà da cui si evade. Il paziente psicosomatico, non è dunque la sua malattia, è un uomo, un'essenza unica e irripetibile che vive un malessere psicologico ed esperisce alcuni sintomi a livello corporeo. L'inestricabile legame di mente e corpo deve concretizzarsi nell'assistenza di base offerta al paziente: la collaborazione tra il medico e lo psicologo, per indirizzare il paziente verso il trattamento più adatto e funzionale, che si può comprendere solamente entrando empaticamente nella vita dell'altro.

"La malattia non può ignorare la sua modulazione individuale, e non già perché l'individuo reagisce direttamente allo stesso male, ma perché l'azione della sua malattia

si svolge di diritto nella forma dell'individualità che l'universalità del linguaggio medico codificato ignora" (Galimberti, 1983, p. 100).

6.1 LIMITI

I limiti del presente elaborato sono i seguenti:

- Il campione reclutato per tale ricerca è risultato disomogeneo per quanto riguarda il genere. Nel dettaglio, nella prima parte della ricerca (questionario) hanno partecipato 69 maschi e 294 femmine, mentre nella seconda parte (intervista semi-strutturata), 3 maschi e 12 femmine. Tuttavia, le analisi delle differenze di genere attraverso il t-test a campioni indipendenti, si sono ugualmente svolte, e la maggior partecipazione di femmine rispetto ai maschi può esser interpretata come una conferma dei dati presenti in letteratura. Studi scientifici, infatti, confermano che le femmine tendono ad esperire più frequentemente una sintomatologia psicosomatica, sia in comorbidità con sintomi di ansia e di depressione, che indipendentemente da questi (Kroenke & Spitzer 1998).
- L'utilizzo, nella prima parte della ricerca sperimentale, di strumenti *self-report*, che, per la loro intrinseca caratteristica di essere autosomministrati, possono comportare la presenza di *bias* nell'analisi dei dati.
- La caratteristica di essere uno studio *cross-sectional*. Essendo trasversale, non è stato possibile osservare differenze nella manifestazione della sintomatologia somatica e nelle variabili indagate dei pazienti nel corso del tempo.
- Non sono state indagate altre variabili interessanti nel presente elaborato. Come precedentemente accennato, non è stata valutata la demoralizzazione nei soggetti,

considerata un criterio diagnostico per la ricerca in psicosomatica (DPCR). Inoltre, la nosofobia, definita come "la paura persistente o infondata di soffrire di una malattia con persistenza del dubbio nonostante le visite e le rassicurazioni del medico" (Bianchi, 1971) e l'ansia di malattia non sono state indagate. Entrambe le variabili risultano interessanti per il legame con l'amplificazione sensoriale e la rappresentazione di malattia discussi nell'elaborato.

- Le analisi qualitative sono state effettuate su un campione piccolo (N=15), non tutti i soggetti reclutati per la seconda parte della ricerca sperimentale, hanno dato il consenso all'audio-registrazione della propria intervista.

6.2 SVILUPPI FUTURI

Sarebbero necessarie ricerche future al fine di risolvere i limiti presentati precedentemente. In particolare, si potrebbe reclutare un campione omogeneo tra maschi e femmine al fine di comprendere in modo più approfondito le loro differenze nell'esperire la sintomatologia psicosomatica in comorbidità e non, con un disturbo d'ansia o dell'umore. Sarebbe interessante, anche ai fini di tale elaborato, proporre uno studio longitudinale nel tempo per poter osservare un effettivo cambiamento nei pazienti valutati. Proponendo due volte le scale di valutazione, una precedente al trattamento psicoterapeutico e un'altra successiva, si potrebbero osservare delle variazioni nei punteggi ottenuti nelle scale. Sarebbe anche interessante proporre uno studio con due campioni accumunati dalla caratteristica di presentare sintomi psicosomatici, ma con un diverso trattamento: un gruppo di pazienti psicosomatici in terapia farmacologica e un

gruppo di pazienti psicosomatici in cura psicoterapeutica al fine di osservare variazioni nella sintomatologia in base al tipo di trattamento scelto.

Si potrebbe, inoltre, pensare ad una ricerca che indaghi le variabili qui non considerate: la demoralizzazione, l'ansia di malattia e la nosofobia. Come spiegato precedentemente, sarebbe interessante osservare come queste variabili possano influenzare negativamente la sintomatologia psicosomatica.

Tra gli sviluppi futuri, oltre a quelli presentati finora, legati alla presente ricerca, si possono ipotizzare anche dei possibili interventi al fine di promuovere il benessere nei pazienti con sintomatologia psicosomatica, connesso anche ad una riduzione della spesa sanitaria nazionale. Più nel dettaglio, un primo aspetto da considerare sarebbe di affiancare al medico di base la figura dello psicologo di base, come riproposta del progetto di Solano discusso nel Capitolo Primo. Questa inclusione, permetterebbe ai pazienti psicosomatici di avere un accesso diretto allo psicologo che possa permettere, sin dalla prima visita, un'analisi della situazione di vita del paziente e del suo mondo intrapsichico, oltre che un'analisi del corpo garantita dal medico di base. Questa collaborazione si associa al favorire un'integrazione di competenze tra medicina e psicologia per dar concretezza al modello bio-psico-sociale e alla relazione tra mente e corpo. Tra gli sviluppi futuri, ci si auspica anche di valorizzare il lavoro in équipe: potremmo ipotizzare un ambulatorio medico che racchiuda tutte le figure principali per la diagnosi psicosomatica, un medico di medicina generale, uno psicologo/psicoterapeuta di base, uno psicologo della salute e, considerando le classi di disturbi psicosomatici descritti nella rassegna del Capitolo Primo, figure mediche come cardiologi, pneumologi, dermatologi, gastroenterologi ed infine fisioterapisti o osteopati per lavorare sul rilassamento della muscolatura. *"Una volta che una persona porta all'attenzione dei servizi di salute un*

problema, si dovrebbe sempre considerare uno specifico contributo psicologico, una conoscenza e una competenza psicologica dovrebbe essere sempre disponibile nei setting di cura primaria della salute e non ridotta solo a un rapporto specialistico di secondo o terzo livello" (Solano, 2013, p.41). In Italia con il Decreto Calabria (Gazzetta Ufficiale, 2019) è stata proposta la presenza dello psicologo per gli assistiti in carico ad ogni medico di base, legittimando la presenza dello psicologo nelle cure primarie. Tuttavia, le uniche regioni italiane ad aver introdotto la figura dello psicologo di base sono: la Campania e la Lombardia. (Consiglio Nazionale Ordine Psicologi).

Infine, si potrebbero incentivare interventi basati sulla *mindfulness,* definita come la meditazione di consapevolezza e accettazione delle proprie sensazioni fisiche delle proprie emozioni e dei propri pensieri (Wielgosz, Goldberg, Kral, Dunne & Davidson, 2019). Negli ultimi anni, questo costrutto ha trovato terreno fertile soprattutto nell'ambito delle terapie cognitivo-comportamentali (Bulli & Melli, 2010) dove i pazienti acquisiscono consapevolezza di sé attraverso attività pratiche come la meditazione da seduti (setting meditation) o la meditazione camminata (walking meditation). Anche lo yoga, con esercizi di respirazione e di postura per il rilassamento muscolare rappresentano la complementarietà di mente e corpo. Con i pazienti psicosomatici, tra i programmi evidence-based di intervento relativi alla *mindfulness* si potrebbe pensare al trattamento della Mindfullness-Based Stress Reduction (MBSR, Kabat-Zinn, 1990). Alcuni studi, presenti in letteratura, hanno dimostrato un miglioramento nella sintomatologia di alcuni pazienti psicosomatici; ad esempio, in pazienti con psoriasi, è stata osservata, a seguito di un programma di trattamento basato su tecniche di *mindfulness*, una riduzione delle lesioni causate dalla malattia (Gaylord, Whitehead, Coble et al., 2009). Per quanto riguarda la MBSR, oltre ad avere un'efficacia sulla riduzione dello stress, è stato

dimostrato un effetto positivo sui sintomi di ansia e di depressione (Ostafin, Chawla, Bowen et al., 2006) e sul benessere generale migliorando la percezione del dolore cronico (Hofmann & Gomez, 2017; Kabat-Zinn, 1982). Questi dati sostengono l'idea che, proporre interventi di mindfulness nel percorso di trattamento dei pazienti con sintomatologia psicosomatica, potrebbero essere funzionali per il benessere psicologico del paziente.

BIBLIOGRAFIA

ALEXANDER, F., FRENCH, T. & POLLOCK, G., (1968). *Psychosomatic Specificity*, University of Chicago Press, Chicago.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *DSM-IV Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Masson, Milano.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

ANZIEU, D. (2017) *Io pelle*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

BALDONI, F. (2010). *La prospettiva psicosomatica*, Il Mulino, Bologna.

BENOIT, K., WATANABE, K. ET AL. (2018). quanteda: An R package for the quantitative analysis of textual data, *Journal of Open Source Software, 3*, 774.

BOTTACCIOLI, F. (1995). *Psiconeuroendocrinoimmunologia: i fondamenti scientifici delle relazioni mente-corpo. Le basi relazionali della medicina integrata*, red!, Milano.

BULLI, F. & MELLI, G. (2010). *Mindfulness & acceptance in psicoterapia. La terza generazione della terapia cognitivo-comportamentale,* Eclipsi, Firenze.

CANNON, W.B. (1935). Stresses and strain of homeostatic. *American Journal of the Medical Sciences*, *189*, 1.

COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, New York, Routledge.

COHEN, H., NEUMANN, L., HAIMAN, Y. ET AL. (2002). Prevalence of post-traumatic stress disorder in fibromyalgia patients: overlapping syndromes or post-traumatic fibromyalgia syndrome?. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 32*, 38-50.

COMPARE, A. & GROSSI, E. (2012). *Stress e disturbi da somatizzazione, Evidence-Based Practice in psicologia clinica*, Springer, Milano.

DEROGATIS, L.R., (1983). *The SCL-90-R. Administration, Scoring, and Procedures Manual II for the Revised Version.* Clinical Psychometric Research, Towson, MD.

FARAVELLI, C. (2010). *Psicofarmacologia per psicologi*, Il Mulino, Bologna.

FAVA, G.A ET AL. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics, 63*, 1-8.

FAVA, G.A., PERINI, G.I., SANTONASTASO, P. & FORNASA, C.V (1980). Life events and psychological distress in dermatologic disorders: psoriasis, chronic urticaria and fungal infections. *British Journal of Medical Psychology, 53*, 277-282.

FREUD, S. (1886-1895). *Studi sull'isteria e altri scritti*, a cura di Musatti C., Bollati Boringhieri, Torino.

GALIMBERTI, U. (1983). *Il corpo*, Milano, Feltrinelli.

GAYLORD, S.A., WHITEHEAD, W.E., COBLE, R.S. ET AL. (2009). Mindfulness for irritable bowel syndrome: procol development for a controlled clinical trial. *BMC Complementary and Alternative Medicine, 28*, 9-24.

GROSSARTH-MATICEK, R., BASTIAN, J. & KANAZIR, D.T. (1985). Psychosocial factors as strong predictors of mortality from cancer, ischaemic heart disease and stroke: the Yugoslav prospective study, *Journal of Psychosomatic Research, 29*, 167-176.

HAUSER, W. & FITZCHARLES, M.A. (2018). Fact and myths pertaining to fibromyalgia. *Dialogues Clin Neurosci, 20*, 53-62.

HOFMAN, G.S. & GOMEZ, F.A. (2017). Minfulness-Based interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatr Clin North Am*, *40,* 739-749.

HOOLEY, J.M., BUTCHER, J.N, NOCK, M.K. & MINEKA, S. (2017). *Psicopatologia e psicologia clinica* Pearson Italia, Milano-Torino.

KABAT-ZINN, J. (1982). An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry, 4*, 33-47.

KANDEL, E., SCHWARTZ, J.H. & JESSELL, T. (2014). Principi di neuroscienze, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

KESKIN, G., (2019). Approach to stress endocrine response: somatization in the context of gastroenterological symptoms: a systematic review. *African Health Sciences, 19*, 2537-2545.

KIVIMAKI, M., LEINO-ARJAS, P., VIRTANEN, M. ET AL. (2004). Work stress and incidence of newly diagnosed fibromyalgia: prospective cohort study, *Journal of Psychosomatic Research, 57,* 417-422.

KROENKE, K. & SPITZER R.L (1998). Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosomatic Medicine, 60,* 150-155.

LAZZARI, D. (2019). *La psiche tra salute e malattia. Evidenze ed epidemiologia*, Edra, Milano.

LIPOWSKY Z.J (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *American Journal of Psychiatry, 145*, 1358-1368.

MCEWEN, B.S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England Journal of Medicine, 338*, 171-179.

NAVA, T. (2019). Manual Treatment in Patients with Fibromyalgia. *Journal of Advanced Health Care, 1.*

OSTAFIN, B.D., CHAWLA, N., BOWEN, S. ET AL. (2006). Intensive mindfulness training and the reduction of psychological distress: a preliminary study. *Cognitive and Behavioral Practice, 13*, 191-197.

PICARDI, A. PASQUINI, P. ABENI D ET AL. (2005). Psychosomatic assessment of skin diseases in clinical practice. *Psychother Psychosom, 74*, 315-322.

PILOWSKY, I. (1993). Aspects of abnormal illness behavior. *Psychoterapy and Psychosomatics, 60*, 62-74.

PORCELLI, P., TODARELLO, O ET AL. (2003). Alessitimia come predittore dell'esito del trattamento in pazienti con disturbi gastrointestinali funzionali. *Psychosomatic Medicine, 65*, 911-918.

PORCELLI, P. & SONNINO, N. (2008). *Fattori psicologici che influenzano le malattie*, Giovanni Fioriti Editore, Roma.

PORCELLI, P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica. Modelli teorici, diagnosi, trattamento*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

SCHUITEMAKER, G.E, ET AL. (2004). Assessment of vital exhaustion and identification of subjects at increased risk of myocardial infarction in general practice, *Psychosomatics, 45,* 414-418.

SEYLE, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature,* 132-138.

SIMONE, G.E., VON KORFF, M., PICCINELLI, M., ET AL. (1999). An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *The New England Journal of Medicine*, *341*, 1329-1335.

SOLANO, L. (2000). Tra mente e corpo come si costruisce la salute, Raffaello Cortina Editore, Milano.

SOLANO, S. (2011). *Dal sintomo alla persona. Medico e psicologo insieme per l'assistenza di base*, FrancoAngeli, Milano.

SPITZER, R.L, KROENKE, K. & WILLIAM, J.B. (1999). Validation and utility of a self-report version of PRIME MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire*, JAMA*, *282*, 1737-1744.

SPITZER, R.L., KROENKE, K., WILLIAM, J.B., ET AL. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine, 166*, 1092-1097.

STONE, J., COLYER M., FELTBOWER S., CARSON, A. & SHARPE, M. (2004) "Psychosomatic": a systematic review of its meaning in newspaper articles. *Psychosomatics 45*, 289-290.

TAMBELLI, R. (2017). *Manuale di psicopatologia dell'infanzia*, Il Mulino, Bologna.

TAYLOR, G.J., BAGBY, R.M. & PARKER, J.D.A. (1994). The Twenty Item Toronto Alexithymia Scale-I. Item Selection and Cross Validation of the Factor Structure, *Journal of Psychosomatic Research, 38,* 23-32.

VAN DER KOLK, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche,* Raffaello Cortina Editore, Milano.

VITETTA, L. ANTON, B., CORTIZO, F. & SALI, A. (2005). Mind-body medicine: stress and its impact on overall health and longevity, *Annals New York Academy of Sciences, 1057*, 492-505.

WHITEHEAD, W.E., PALSSON, O. & JONES, K.R. (2002). Systematic review of the comorbidity of irritable bowel. *Gastroenterology*, *122,* 1140-1156.

WIELGOSZ, J. GOLDBERG, B.S, KRAL, A.R.T, DUNNE J.D. & DAVIDSON J. R. (2019). Mindfulness Meditation and Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology, 15*, 285-316.

ZACCHETTI, E. & CASTELNUOVO, G. (2014). *Clinica psicologica in psicosomatica. Medicina e psicologia clinica tra corpo e mente*, FrancoAngeli, Milano.

RINGRAZIAMENTI

Ringrazio la mia Relatrice, la Professoressa Silvia Salcuni, per avermi dato la possibilità di realizzare questo lavoro e di avermi sostenuto nel dar voce ad una tematica a me molto cara.

Ringrazio la mia Correlatrice, la Dottoressa Giulia Bassi, per avermi seguita ed aiutata con cura e dedizione, dimostrando ogni giorno, una grande passione per il suo lavoro.

Ringrazio chi amo, chi mi ha aperto il suo cuore scegliendo di farsi amare, proprio da me.

Ringrazio chi mi ama, essere amati è un dono.

Ringrazio la mia Psicoterapeuta, per avermi salvata.

Ringrazio il periodo più buio, quello che ha fatto da sfondo alla stesura di questa tesi, ma che mi ha ricordato cosa sia la forza, la luce, la bellezza, la vita e, soprattutto, chi sia la vera Martina.

Infine, ringrazio la Psicologia, che ogni giorno, diventa sempre di più, il motivo della mia vita.

Mente e corpo: un dialogo silenzioso

I vissuti di pazienti con malattie psicosomatiche. Trattamento farmacologico e trattamento psicoterapeutico: due terapie a confronto.

CONSENSO ALLA PARTECIPAZIONE E AL TRATTAMENTO DEI DATI

CONSENSO INFORMATO
DESCRIZIONE E SCOPI DELLA RICERCA

Gentile partecipante,
con il presente documento Le chiediamo di fornire il consenso per partecipare alla ricerca "MENTE E CORPO: UN DIALOGO SILENZIOSO. *I vissuti di pazienti con malattie psicosomatiche. Trattamento farmacologico e trattamento psicoterapeutico: due terapie a confronto",* coordinata dalla Professoressa Silvia Salcuni, Dipartimento di Psicologia dello sviluppo e della socializzazione, Università degli Studi di Padova.
L'obiettivo generale della ricerca è valutare, in un primo momento, quante persone soffrono o hanno sofferto di disturbi psicosomatici e a quali indagini diagnostiche e trattamenti terapeutici si sono sottoposti e, in un secondo momento, analizzare i loro vissuti riguardanti l'esperienza di malattia e di trattamento. Nello specifico, per raggiungere il primo obiettivo verrà somministrato un questionario online al fine di indagare, negli adulti di età compresa tra i 20 e 60 anni, la presenza di sintomi somatici, i sintomi di ansia e depressione, e il costrutto dell'alessitimia, ossia una certa difficoltà nel riconoscere e dare un nome alle proprie emozioni. Per quanto riguarda il secondo obiettivo, verrà svolta un'intervista semi-strutturata da una laureanda magistrale sotto la supervisione della Dott.ssa Giulia Bassi al fine di esplorare più nel dettaglio la presenza di sintomi organici che non hanno avuto un riscontro medico, per i quali ci si è rivolti in prima istanza ad un medico di base ed eventualmente ad uno psicologo.
La ricerca è stata approvata dal Comitato Etico Interdipartimentale di Psicologia (4034/2021)

La durata complessiva della compilazione del questionario è di circa 10 minuti. L'intervista sarà svolta telefonicamente e avrà una durata complessiva di circa 15 minuti.

TRATTAMENTO DATI
Il/la partecipante sarà libero/a di abbandonare la compilazione anche dopo aver fornito tale consenso, in qualsiasi momento e senza dare alcuna spiegazione, e senza incorrere in alcuna penalizzazione. I partecipanti, inoltre, potranno decidere se partecipare all'intervista.
Tutte le informazioni raccolte in questa ricerca saranno trattate nel rispetto delle vigenti leggi D.Lgs 196/2003 sulla privacy e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati personali e dell'art. 9 del Codice Deontologico degli Psicologi Italiani. I dati saranno analizzati in modo confidenziale e con tutti i criteri che garantiscono la massima riservatezza, utilizzati unicamente ai fini della ricerca medesima.
Le responsabili della ricerca sono la Prof.ssa Silvia Salcuni e la Dott.ssa Giulia Bassi, afferenti al Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione, dell'Università degli Studi di Padova. I dati raccolti sono condivisi dalla Prof.ssa Salcuni e dalla laureanda. Le responsabili della ricerca si impegnano ad adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente in termine di raccolta, trattamento e conservazione di dati sensibili. Ogni partecipante ha in ogni momento facoltà di esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.Lgs.196/2003. I dati, raccolti ed elaborati in forma aggregata e confidenziale, potranno essere usati per didattica, inseriti in pubblicazioni e/o presentati a congressi o seminari scientifici. Il trattamento dei dati sarà avviato solo con la sottoscrizione di tale consenso.
Per qualsiasi informazione, contattare giulia.bassi@phd.unipd.it

La/Il sottoscritta/o (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO, qui di seguito) acconsente liberamente a partecipare allo studio dal titolo "MENTE E CORPO: UN DIALOGO SILENZIOSO. I vissuti di pazienti con malattie psicosomatiche. Trattamento farmacologico e trattamento psicoterapeutico: due terapie a confronto."

La/Il sottoscritta/o dichiara:

1.Di essere a conoscenza che lo studio è in linea con le vigenti leggi D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016 sulla protezione dei dati e di acconsentire al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, nei limiti, per le finalità e per la durata precisati dalle vigenti leggi (D. Lgs 196/2003 e UE GDPR 679/2016). Il responsabile della ricerca si impegna ad adempiere agli obblighi previsti dalla normativa vigente in termini di raccolta, trattamento e conservazione di dati sensibili.

2.Di essere consapevole di potersi ritirare dallo studio in qualunque momento, senza fornire spiegazioni, senza alcuna penalizzazione e ottenendo il non utilizzo dei dati.

3.Di essere consapevole che i dati saranno raccolti in forma confidenziale (nome/codice).

4.Di essere a conoscenza che i propri dati saranno utilizzati esclusivamente per scopi scientifici e statistici e con il mantenimento delle regole relative alla riservatezza.

5.Di essere a conoscenza che, qualora lo desiderasse, può ottenere la restituzione dei dati grezzi.

6.Di sapere che una copia del presente modulo mi sarà consegnata dal ricercatore.

7.Di acconsentire alla videoregistrazione e/o audioregistrazione

8.Di sapere che la protezione dei suoi dati è designata con Decreto del Direttore Generale 4451 del 19 dicembre 2017, in cui è stato nominato un Responsabile della Protezione dati, privacy@unipd.it.

La/Il sottoscritta/o (COGNOME E NOME IN STAMPATELLO, qui di seguito) presa visione del presente modulo esprime il proprio consenso alla partecipazione e al trattamento dei propri dati personali.

_____

Sei… *

- o Maschio
- o Femmina
- o Preferisco non specificare

Età *

_____

Titolo di studio *

- Licenza media
- Diploma scuola superiore
- Laurea triennale
- Laurea magistrale
- Specializzazione
- Altro

Occupazione *

- Lavoratore
- Libero professionista
- Disoccupato
- Studente
- Altro

Hai mai sofferto di disturbi psicosomatici? *

- Sì
- No

Il mio corpo…

Prova a rispondere a tutte le domande considerando l'intensità di ciascun sintomo, sapendo che 0=per niente, 1=un poco, 2=moderatamente, 3=molto, 4=moltissimo.

Mal di testa *

	0	1	2	3	4	
per niente	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

Sensazione di svenimenti o di vertigini *

	0	1	2	3	4	
per niente	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

Dolori al cuore o al petto *

	0	1	2	3	4	
per niente	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

Dolori alla schiena *

	0	1	2	3	4	
per niente	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

Senso di nausea o mal di stomaco *

	0	1	2	3	4	
per niente	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

Dolori muscolari *

	0	1	2	3	4	
per niente	○	○	○	○	○	moltissimo

Sentirti senza fiato *

	0	1	2	3	4	
per niente	○	○	○	○	○	moltissimo

Vampate di calore o brividi di freddo *

	0	1	2	3	4	
per niente	○	○	○	○	○	moltissimo

Intorpidimento o formicolio di alcune parti del corpo *

	0	1	2	3	4	
per niente	○	○	○	○	○	moltissimo

Nodo alla gola *

	0	1	2	3	4	
per niente	○	○	○	○	○	moltissimo

Senso di debolezza in qualche parte del corpo *

	0	1	2	3	4	
per niente	○	○	○	○	○	moltissimo

Senso di pesantezza alle braccia o alle gambe *

	0	1	2	3	4	
per niente	◯	◯	◯	◯	◯	moltissimo

Le mie emozioni…

Prova a rispondere a tutte le domande indicando quanto sei d'accordo o non sei d'accordo con ciascuna delle seguenti affermazioni, considerando che 1=non sono per niente d'accordo, 2=non sono molto d'accordo, 3=non sono né d'accordo né in disaccordo, 4=sono d'accordo in parte, 5=sono completamente d'accordo.

Sono spesso confusa/o circa le emozioni che provo *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	◯	◯	◯	◯	◯	sono completamente d'accordo

Mi è difficile trovare le parole giuste per esprimere i miei sentimenti*

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	◯	◯	◯	◯	◯	sono completamente d'accordo

Provo delle sensazioni fisiche che neanche i medici capiscono *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	◯	◯	◯	◯	◯	sono completamente d'accordo

Riesco facilmente a descrivere i miei sentimenti *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	◯	◯	◯	◯	◯	sono completamente d'accordo

Preferisco approfondire i miei problemi piuttosto che descriverli semplicemente *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Quando sono sconvolto/a non so se sono triste, spaventato/a o arrabbiato/a *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Sono spesso disorientato/a dalle sensazioni che provo nel mio corpo *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Preferisco lasciare che le cose seguano il loro corso piuttosto che capire perché sono andate in quel modo *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Provo sentimenti che non riesco proprio a identificare *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

È essenziale conoscere le proprie emozioni *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Mi è difficile descrivere ciò che provo per gli altri *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Gli altri mi chiedono di parlare di più dei miei sentimenti *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Non capisco cosa stia accadendo dentro di me *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Spesso non so perché mi arrabbio *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Con le persone preferisco parlare di cose di tutti i giorni piuttosto che delle loro emozioni *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Preferisco vedere spettacoli leggeri, piuttosto che spettacoli a sfondo psicologico *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Mi è difficile rivelare i sentimenti più profondi anche ad amici più intimi *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Riesco a sentirmi vicini ad una persona, anche se ci capita di stare in silenzio *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Trovo che l'esame dei miei sentimenti mi serve a risolvere i miei problemi personali *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Cercare significati nascosti in film o commedie distoglie dal piacere dello spettacolo *

	1	2	3	4	5	
non sono per niente d'accordo	○	○	○	○	○	sono completamente d'accordo

Le mie preoccupazioni…

Nelle ultime due settimane, con quale frequenza ti ha dato fastidio ciascuno dei seguenti problemi? Prova a rispondere a tutte le domande considerando che 0=mai, 1=alcuni giorni, 2=per oltre la metà dei giorni, 3=quasi ogni giorno.

Sentirsi nervoso/a, ansioso/a o teso/a *

	0	1	2	3	
mai	○	○	○	○	quasi ogni giorno

Non riuscire a smettere di preoccuparsi o a tenere sotto controllo le preoccupazioni *

	0	1	2	3	
mai	○	○	○	○	quasi ogni giorno

Preoccuparsi troppo per varie cose *

	0	1	2	3	
mai	○	○	○	○	quasi ogni giorno

Avere difficoltà a rilassarsi *

	0	1	2	3	
mai	○	○	○	○	quasi ogni giorno

Essere talmente irrequieto/a da far fatica a stare seduto/a, fermo/a *

	0	1	2	3	
mai	○	○	○	○	quasi ogni giorno

Infastidirsi o irritarsi facilmente *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi ogni giorno

Avere paura che possa succedere qualcosa di terribile *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi ogni giorno

Io e il mio umore…

Nelle ultime due settimane, quante volte sei stato/a infastidito/a da uno dei seguenti problemi? Rispondi a tutte le domande considerando che 0=mai, 1=alcuni giorni, 2=più di metà dei giorni, 3=quasi tutti i giorni.

Hai provato poco interesse o piacere nel fare le cose? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Ti sei sentito/a giù di morale, depresso/a, senza speranze? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Hai avuto problemi nell'addormentarti, nel rimanere addormentato/a, o nel dormire troppo? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Hai avuto sensazione di stanchezza o di poca energia? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Hai avuto poco appetito o mangiato troppo? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Ti sei sentito/a arrabbiato/a con te stesso/a, o di essere un/una fallita o di avere danneggiato te stesso/a o la tua famiglia? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Hai avuto difficoltà nel concentrarti su qualcosa, ad esempio leggere il giornale o guardare la TV? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Hai avuto movimenti o parole talmente lenti da poter essere stati notati dagli altri? O al contrario, sei stato/a talmente irrequieto/a e instancabile, da muoverti molto più del solito? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Hai pensato che sarebbe meglio essere morto/a, di farti del male in qualche modo? *

	0	1	2	3	
mai	◯	◯	◯	◯	quasi tutti i giorni

Ultima sezione

Ti sei mai rivolto/a un medico di base per i tuoi sintomi? *
- o Sì
- o No

Il medico di base ti ha prescritto dei farmaci (es. ansiolitici, antidepressivi,…)?
- o Sì
- o No

Quale farmaco ti è stato prescritto?
_____

Ti sei mai rivolto/a ad uno psicologo/psicoterapeuta?
- o Sì
- o No

Chi ti ha suggerito di rivolgerti ad uno psicologo/psicoterapeuta?
- o Medico di base
- o Famiglia
- o Amici
- o Nessuno
- o Altro…

Ti chiediamo, infine, di inserire un recapito per un'eventuale intervista sull'argomento (numero di telefono o e-mail)…Grazie!!! *

Nota: * domanda obbligatoria