

Confronti in Psicologia Clinica: il rapporto fra psicologo e dermatologo

ROSARIO DI SAURO ALESSANDRA MURA

• Introduzione

Fin dall'antichità l'uomo ha indagato sulla relazione mente/corpo, intuendo l'influenza che lo stato emotivo poteva esercitare sul benessere fisico.

Da Galeno fino ai giorni nostri, numerosi modelli interpretativi sono stati elaborati per tentare di spiegare la correlazione tra psiche e soma e tra fattori emotivi e patologia organica.

La cosiddetta questione psicofisica, tuttavia, è ancora oggi priva di una soluzione univoca e unanimemente condivisa.

L'ambito della psicosomatica, infatti, è tuttora dominato da una notevole confusione sia sul piano concettuale sia semantico, che lo rende indubbiamente complesso, ma, al contempo, ricco di prospettive e spunti per la ricerca scientifica.

Tale condizione di indeterminatezza rende particolarmente arduo qualsiasi tentativo di definizione della psicosomatica, del suo oggetto di studio e di interpretazione del ruolo dei fattori emotivi nella determinazione della patologia organica.

Senza addentrarci in dettaglio nel complesso problema epistemologico che caratterizza la psicosomatica, si vuole però evidenziare come essa rappresenta una difficile sfida per l'epistemologia moderna e contemporanea, fondata sui paradigmi scientifici del dualismo e perciò inadeguata allo studio dell'oggetto psicosomatico unitario.

La psicosomatica, infatti, ha l'esigenza di superare il dualismo, avendo però a disposizione le categorie scientifiche del dualismo, tuttora imperanti, cui deve ricorrere per evitare di essere estromessa dal discorso scientifico contemporaneo (Todarollo-Porcelli, 1992).

La psicosomatica di orientamento psicoanalitico ha risentito notevolmente dell'impostazione dualistica, che spinse Freud ad escludere l'aspetto organico dalla indagine psicoanalitica, per evitare che la psicoanalisi venisse scartata dall'ambito scientifico di fine secolo, la cui fondazione epistemologica non ammetteva disomogeneità fra metodo di indagine e oggetto di conoscenza.

Per tali ragioni, la psicoanalisi, neo scienza psicologica, doveva, secondo Freud, occuparsi esclusivamente di questioni psicologiche.

Nonostante la riluttanza di Freud, già dagli anni Venti, molti analisti si dedicarono all'analisi di pazienti affetti da patologie organiche, con il metodo psicoanalitico, giungendo alla formulazione di teorie che intendevano spiegare l'influsso dei conflitti intrapsichici sui processi somatici e fornendo un notevole contributo per la nascita della psicosomatica.

In particolare, all'interno della scuola psicoanalitica si possono individuare due periodi distinti caratterizzati da due differenti modi di interpretare il disturbo psicosomatico.

Fino agli anni Cinquanta, infatti, gli psicoanalisti che si sono interessati alla psicosomatica hanno fatto un esplicito riferimento al modello freudiano delle psiconevrosi, evidenziando il ruolo del trauma rimosso e la valenza simbolica del sintomo somatico.

La psicosomatica psicoanalitica contemporanea, invece, ha assunto come modello teorico di riferimento quello delle nevrosi attuali, secondo il quale il sintomo somatico non possiede alcun valore simbolico.

Esso, al contrario, deriverebbe dalla carenza della fantasmizzazione e della simbolizzazione, causate dall'impossibilità di attuare il processo di separazione-individuazione e dunque di sperimentare la perdita.

In particolare, gli autori postfreudiani delle relazioni oggettuali, della Psicologia dell'Io e della Psicologia del Sé ritengono che la relazione diadica primaria rivesta un ruolo fondamentale nello sviluppo dell'unità psicosomatica, di una personalità equilibrata e nella insorgenza della patologia psicosomatica, come sembrano dimostrare le ricerche psicobiologiche (Taylor, 1987).

Le categorie interpretative che derivano dagli sviluppi teorici della psicoanalisi più recente, hanno creato i presupposti per una nuova interpretazione del fenomeno psicosomatico e per il superamento del dualismo.

La teoria psicoanalitica, come affermano Todarello e Porcelli (1992):

ha spostato i termini del problema, cercando l'origine del fenomeno psicosomatico nelle carenze della relazione oggettuale madre-bambino e dei passaggi del protomentale dall'indistinzione somatopsichica alla mentalizzazione delle funzioni somatiche dell'adulto (...) Spostare all'indietro il modello esplicativo della formazione del Sé, infatti, significa trovare una fase fusionale Sé-altro (cioè madre-bambino) in cui è evidente anche l'indistinzione somatopsichica.

La disfunzione psicosomatica, secondo questa impostazione teorica, è da imputarsi alla carenza della relazione primaria.

In particolare, sarebbe l'esito del fallimento del processo di mentalizzazione delle funzioni biologiche, dunque della evoluzione della psiche dal corpo, che deriva dal non superamento della fase fusionale con la figura materna, ovvero da una disfunzione nel processo di separazione-individuazione.

Il disturbo psicosomatico è direttamente correlato, come afferma Winnicott (1966), all'impossibilità di operare una distinzione fra il Sé e l'oggetto, ovvero all'impossibilità di vivere l'esperienza transizionale, passando dallo stadio sensoriale a quello della mentalizzazione delle funzioni biologiche e giungendo all'integrazione psicosomatica cui l'essere umano naturalmente tende.

Tali premesse giustificano la considerazione del disturbo psicosomatico come realtà complessa, la cui comprensione esige un approccio multidisciplinare e interdisciplinare che possa

rendere conto della unitarietà dell'uomo, inteso come essere biopsicosociale, fornendo modelli interpretativi e di intervento integrati.

Il capitolo intende analizzare, sulla base di tali presupposti, il rapporto fra dermatologo e psicologo, individuando nel processo diagnostico l'apporto della psicologia alla comprensione e alla terapia della patologia dermatologica.

La prima parte sarà dedicata, come presupposto clinico di esempio, all'analisi delle malattie dermatologiche nell'età evolutiva, di cui si cercherà di fornire una definizione e di evidenziarne le peculiarità e le caratteristiche rispetto a quella adulta.

Si approfondirà poi l'aspetto psicodiagnostico, inteso come strumento di conoscenza e comprensione, finalizzato ad un più preciso inquadramento eziopatogenetico della patologia dermatologica e alla individuazione degli interventi terapeutici più adatti.

La proposta della terapia psicomotoria psicodinamica si inserisce in questa prospettiva, ovvero nella progettazione e attuazione di piani terapeutici integrati.

- **Le malattie dermatologiche in età evolutiva: definizione e significato**

La psicoanalisi e in particolare i teorici delle relazioni oggettuali hanno evidenziato che il neonato fin dall'inizio è in grado di stabilire un rapporto oggettuale con la madre, di interagire con lei in modo attivo, influenzando la risposta nei suoi confronti.

È stata ampiamente sottolineata, inoltre, la funzione di regolazione psicosomatica svolta dalla interazione madre/bambino. Winnicott (1953) ha attribuito alla "*preoccupazione materna primaria*", intesa come capacità della madre di identificarsi con il proprio bambino per poterne comprendere e soddisfare adeguatamente i bisogni, una importante funzione di regolazione e il presupposto per la dipendenza emotiva del bambino da un oggetto speciale.

Tale oggetto, definito transizionale, favorisce la separazione dalla madre, promuovendo il superamento della primitiva illusione fusionale con lei in modo non traumatico, dunque la distinzione fra il Sé e l'oggetto, e l'accesso alla dimensione simbolica.

Secondo Winnicott (1966), l'impossibilità di vivere l'esperienza transizionale ostacola il processo di integrazione psicosomatica cui l'essere umano naturalmente tende, come espresso, creando le condizioni per l'instaurarsi della patologia psicosomatica.

Anche Kreisler (1989) ritiene che per il neonato, la cui struttura psichica non è ancora completa, l'istanza difensiva sia garantita dalla funzione materna e dalla interazione madre-bambino, che assicura al piccolo il mantenimento dell'equilibrio psicosomatico.

Il bimbo, inoltre, è essenzialmente psicosomatico e dunque ogni stato affettivo si manifesta necessariamente a livello corporeo e in relazione al grado di maturità psichica raggiunta.

Ciò significa che la struttura della espressione somatica varia con l'età e, conseguentemente, l'interpretazione della patologia psicosomatica infantile differirà da quella dell'adulto.

Il contributo dello psicologo clinico nell'approccio ai disturbi psicosomatici, in particolare a quelli dermatologici che si intende analizzare, si pone sia in prospettiva preventiva, ovvero come individuazione precoce di disfunzioni relazionali che potrebbero creare le condizioni per lo sviluppo di turbe psicosomatiche, sia come integrazione di piani di intervento terapeutico.

Per quanto riguarda specificamente i disturbi dermatologici dobbiamo innanzi tutto evidenziare le implicazioni psicologiche e relazionali della pelle.

Essa rappresenta il rivestimento esteriore dell'essere umano, l'involucro che protegge dalle aggressioni del mondo esterno, un organo di senso ricco di terminazioni nervose, che trasmettono piacere e dolore.

La cute costituisce, inoltre, la superficie di confine tra il sé e il non sé e il tramite attraverso il quale si percepiscono le varia-

zioni nel mondo esterno e si stabiliscono i rapporti con esso (Lachman, 1980).

Il rapporto primario madre/figlio si realizza anche o forse soprattutto attraverso il contatto corporeo e sono ben noti gli effetti psicopatologici e psicosomatici di una stimolazione troppo intensa o al contrario carente della cute pelle del bambino da parte della madre.

D.Anzieu ed E.Bick hanno ampiamente sottolineato il ruolo determinante della pelle nella costruzione dell'identità e nella organizzazione delle funzioni dell'Io.¹

Anche il linguaggio comune è ricco di metafore e termini che evocano i profondi legami tra il mondo emotivo e la pelle, ad esempio, con riferimento allo spessore della cute come metafora di insensibilità agli stimoli.

Inoltre, anche le variazioni fisiologiche della cute identificabili in concomitanza di stati emotivi (quali paura, collera, vergogna, ecc.) testimoniano le connessioni tra la sfera psichica e la pelle (Baldaro, Chattat, Ercolani, 1992).

Tali connessioni furono intuite fin da tempi remoti.

Nel 1155, ad esempio, un medico persiano ipotizzò che la psoriasi fosse in stretta relazione con lo stato d'animo degli individui che ne erano affetti.

In epoche più recenti, la denominazione di neurodermite è stata utilizzata per evidenziare l'eziologia nervosa dell'eczema endogeno.

Attualmente è riconosciuta l'influenza che la suggestione esercita in alcune patologie dermatologiche di origine virale e sono state ipotizzate strette connessioni tra narcisismo patologico e manifestazioni cutanee.

Negli anni Settanta Rechemberger (1976) ha proposto una classificazione delle malattie dermatologiche in quattro gruppi, secondo gli aspetti psicologici della personalità:

¹ Cfr. E.Bick (1968), *L'esperienza della pelle nelle prime relazioni oggettuali*, in AA.VV., *L'osservazione diretta del bambino*, Torino, Boringhieri, 1984. D. Anzieu, (1974), *L'Io Pelle*, trad.it, Roma, Borla, 1987.

- Al primo gruppo appartengono le dermatosi psicosomatiche, come l'eczema costituzionale, l'orticaria, la psoriasi volgare, l'alopecia, l'eczema delle mani, ecc., nelle quali il sintomo può essere inteso come equivalente somatico dell'emozione.
- Al secondo gruppo appartengono le alterazioni dermatologiche nelle quali la pelle diviene il luogo di manifestazione di un conflitto nevrotico strutturato. Tra esse citiamo l'acne escoriata, l'onicofagia, la tricotillomania, il mordicchiamen- to di bocca e labbra e la pseudosclerodermia.
- Al terzo gruppo appartengono le modificazioni dermatologiche che celano altre turbe attraverso la razionalizzazione di eventi ed emozioni. Tali alterazioni rappresentano il mezzo attraverso cui comunicare i propri problemi, esprimere una alterazione della autovalutazione (es. la mia pelle è flaccida, io sono flaccida, c'è qualcosa che non va) o ad ridestare l'interesse e ottenere cure e manipolazioni del proprio corpo.
- Il quarto gruppo è rappresentato dalle alterazioni dermatologiche banali interpretate in modo esage- rato, talora delirante, come nel caso di allucina- zioni olfattive che provocano lamentele, ad esem- pio, nelle turbe della sudorazione.

- **Il processo diagnostico**

Il processo diagnostico, come diffusamente discusso nei ca- pitoli precedenti ed ai quali si rimanda il lettore, rappresenta un momento cruciale dell'intervento (terapeutico) psicologico, sia nel senso dell' acquisizione di conoscenza attraverso l'adesione a criteri che rendano la prassi psicologica scientificamente vali-

da e attendibile, sia nel senso di un percorso attraverso la conoscenza medesima.

Il contributo dello psicologo nella collaborazione con il dermatologo potrà dunque esplicitarsi nella individuazione precoce delle cause e dei fattori psicologici coinvolti nelle dermatosi e degli interventi terapeutici più adatti.

L'approccio clinico al paziente psicosomatico deve necessariamente prevedere un intervento interdisciplinare e multidisciplinare, psicologica e farmacologica, che consenta di comprendere la complessità del sintomo.

Esso, infatti, è inteso non solo come patologia del bambino, ma come condizione composita e transazionale di forme che si esprimono nei diversi ambiti: fisiologico, psicologico e ambientale.

Nelle sindromi descritte il dermatologo pediatrico si trova in una condizione privilegiata per attuare un intervento terapeutico, ma è auspicabile l'apporto dello psicologo clinico per promuovere un maggior benessere psicofisico della persona.

- **La terapia psicomotoria psicodinamica**

Il modello terapeutico che si propone si situa all'interno di un approccio terapeutico integrato, la cui necessità è stata sostenuta fin dal principio.

Presupposto fondamentale dell'intervento è la visione olistica dell'essere umano, che implica la considerazione di tutti gli aspetti della realtà personale, ossia quelli biologici, affettivi, cognitivi, interpersonali, culturali e sociali che assumono significato solo nella loro interrelazione e nella peculiarità individuale (Di Sauro, 1991).

Nel bambino, in particolare sotto gli otto anni, tale complessità si evidenzia con notevole chiarezza attraverso la espressività psicomotoria, in virtù della non avvenuta scissione tra aspetti emotivi e cognitivi, tipica dell'adulto.

L'approccio del bambino al mondo avviene secondo una modalità essenzialmente senso-motoria: è attraverso il corpo che egli comunica e nel corpo sente il mondo esterno.

Nelle sue azioni si esprimono emotività e pulsionalità, intelligenza e capacità di concettualizzare.

Psiche e soma si manifestano, dunque, secondo il modo complessivo che caratterizza l'essere nel mondo del fanciullo, mostrando con evidenza il senso del termine globalità.

Si ritiene che la terapia psicomotoria di orientamento psicodinamico possa costituire un valido ausilio, forse addirittura il trattamento elettivo, per la realizzazione di un progetto terapeutico integrato.

La T.P.P. costituisce una esperienza terapeutica il cui punto di partenza è rappresentato dal vissuto del bambino, in cui trovano espressione tutti gli altri aspetti.

Uno degli obiettivi imprescindibili della terapia psicomotoria è la comprensione della realtà più intima del bambino, ossia il del suo vero Sé, attraverso la capacità di entrare in relazione profonda con lui.

L'approccio proposto offre la possibilità di cogliere il livello comunicativo più profondo del fanciullo, cioè quello corporeo, garantendo l'opportunità di creare una comunicazione intelligibile per il bambino.

La terapia psicocorporea psicodinamica prescrive l'accettazione della espressività corporea del fanciullo, il rispetto dei ritmi e dei tempi di crescita e la promozione del cammino evolutivo.

In tal modo gli si consente di liberarsi gradualmente dal coinvolgimento emozionale, fantasmatico e corporeo con lo spazio, gli oggetti e le persone.

Gli si garantisce, inoltre, la possibilità autentica, non imposta o presunta, di decentrarsi e di accedere al livello logico/astratto del pensiero.

Tali considerazioni si traducono a livello tecnico nella necessità che l'operatore si ponga sulla medesima lunghezza d'onda del bambino, per comunicare con lui realmente.

Ciò implica la creazione di un clima di fiducia attraverso l'empatia e, soprattutto, attraverso lo stabilirsi di un rapporto

simmetrico, caratteristiche che costituiscono il fondamento di qualsiasi relazione umana e, dunque, anche di quella terapeutica.

A livello pratico, ad esempio, il terapeuta assumerà delle posture che rispettano la statura e le produzioni del bambino: egli starà quindi in ginocchio, seduto a terra o carponi.

Queste indicazioni dimostrano che uno degli obiettivi principali dell'intervento terapeutico psicomotorio è la ricerca di un continuo adattamento alle esigenze del bambino.

Ciò significa consentirgli di esprimersi, di narrare la sua storia interna ed esterna, esistenziale e reale.

Ascoltare questa narrazione significherà comprendere il senso di ciò che il bambino manifesta con il linguaggio di cui dispone, sia che si tratti di un sintomo psicosomatico, inibizione o aggressività, ipertonìa o ipotonia, isolamento o invadenza, ecc.

Solamente attraverso la comprensione di queste comunicazioni, spesso distorte, si potrà proporre al bambino l'acquisizione di modalità espressive che gli consentano di evolvere, nel rispetto dei suoi tempi e dei suoi ritmi di crescita.

• Conclusioni

In conclusione alle riflessioni proposte si desidera evidenziare ancora una volta la specificità dell'intervento psicologico nel trattamento integrato delle psicodermatosi, che si esplica sia attraverso il processo psicodiagnostico sia nella terapia psicomotoria di orientamento psicodinamico.

Per quel che concerne la valutazione diagnostica, crediamo che tale processo rappresenti l'elemento fondamentale nella articolazione degli obiettivi terapeutici.

Esso permette una narrazione (quella del paziente o dei genitori) ed una ri-narrazione (quella del clinico) finalizzata alla elaborazione di un linguaggio comune.

Ciò significa che le realtà del paziente, le sue fantasie, i suoi vissuti e le sue motivazioni entrano nella sfera del conoscibile

del terapeuta, il quale le restituisce, chiudendo ed aprendo una relazione circolare e di feedback.

Il tentativo di costituire una teoria della tecnica diagnostica consente la soggettivizzazione della esperienza del paziente e la considerazione della diagnosi come modello di intervento clinico condivisibile dagli addetti ai lavori che permetta l'arricchimento dell'esperienza clinica sia del terapeuta sia del dermatologo pediatrico.

Infine, per quanto riguarda la terapia psicomotoria psicodinamica si vuole evidenziare un aspetto che la caratterizza, ovvero la regolarità con cui certe dinamiche psichiche emergono sempre nel medesimo modo, con diversi gruppi di pazienti in fasi analoghe di lavoro terapeutico.

Ciò rimanda probabilmente all'universalità dei fantasmi con cui ognuno deve confrontarsi e rinforza la convinzione circa la necessità che ogni bambino viva ed elabori questi fantasmi per poterli dominare, prima che la repressione e il disconoscimento determinino o predispongano ad una futura soluzione psicopatologica.

Bibliografia

- BOWLBY, J. (1988), *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*, trad.it., Raffaello Cortina, Milano, 1989.
- CARLI, R. (1993), *L'analisi della domanda in psicologia clinica*, Giuffrè Editore, Milano.
- DI SAURO, R. (1991), *L'interiorizzazione del processo diagnostico nel vissuto del paziente come elemento costitutivo per la verifica e comunicabilità del cambiamento in psicoterapia*, in Gentili-Grasso (a cura di), *Il cambiamento in psicoterapia, Studi in psicologia clinica e psicoterapia psicoanalitica*, Borla, Roma.
- DI SAURO, R. (2002), *L'importanza della valutazione clinica in psicoterapia psicoanalitica*, in *Psicologia e psicoterapia psicoanalitica*, Città Nuova, Roma.

- DI SAURO, R. (2004), *La formazione alla psicoterapia psicoanalitica* in A.R. Pennella (a cura di), *Il confine incerto. Teoria e clinica del disturbo borderline*, ed. Kappa, Roma.
- KREISLER, L. (1974), *Il bambino e il suo corpo. Studio sulla clinica psicosomatica del bambino*, trad.it. Astrolabio, Roma, 1976.
- LEBOVICI, S. (1989), *La psichiatria del lattante e la patologia delle prime interazioni*, Boringhieri, Torino.
- LEBOVICI, S., WEIL-HALPERN, F. (1989), *Psicopatologia della prima infanzia. 2: disturbi relazionali e patologie organiche*, trad.it. Bollati Boringhieri, Torino, 1994.
- MCDougALL, J. (1989), *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 1994.
- TAYLOR, G.J. (1987), *Medicina psicosomatica e psicoanalisi contemporanea*, trad.it. Astrolabio, Roma, 1993.
- TODARELLO, O., PORCELLI, P. (1989), Note sul problema psicosomatico, in *Psicoterapia e Scienze umane*, vol.4, pp.35-51.
- TODARELLO, O., PORCELLI, P. (1992), *Psicosomatica come paradosso. Il problema della psicosomatica in psicoanalisi*, Bollati Boringhieri, Torino.
- WINNICOTT, D.W. (1958), *Dalla pediatria alla psicoanalisi*, trad. it., Firenze, Martinelli, 1975.
- WINNICOTT, D.W. (1966), *Psychosomatic illness in its positive and negative aspects*, in *International Journal of Psycho-Analysis*, vol. 47, pp.510-515.

