

Dal linguaggio degli organi di Adler alla nuova medicina di per sé psicosomatica

SECONDO FASSINO, MATTEO PANERO

Summary – FROM ADLER'S LANGUAGE OF ORGANS TO THE NEW PSYCHOSOMATIC MEDICINE *PER SE*. Adler's theorizations foresaw the recent development of psychosomatic medicine: organ inferiority, psychic compensation, organs' language are essentially psychosomatic concepts and predict the rise of the biopsychosocial (BPS) model in clinical and basic research. The BPS model showed that, together with biological factors, psychosocial ones can be evidenced as causes, co-factors or consequences of many illnesses. The allostatic load, defense mechanisms and personality profile predict the response to different stressors. Neural processes, underlying these mechanisms, interact with the biological substrate of somatic illnesses. Recent advancements in brain imaging on neurobiological and behavioral interactions of empathy and alexithymia support the crucial role of the (psycho) therapeutic relationship in the medical practice as a whole. Because all these aspects influence the duration of illness and the quality of life – both for the person/patient and their family – the economic consequences of this psychosomatic approach are important in general and speciality medicine. To keep up its ethics and to be appropriate, current medicine will growingly become an integrated science. It's therefore necessary to reconsider the doctor-patient relationship as a psychotherapeutic process.

Keywords: BIOPSYCHOSOCIAL (BPS) MODEL, ORGANS LANGUAGE, PSYCHOSOMATIC

I. Premessa

Gli assunti principali della *Psicologia Individuale Comparata* (IP) dopo cent'anni dalla sua costituzione mantengono pregnante validità clinica e le scoperte delle neuroscienze negli ultimi quindici anni ne hanno ulteriormente aumentato la fruibilità terapeutica e formativa.

La forte caratterizzazione che Adler e i suoi allievi diedero alla *psicoterapia come intervento focalizzato sullo Stile di vita dell'individuo*, più che sullo specifico disturbo psicopatologico, è stata la base su cui Cloninger [25] e i suoi collaboratori del Laboratorio di Psicobiologia della Personalità della *Washington University* di

Saint Louis a partire dal 1993 hanno costruito e validato la teoria psicobiologica della personalità promuovendo la diffusione, anche nell'accezione etica di stili di cura fondati sulla progettazione *ad personam* degli interventi biopsicosociali.

Il carattere regola i fattori biologico-genetici del temperamento per il benessere *socialmente utile* dell'individuo ed è orientato dalle dimensioni della cooperatività e autodirettività da Cloninger riferite chiaramente agli studi di Adler. I contributi di Adler sull'empatia come “tardiva assunzione della funzione materna”, “cuore della relazione psicoterapeutica”, sono stati confermati nel 1978 da Kohut [75] come nucleo del percorso analitico, *introspezione empatica vicariante*. Gli studi di *brain imaging* sul sistema dei *mirror neurons* di Rizzolatti e coll. [99], Gallese e coll. [56] in questi ultimi anni hanno assegnato alla comunicazione empatica un ruolo fondamentale nell'attivazione dei processi di cambiamento e in quelli formativi. A proposito di *cosa fa funzionare la psicoterapia*, questi contributi hanno spostato l'attenzione dall'interpretazione (memoria esplicita) alla sperimentazione *in vivo* nell'ambito del *setting* analitico di un *autentico sentimento di appartenenza*, dove i processi dell'imitazione e contagio emotivo sono riferiti alla memoria implicita.

L'imitazione conferma un fondamentale valore etico. Nella formazione del terapeuta – come nell'incontro del terapeuta con il suo paziente – «l'identificazione formativa come identificazione imitativa appare [...] lontana dalla mera ripetizione [...] intesa invece nel senso di “fare come” durante tutto l'arco del percorso, che è tecnico, analitico, ed esistenziale» (103, p. 35). Tale processo di identificazione imitativa ha la caratteristica della reciprocità: Adler nel 1912 sosteneva che la relazione terapeutica modifica entrambi, paziente e terapeuta. La relazione è co-creata: questo assunto è confermato dalla neurobiologia e ancor prima dagli studi sui processi di attaccamento.

II. Il gergo degli organi

L'ipotesi di partenza della IP riguardante *l'inferiorità d'organo* [2] è psicosomatica nel senso che assegna ai vari stati di sofferenza somatica la funzione di stimolo psicologico per uno stato di disagio che a sua volta suscita successive compensazioni, *positive* o *negative*, orientate dal bisogno d'integrare l'istanza del sentimento sociale con quella dell'autoaffermazione. Il dinamismo psichico “della malattia psicosomatica” in senso stretto fa supporre che sia la *psiche* ad influenzare il *soma*, producendo o richiamando una condizione morbosa con un determinato scopo di sicurezza, persino di controllo dominante sull'ambiente. In questa prima monografia era l'inferiorità d'organo che attraverso la sovrastruttura psichica determinava conseguenze psichiche e fisiche: ad essa era riconducibile ogni tipo di nevrosi. Successivamente l'organo inferiore venne inteso come *locus*

minoris resistentiae e mezzo espressivo privilegiato per la psiche; molto più tardi l'inferiorità d'organo assunse nuove funzioni come fattore di sviluppo per l'individuo [5].

Il termine *gergo degli organi* [3] fu dapprima inteso in senso lato come *comunicazione non verbale*, negli Scritti posteriori fu riferito alle funzioni del corpo, come comportamento espressivo delle funzioni organiche, come meccanismo del linguaggio degli organi, sia per quanto riguarda la scelta dell'organo che nell'accezione di sviluppo fisico come forma d'espressione [5, 6]. Negli sviluppi successivi [92] in IP *gergo degli organi* si riferisce all'insieme delle modalità con cui le funzioni del corpo esprimono le finalità della psiche e tendono verso la loro realizzazione. Il *gergo degli organi* comporta peculiari situazioni di fronte all'angoscia, sottese da vari moduli esistenziali. Tre angolature sono particolarmente pregnanti: tattica relazionale molto evidente nelle cosiddette conversioni d'organo; ideologia del corpo specie nelle cosiddette nevrosi d'organo, specie nevrotiche; una semantica esistenziale evidente nelle forme psicosomatiche *sensu strictu*, dove l'organo malato sostituisce il linguaggio etologico a quello verbale [102]. Oggigiorno gli studi sono orientati da un lato agli aspetti culturali e da un altro lato ai sistemi complessi (neuroendocrino, immunitario, ecc.) [104].

La IP – nelle ricostruzioni teoriche di Ansbacher [12] – assegna all'inferiorità d'organo la posizione di primo fattore nei meccanismi patogenetici che sono alla base dei *disturbi psicosomatici*; il secondo fattore deriva dall'esperienza passata o dall'apprendimento e dalla memoria, essendo il terzo fattore derivato dall'area della percezione nella forma dell'ipersensibilità.

Le concezioni di Adler [2] su *inferiorità d'organo*, *compensazione psichica* e *linguaggio degli organi* sono, quindi, principi essenzialmente psicosomatici ed hanno anticipato lo sviluppo attuale della medicina in senso psicosomatico, *preannunciando la vasta area degli studi sull'effetto biologico degli interventi relazionali*, fino alle ricerche del premio Nobel Eric Kandel [71]. Dai suoi studi sugli effetti cerebrali della relazione interpersonale e dal concetto per cui la psicoterapia agisce come fattore di trasformazione biologica del cervello è nato il suo *New intellectual framework of psychiatry*, che sta cambiando la pratica clinica in psichiatria e psicoterapia in senso biopsicosociale.

La specifica formazione professionale di Adler, giunto alla psicologia del profondo e alla psichiatria attraverso la pratica quotidiana come medico generalista nei sobborghi di Vienna, caratterizza scientificamente tutto il suo pensiero. Il tema psicosomatico fu affrontato da Adler con visione, per il suo tempo, da precursore. Troviamo negli scritti adleriani anticipate le correlazioni, aperte o segrete, alla cui individuazione la medicina psicosomatica è giunta solo nell'epoca attuale [92]. Nel 1934 Adler si diceva convinto che in futuro si sarebbe dimostra-

to che «ogni inferiorità d'organo risponde a influenze psicologiche e parla il linguaggio dell'organo, cioè il linguaggio che esprime l'atteggiamento dell'individuo verso i problemi che ha di fronte» (7, p. 3) anticipando il concetto che “non vi è salute senza salute mentale” [96].

Rovera fin dal 1984 in occasione del *IX Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Psicosomatica* da lui promosso poneva la domanda – dopo venticinque anni attualissima – se intendere la medicina psicosomatica come area specialistica della medicina o invece più specificamente come prassi: «sotto il profilo qualitativo il concetto di approccio psicosomatico dovrebbe identificarsi come una messa in cura globale del paziente [...] il che significa porre al centro dell'intervento medico non la malattia ma l'individuo sofferente, quale nodo significativo lungo i cui collegamenti possono essere identificate e privilegiate le varie dimensioni clinico-biologiche, psicologiche e sociali» (107, p. 281).

Scopo di questo contributo, che comprende in parte le osservazioni contenute nella *Main Lecture* “The psychosomatic approach is the new medicine tailored for patient personality with a focus on ethics, economy and quality”, tenuta da Secondo Fassino al *20th World Congress on Psychosomatic Medicine*, svoltosi a Torino nel settembre 2009, è di presentare e argomentare – attraverso un'ampia rassegna critica della letteratura più recente – come l'applicazione clinica del modello biopsicosociale conduca la pratica della medicina verso un approccio, una prassi [107] fortemente innovativa *di per sé psicosomatica* nell'accezione IP: sarà questa la nuova futura medicina conformata alla struttura unica e irripetibile della personalità del soggetto [6] con importanti effetti etici, qualitativi ed economici.

III. Modello biopsicosociale

La diffusione del modello biopsicosociale (BPS) nella ricerca clinica e di base ha reso manifesta la presenza di fattori o co-fattori psicosociali (e psicobiologici, psico-comportamentali, sociobiologici e socio-comportamentali) come causativi o come *sequele* di gran parte delle malattie organiche. Il modello ha consolidato il suo fondamento scientifico nell'era delle neuroscienze, a partire dal 1977 quando è nato il modello biopsicosociale di Engel [33] per la medicina, che diventato poi modello per la psichiatria [55, 108] rappresenta oggi il vero nucleo della medicina psicosomatica.

Nel 1993 il modello psicobiologico di Cloninger et alii [25] ha classificato, nella formazione della personalità, gli aspetti *genetici ereditari* come *temperamento* e quelli di *apprendimento relazionale* come *carattere* in una concettualizzazione tipicamente BPS. Ulteriori supporti sono giunti da altre aree di ricerca quali attaccamento [85] ed empatia [30] nella reattività allo *stress*.

A più di dieci anni dalla pubblicazione del premio Nobel per la Medicina E. Kandel [71], psicoanalista e neurobiologo, i cinque punti del memorabile *New intellectual framework of psychiatry* rimangono fondamentali: 1) tutti i processi mentali, anche quelli psicologici più complessi, derivano da operazioni-funzioni del cervello; 2) i geni e le proteine da questi regolate sono importanti determinanti dei *pattern* delle interazioni neuronali; 3) i geni non spiegano da soli tutte le varianti delle patologie mentali ma un contributo molto importante è quello dei fattori sociali e dello sviluppo; 4) le alterazioni dell'espressione genica indotte dal comportamento appreso inducono a loro volta cambiamenti nei *pattern* delle connessioni neuronali; 5) psicoterapia e *counseling* producono cambiamenti nel comportamento: questo presumibilmente avviene attraverso l'apprendimento, con modificazioni nell'espressione genica e nella forza delle connessioni sinaptiche.

Il modello BPS è una prospettiva diagnostica ma anche terapeutica fondata sulla relazione tra paziente e clinico [19]. Da un punto di vista clinico il modello BPS include l'esperienza soggettiva del paziente accanto ai dati biomedici oggettivi: diventa essenziale l'approccio alla *persona* e non soltanto alla *malattia*. La ricerca psicosomatica ha fornito un modello integrato, mostrando che paura, rabbia, demoralizzazione, Alessitimia (AX) e attaccamento hanno effetti fisiologici e di sviluppo su tutto l'organismo. Il modello BPS individua due processi nei fenomeni clinici: il primo è la causalità circolare, una serie di circoli di *feedback* sostengono uno specifico *pattern* comportamentale nel tempo; il secondo è la causalità strutturale, una gerarchia di relazioni causa-effetto unidirezionali, cause necessarie, precipitanti, forze di mantenimento e combinazioni di eventi.

L'applicazione del modello BPS sottolinea il crescente coinvolgimento della famiglia nella cura del paziente. Più di 30 *trials* clinici randomizzati hanno dimostrato che interventi basati sulla famiglia riducono i tassi di ricaduta e migliorano la qualità di vita per i pazienti con psicosi, depressione maggiore, disturbi di personalità, alcolismo e per i pazienti psicosomatici. La terapia della famiglia ha effetti sugli esiti di malattia in medicina e pediatria e risulta determinante per l'esito delle cure [66], i costi ed il *drop out* [44].

IV. *Stress e carico allostatico*

Secondo il modello del carico allostatico sono agenti stressanti non solo gli *stressors* esogeni ma anche quelli endogeni psicologici e qualsiasi fattore – genetico o esperienziale – che possa alterare i sistemi di risposta allo *stress*. *Stress* psicologici sono i cambiamenti di vita, ma soprattutto gli *stress* cronici e della vita quotidiana che possono essere soggettivamente valutati come gravosi ed eccessivi rispetto alle strategie di *coping*.

Il maladattamento allo *stress*, attraverso una stretta connessione tra cervello e corpo, altera varie funzioni tra cui la fisiologia periferica e può promuovere un'ampia gamma di disturbi psicologici (depressione, ansia, dolore e *burnout*) e somatici (disturbi cardiovascolari, metabolici, riproduttivi, immunologici, gastrointestinali, sensitivomotori). Oltre a ciò, il rischio di disturbi o malattie dello sviluppo legati allo *stress* è determinato da una grande complessità di fattori genetici ed ambientali molto variabile tra individui.

La relazione tra *stress* e processi che conducono alla malattia (allostasi) è regolata dall'abilità dell'organismo nel conseguire stabilità attraverso il cambiamento. Attraverso l'allostasi, il sistema nervoso autonomo, l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e i sistemi cardiovascolare, metabolico ed immune proteggono il corpo rispondendo a *stress* interni ed esterni.

Il carico allostatico rappresenta il costo dell'esposizione cronica alla risposta neuronale o neuroendocrina fluttuante ed elevata risultante dalla ripetuta e cronica sfida ambientale alla quale un individuo reagisce, vivendola in modo particolarmente stressante. Ciò enfatizza il costo nascosto e lo *stress* cronico sul corpo per lunghi periodi, rendendoli fattori predisponenti agli effetti dei cambiamenti della vita.

Sono state proposte delle misurazioni biologiche del carico allostatico, rappresentate essenzialmente da proteine glicosilate, *markers* della coagulazione/fibrinolisi e *markers* ormonali; tali fattori sono stati collegati a funzionalità fisiche e cognitive più povere, mortalità e situazioni di vita stressanti. La *dynamic stress theory* [100] assume che i comportamenti, i tratti di personalità, l'umore e le malattie psichiatriche, come tutte le malattie, siano proprietà emergenti di modelli di *stress* maladattativo verso cui si dovrebbero indirizzare strategie di prevenzione e terapie.

V. *Gli aspetti psicologici possono essere causa e/o conseguenza di malattia*

Gli aspetti psicologici della malattia appartengono a tre principali aree [48]: a) fattori psicosociali: possono influenzare la variabilità individuale (eventi di vita, *stress*, supporto sociale, benessere psicologico, credenze legate alla salute e comportamenti); b) correlati psicologici della malattia medica: disturbi psichiatrici, sintomi psicologici, comportamento anormale di malattia e qualità di vita; c) applicazione di terapie psicologiche alla malattia medica: modificazioni dello stile di vita, trattamento della comorbilità psichiatrica, comportamento anormale di malattia.

Da diversi anni sono note le relazioni tra ansia/rabbia e secrezione gastrica oppure tra *stress* e malattie cardiovascolari. Lo *stress*, infatti, è in grado di condizio-

nare le risposte fisiche, attraverso l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, dal momento che questo regola numerosi sistemi ormonali (ormone della crescita, prolattina, ormoni sessuali e tiroidei). Durante la risposta allo *stress*, gli individui reagiscono in modo diverso non solo a livello psicologico, ma anche a livello biologico [51].

Bisogna, inoltre, considerare come la risposta allo *stress* e alla malattia condizionali i circuiti neurobiologici temperamentali e i meccanismi caratteriali dell'apprendimento e della memoria. Sono stati proposti i *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) per ridefinire i "fattori psicologici che influenzano una condizione medica" [47]. Secondo tale classificazione, una sezione specifica del DSM V potrebbe includere le sei sindromi derivanti dai DCPR: 1) nosofobia; 2) somatizzazione persistente; 3) sintomi da conversione; 4) negazione di malattia; 5) demoralizzazione; 6) umore irritabile. Inoltre, potrebbe anche comprendere il concetto di comportamento anormale di malattia e una diagnosi tipo ipocondria (disturbo somatoforme).

Una *review* di 30 anni di indagini sui fattori cronici psicosociali e risposte fisiologiche acute a *stress* indotto in laboratorio nella popolazione sana [22] ha riportato che lo *stress* e l'ansia della vita, il neuroticismo o i sentimenti negativi sono associati con una peggiore ripresa cardiovascolare. Questi risultati riflettono largamente un *pattern* di risposta allo *stress* integrato di ipo- o iperattività che dipende dalla natura specifica del *background* psicosociale.

Per quanto riguarda le malattie oncologiche, il ruolo dei fattori psicosociali nello sviluppo delle neoplasie non appare inequivocabile, nonostante anni di ricerche. La correlazione potrebbe essere mediata: specifici tratti di personalità e specifici eventi di vita sono associati a comportamenti legati alla salute e allo stile di vita, come il fumo o l'alimentazione non equilibrata. Gli studi effettuati finora non danno risultati concordanti [114]. L'applicazione dei DCPR ha evidenziato come ansia, demoralizzazione ed alessitimia sono molto frequenti in pazienti con patologia tumorale [59]. Il *distress* psicologico era un predittore di mortalità da cancro, specialmente nei tumori polmonari. La presenza di partecipanti con storia di tumore in coorti di popolazione potrebbe sovrastimare l'associazione tra il *distress* psicologico e la conseguente mortalità da cancro [62]. L'adattamento psicologico è importante nelle neoplasie gastrointestinali, correlato soprattutto al senso di autoefficacia. Influiscono anche qualità di vita, ansia, depressione, sintomi da *stress* post-traumatico. Risulta dunque fondamentale l'intervento psicologico differenziato che incrementi il senso di autoefficacia.

VI. *Stress e personalità*

Il profilo di personalità sembra essere in grado di predire la risposta a differenti agenti stressanti. Le risposte allo stress – precedente o conseguente la malattia – sono chiaramente correlate, da un punto di vista psicobiologico, ai diversi tratti di personalità che a loro volta correlano con specifici meccanismi di difesa [51]. I processi neurali, sottesi a questi meccanismi, interagiscono con i substrati biologici delle malattie somatiche.

Dal momento che quasi tutti i disturbi mentali sono stati valutati nel mondo attraverso il modello psicobiologico della personalità (*Temperament and Character Inventory* (TCI) [25]) è stato possibile rilevare che un elevato Evitamento del Danno (HA) e una bassa Autodirettività (SD) rappresentano un “nucleo di personalità” che predispone alla malattia mentale, senza distinzione tra le diagnosi [41]. Studi di coorte sulla depressione dimostrano che questi tratti sono fattori di rischio e non conseguenze del disturbo [26]. I tratti di personalità sono, inoltre, correlati alle ricadute, indicano una remissione incompleta o un decorso cronico dei disturbi mentali e influenzano in modo importante il funzionamento dei pazienti [74, 84].

VII. *Relazione fra i tratti di personalità e l'aumentata incidenza di disturbi specifici*

The Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging [60] ha rilevato che i tratti di personalità pessimista, ansioso e depressivo erano predittori di mortalità per tutte le cause. La ricerca sui determinanti del benessere soggettivo indica che la felicità non è correlata linearmente a reddito, istruzione, eventi di vita e salute degli individui, ma è predetta dai tratti di personalità. Questi risultati suggeriscono che i tratti di personalità correlati al neuroticismo sono associati con un rischio aumentato di mortalità per tutte le cause anche quando misurati precocemente nella vita.

Alcuni tipi di personalità sono stati associati a specifiche patologie organiche. La personalità di tipo A è stato il primo tipo di personalità correlato ad una specifica patologia e cioè alle malattie cardiache. Gli individui sono caratterizzati da un atteggiamento ostile, aggressivo, irritabile e dalla tendenza alla competitività [13] e presentano un rischio doppio di malattie cardiache.

La personalità di tipo B mostra una tendenza a sentimenti negativi, preoccupazione, irritabilità, tristezza e a inibire l'espressione di sé. Risulta collegata alle patologie cardiache, con maggiore mortalità, soprattutto tardiva, in caso di scompenso cronico [110]. Questo tipo di personalità è stata riscontrata in soggetti con

sindrome coronarica acuta, compromissione prolungata dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, morbilità cardiaca successiva [87] e nei soggetti con defibrillatore impiantabile che hanno peggiore qualità di vita [94].

La personalità di tipo C manifesta negazione, soppressione delle emozioni – soprattutto della rabbia – evitamento del conflitto, eccessiva desiderabilità sociale, ipercompiacenza, elevata razionalità e rigido controllo delle emozioni [13]. L'associazione definitiva tra questo tipo di personalità e le malattie neoplastiche è tuttavia ancora controversa [114].

La personalità di Tipo D mostra la tendenza ad esperire emozioni negative e ad inibire l'espressione del sé, è predittiva di prognosi negativa in pazienti con danno coronarico [32]. La ricerca ha mostrato che differenze individuali nei tratti di personalità riflettono differenze strutturali in specifiche regioni cerebrali [57] e come la personalità possa essere modificata con strategie BPS: farmacologiche, psicoterapeutiche e riabilitative [1, 29].

Il *Turin Group Biopsychological Personality Research* (TGBPR) [38] ha studiato il ruolo della personalità – secondo il modello biopsicologico di Cloninger – in diverse patologie psichiatriche, quali il Disturbo Borderline di Personalità, il Disturbo da Dismorfismo Corporeo, Psicosi o disturbi di personalità gravi, emicrania, abuso di sostanze, morbo di Parkinson, HIV, infertilità, epatite cronica, etc. Nel caso dei Disturbi Alimentari si è mostrato come la personalità abbia un ruolo alla base delle dinamiche familiari e rappresenti un fattore prodromico e di rischio, un tratto distintivo nella tipizzazione dei disturbi, un correlato psicopatologico, un fattore prognostico dell'esito delle terapie multimodali, una correlazione alla risposta alla psicofarmacoterapia e al *drop out*, un indicatore di processo e *target* della psicoterapia [42].

VIII. Fattori psicologici e risposta ai trattamenti

Anche in medicina psicosomatica come in psichiatria occorre considerare un problema nucleare: l'ambivalenza di per sé [105] costitutiva dei sintomi psicopatologici. Essi, come ansia, depressione, alessitimia, demoralizzazione, etc, esprimono una prima valenza, come segnale di conflitto tra istanze o di *deficit* e al contempo una seconda valenza, di reazione allo stesso, vissuta dal paziente con sofferenza e quindi come troppo svantaggiosa.

Il progresso nelle neuroscienze cognitive offre la possibilità di capire i meccanismi con cui la mente inconsciamente crea soluzioni di compromesso [93, 122] quando un'ansia proviene da conflitti profondi. Il metodo delle neuroscienze *in prima persona* di Northoff et alii [90] rende possibile descrivere come i processi

psicodinamici associati ai meccanismi di difesa siano collegati all'attività neuronale. I diversi costrutti di meccanismi di difesa (secondo l'ipotesi psicoanalitica) potrebbero corrispondere ai meccanismi specifici funzionali attraverso cui l'attività neuronale è coordinata e poi integrata in differenti regioni cerebrali. L'approccio psicodinamico e studi di *brain imaging* suggeriscono per esempio che regressione sensomotora e conversione isterica possono essere associate ad una disfunzione nel *neural network* che include corteccia orbitofrontale prefrontale media e premotoria. Una migliore comprensione di questi processi neuronali favorirà la conoscenza della neurofisiologia sottostante la transizione da meccanismi di difesa immaturi ad altri più maturi in psicoterapia.

Il fatto che i sintomi psicopatologici e psicosomatici siano anche difese e tentativi di soluzione di angosce profonde dà cruciale importanza alla relazione medico-paziente come parte integrante dei trattamenti: se il sintomo è anche un rimedio, seppur controproducente, il paziente dovrà essere incoraggiato [106] – al fine di eliminare il sintomo – a cercare un rimedio complessivamente più favorevole. Se i fattori – biologici e psicologici – della personalità condizionano le malattie mentali e somatiche le cure mediche devono includere gli interventi terapeutici sulla (con la) personalità del paziente, tenendo in conto anche le ambivalenze e la resistenza al trattamento [105, 121].

Il trattamento delle resistenze, di diverso tipo, rappresenta un'area delle più importanti dell'attività clinica del medico con formazione psicosomatica. Infatti, la paura di cambiare stili di vita patologici (alcool, fumo, *binge eating*, impulsività, rabbia, demoralizzazione) o comportamenti correlati a patologie organiche o dimensioni patologiche di personalità favorenti il disturbo, può condizionare l'adesione alle cure e indurre opposizione specie inconsapevole ai trattamenti.

IX. *Relazione terapeutica e cambiamento*

All'interno della relazione terapeutica vi sarebbero *momenti* significativi per il cambiamento (*now moments, moments of meeting, moments of meanings*); essi sono il risultato dell'interazione della personalità del paziente e di quella del terapeuta e producono nuovi *set* di memoria implicita, non simbolica, non verbale e non riflessiva [72, 117, 118]. La relazione assume chiaramente funzioni ed effetti neurobiologici configurandosi come fattore di cura.

I processi psicodinamici – quali empatia, transfert, resistenze, alleanza terapeutica ed attaccamento – sono stati attualmente considerati dalle neuroscienze come *moments of meeting* [117] della memoria procedurale [72]. Tali processi sono inoltre importanti nella relazione con i pazienti nell'assistenza primaria: sono, infatti, utili per un approccio etico, per capire il senso della malattia [15] come

per i MUPS (*medically unexplained physical symptoms*) e influenzano anche i risultati dei progetti di cura.

Le dinamiche dell'attaccamento in particolare contribuiscono alla salute mediante il loro impatto sui comportamenti adattivi. Al riguardo sono state formulate tre principali ipotesi [85]. La prima vede il sistema comportamentale di attaccamento come profondamente legato alla biologia della risposta allo *stress*, sulla base di un'adeguata risposta di attivazione della reazione allo *stress* e della sua ri-modulazione quando l'evento stressante è passato; la seconda ipotesi sostiene una significativa continuità evolutiva fra lo stile d'attaccamento infantile e lo stile d'attaccamento adulto [50], mentre la terza considera che le relazioni di attaccamento nell'adulto sono legate alla biologia delle risposte di *stress*.

All'interno dei diversi trattamenti medici, i fattori psicologici hanno quindi molta rilevanza: ansia e depressione, tratti di personalità e qualità di vita possono influenzare non solo l'insorgenza delle malattie fisiche ma condizionare anche la risposta ai trattamenti. La letteratura ha mostrato, per esempio, come in pazienti con diabete, che presentano uno stile di attaccamento distaccato, il controllo glicemico sia inferiore e il rifiuto delle terapie maggiore. Lo stile di attaccamento, nel rapporto medico diabetologo-paziente, è un fattore importante nella valutazione della percezione dei sintomi e dell'utilizzo dell'assistenza sanitaria [23, 73]. È emersa la necessità di un supporto diverso ed una terapia mirata per i pazienti con diabete in base alle caratteristiche di personalità [126]. Il *cluster 1*, caratterizzato da ossessività, trarrebbe beneficio dalla CBT per migliorare responsabilizzazione e indipendenza. Il *cluster 2*, caratterizzato da tendenza alla socializzazione, trarrebbe beneficio da una terapia di gruppo orientata alla riduzione delle paure dell'insicurezza.

Dimensioni del carattere come Autodirettività ed Auto-Trascendenza emergono come predittori a sei mesi di esiti clinici e psicologici di gastroplastica verticale in pazienti obesi [80]. Tratti di personalità, depressione ed aderenza alla medicazione giornaliera con analoghi delle prostaglandine in glaucoma condizionano la risposta ai trattamenti [69]. Anche nel caso degli *Eating Disorders* (ED) il *drop out* è collegato alla personalità ed alle caratteristiche psicopatologiche ed entrambi questi fattori possono ridurre le capacità relazionali del soggetto. Vi è infatti un concreto rischio di indebolimento dell'alleanza terapeutica [40].

X. *La relazione medico-paziente è un processo psicoterapeutico?*

Le recenti acquisizioni e le tecniche di *brain imaging* sulle interazioni neurobiologiche e comportamentali di empatia ed Alessitimia confermano il ruolo cruciale della relazione (psico)terapeutica in tutta la pratica medica. Le psicoterapie

agiscono come fattori biologici su mente, cervello e corpo [81, 82]. Occorre pertanto riconsiderare la relazione medico-paziente alla stregua di un processo psicoterapeutico [112].

Al centro della relazione terapeutica c'è la relazione empatica. L'empatia è l'abilità di esperire e comprendere ciò che gli altri provano senza confusione tra se stessi e gli altri. Sapere che cosa un altro prova gioca un ruolo fondamentale nelle interazioni interpersonali [4, 75, 116].

Rizzolatti et alii [98, 99] hanno scoperto che i *mirror neurons* (MN) mostrano la sorprendente caratteristica di attivarsi sia quando noi compiamo una data azione in prima persona sia quando vediamo che altri la compiono. Il sistema MN coinvolge la parte rostrale del lobulo parietale inferiore, il settore caudale (*pars opercularis*) del giro frontale inferiore ed alcune parti della corteccia premotoria. Tale meccanismo di percezione-azione automatica ha una valenza adattativa per la sopravvivenza degli individui. I *mirror neurons* costituiscono quindi una base neurobiologica dell'intersoggettività della partecipazione empatica [30, 56, 70]. Dalle ricerche sulla neurobiologia dell'empatia è stato osservato che una imitazione implicita inconscia reciproca (*embodied simulation*) tra medico e paziente è responsabile del processo di cambiamento [56].

Il sistema MN è stato studiato anche nell'alessitimia, intesa come ridotta consapevolezza affettiva e pensiero funzionale. Inizialmente associata alle cosiddette "malattie psicosomatiche" è ora considerata, in accordo con i costrutti di mentalizzazione, un disturbo della regolazione affettiva [95]. L'AX è collegata a diverse attività nelle aree del sistema MN [89]. Per quanto riguarda le dinamiche dell'attaccamento, le alterazioni neurobiologiche nelle aree prefrontali e le dinamiche dell'empatia, l'alessitimia, è largamente sovrapponibile ai Disturbi di Personalità, *Cluster B* e *C* [18, 111]. Gli individui alessitimici possono fermarsi ad un livello di mentalizzazione primitivo; tale patologia è connessa ad uno *status* immaturo nell'interpretazione degli altri senza una differenziazione sufficiente tra sé e gli altri. Questo può portare gli individui con AX ad essere esageratamente influenzati dal giudizio degli altri, con *deficit* nella regolazione emotiva [89].

XI. *Curare in modo appropriato conviene anche economicamente*

Dal momento che gli aspetti psicologici e psicopatologici condizionano la durata della malattia e la qualità della vita – per la persona e per la famiglia – le conseguenze economiche di questo approccio psicosomatico e biopsicosociale sono importanti nella medicina di base ed in quella specialistica.

Secondo la teoria del capitale umano [16, 113]: a) individui più istruiti sono più produttivi; b) individui con un migliore stato di salute hanno più incentivi ad investire in istruzione e formazione; c) una popolazione che ha una maggiore aspettativa di vita è presumibilmente più propensa al risparmio e all'investimento in capitale fisico ed intellettuale.

Spendere in salute, dunque, non solo non è improduttivo, ma è utile per la crescita economica. Rispondere alle esigenze morali più profonde della persona ha tra l'altro importanti e benefiche ricadute sul piano economico; i costi umani sono anche sempre costi economici; l'economia, infatti, ha bisogno dell'etica per il suo corretto funzionamento; non di un'etica qualsiasi, bensì di un'"etica amica della persona" [17].

In Psicosomatica gli interventi psicoterapeutici durante il ricovero fanno crescere i costi: questi inoltre sono spesso sottostimati nelle procedure di *Diagnosis Related Group* (DRG), (come è noto prevede la definizione di pazienti in caratteristiche cliniche analoghe e richiedenti per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere), con una grande perdita (circa 57.971 euro/anno) per paziente [63, 64]. Se i sintomi psicopatologici concomitanti ad una malattia internistica non sono diagnosticati non è possibile giustificare l'aumento dei costi. La mancata considerazione della comorbidità psichiatrica non consente quindi di giustificare la maggior durata di degenza, come pure la riduzione dei rimborsi per l'ospedale di circa 170.000 euro [21]. Tuttavia la psichiatria di *liaison* contribuisce a ridurre i costi attraverso la riduzione dei giorni di degenza [77].

Il sistema DRG non prevede un rimborso adeguato poiché non considera la variabilità individuale di intervento e i costi del *follow-up* ambulatoriale *post* ricovero [78]. In clinica psicosomatica un intervento ambulatoriale dopo il ricovero è necessario ma dispendioso [11, 68]; tuttavia la riabilitazione psicologica riduce i sintomi e il consumo di farmaci [128] e quindi riduce i costi complessivi. Questo è un dato particolarmente significativo in pazienti psicosomatici i quali utilizzano ampiamente l'intervento sanitario [67].

Per molte patologie mediche le strategie psicoterapeutiche hanno prodotto un sostanziale miglioramento per quanto riguarda qualità di vita, *coping* e corso di malattia [49]. In pazienti con depressione e diabete il programma collaborativo di assistenza psicologica alla depressione ha migliorato gli esiti della depressione; se si fa il paragone con l'assistenza usuale non ci sono maggiori costi a lungo termine, anzi c'è tendenza a costi ridotti tra i pazienti con patologia diabetica più grave [73].

XII. Ambivalenza e resistenza influenzano i costi

Anche ambivalenza, resistenza e terapie parziali hanno il loro ruolo nell'influenzare i costi. Sintomi psichici e psicosomatici spesso esprimono come si è detto una doppia valenza; la paura del cambiamento degli stili di vita patologici radicati da tempo possono alimentare una più o meno opposizione ai trattamenti e quindi aumento dei costi [39, 55, 121].

In un'area emblematica della psicosomatica come la terapia degli *Eating Disorders*, si verifica uno spreco di risorse in trattamenti non adeguati a causa di un'incompleta applicazione del modello BPS. L'aumentare il risparmio attraverso politiche (pseudo) economiche riduce la degenza in caso di basso peso corporeo, con una maggiore probabilità di un secondo ricovero, con la conseguente crescita dei costi [120]. Cure adeguate con pazienti ED risultano essere vantaggiose per costo/efficacia se si considera la precoce età di insorgenza e l'elevato rischio di mortalità [28, 78].

Gli interventi sulla resistenza coinvolgono la consapevolezza del medico – anche nell'assistenza primaria – degli aspetti emotivi e transferali e controtransferali e di una costante ricalibrazione del progetto terapeutico e delle strategie d'intervento.

Il rapporto costi-benefici del trattamento della depressione potrebbe essere migliorato incorporando le terapie psicologiche in modelli assistenziali avanzati, improntati sulle esigenze dei singoli pazienti e/o fornendo loro infermieri formati invece di psicologi o psicoterapeuti, anche se la psicoterapia sembra avere maggiori effetti clinici rispetto al *counselling* [20].

Campagne di *screening* a livello della popolazione hanno un tasso di costi-benefici negativo, mentre a un livello di cura individuale l'abilità dei medici dell'assistenza primaria a distinguere se la depressione è lieve, moderata o severa dei pazienti aiuta a sviluppare una gestione appropriata e strategie terapeutiche [14].

I disturbi mentali sono stati considerati il più grande problema sociale della Gran Bretagna. A fronte di 2 milioni e 500 mila pazienti affetti da disturbi d'ansia o depressivi solo un quarto ricevono una qualche forma di terapia e solo il 4% (100 mila) usufruiscono di una psicoterapia. Curare i pazienti con stili psicoterapeutici consentirebbe un vantaggio economico notevole sia come qualità di vita sia come maggior capacità lavorativa [43, 79].

XIII. *I costi in Sanità risultano da una complessa interazione psicologica fra clinico e paziente*

Per il futuro prossimo è urgente implementare la qualità professionale del medico [37] considerando la complessità e l'appropriatezza dei trattamenti BPS e coinvolgendo le istituzioni politiche e sanitarie. Questo porterebbe a una definizione di trattamenti aggiornati e a progetti riabilitativi che permettano periodi adeguati e di intervenire sul carico della famiglia.

Per quanto riguarda il rapporto tra qualità e risorse è stata proposta da Saraceno [109] la formula: R (*resource*) + T (*technologies*) \neq Q (*quality*). Sono presenti delle variabili ancora poco conosciute che influenzano tale equazione. Spesso tali variabili dipendono dall'adozione di paradigmi relativamente indipendenti dalle risorse e dalla tecnologia: il più favorevole è senz'altro il paradigma BPS. La qualità dei trattamenti è un sintomo di "progetto biopsicosociale disegnato sulla persona ed efficace nel tempo" anche nell'assistenza primaria. In conclusione, la medicina integrata in senso psicosomatico risulta vantaggiosa in termini di costi-benefici rispetto alla medicina convenzionale [64].

Ulteriori studi sono necessari sugli aspetti economici della gestione psicoterapica in psicosomatica e psichiatria. Rimangono attuali al proposito le osservazioni che emergevano dieci anni fa dalla indagine sistematica della letteratura di Frasci et alii [53]. Questi autori hanno evidenziato che la qualità della rappresentazione dei risultati clinici (media 8.6) era migliore di quella dei risultati economici (media 6.1). È, quindi, possibile valutare correttamente gli interventi psicoterapeutici con attenzione agli aspetti economici, anche se negli studi che allora gli autori esaminavano il tipo di valutazione dell'analisi di utilità dei costi – l'unica che considera gli aspetti della qualità della vita e la più adeguata per le psicoterapie – era spesso ignorata.

XIV. *Le nuove prospettive della ricerca in Medicina Psicosomatica*

Nei decenni scorsi l'approccio psicosomatico era considerato cruciale nel trattare pazienti con sintomi somatici inspiegabili e per identificare il disagio psicologico nelle malattie del corpo che non può essere diagnosticato dalle categorie psichiatriche. La medicina oggi sta diventando, e diventerà ancor più, una scienza integrata; salute e malattia possono essere capite solo se tutte le discipline mediche vengono considerate globalmente. Una sfida particolare è proposta dai sintomi medicalmente non spiegabili (*medically unexplained physical symptoms*, MUPS), ritenuti essere un quinto delle visite dell'assistenza primaria e una causa di frequente accesso alle cure nel 2.5% della popolazione [123].

Spesso il modello BPS è considerato astratto e impraticabile in un contesto di assistenza primaria per carenza di tempo, differenti tipologie di studi medici o definizioni restrittive di malattia, nonostante il 25-50% dei pazienti dell'assistenza primaria sia affetto da ansia e depressione, anche se spesso non diagnosticate.

La medicina psicosomatica continua a gestire pazienti in *setting* medici che si situano in un *continuum* che va dall'assistenza primaria ai centri medici e chirurgici complessi. I problemi clinici che contengono un'interfaccia medico-psichiatrica offrono una sfida clinica ma anche un'area per nuove conoscenze e interventi migliori [124]. Nella pratica medica e nella ricerca scientifica sta assumendo sempre maggiore importanza la triade metodologica di base che Engel proponeva fin dal 1977 [33]: osservazione, ossia vedere fuori; introspezione, ossia vedere dentro e dialogo, ossia vedere tra. Questo è confermato da tutti gli studi sul modello BPS, non solo in psichiatria ma anche in psicosomatica.

Le ricerche più recenti riguardano i sistemi di regolazione neuroendocrina tra mente e corpo, la psiconeuroimmunologia e più in generale la comunicazione tra sistemi, psicofisiologia e patologia [91]. Sono stati proposti i *neuropatterns* in riferimento alla medicina neurocomportamentale e disturbi collegati allo *Stress* [65]. Nuovi metodi per la valutazione clinica nelle scienze del comportamento consentono di studiare fattori psico-comportamentali, come per es. abitudini di vita poco sane o stili di risposta allo *stress* inappropriati [76]; l'*ecological momentary assessment* (EMA) è stata proposta come metodo affidabile per valutare e registrare eventi e sintomi soggettivi così come variabili fisiologiche e comportamentali in un *setting* naturale [127]. Sono disponibili avanzate metodiche epidemiologiche, socioculturali e psicologiche, e sono in crescita gli studi che comprovano l'associazione tra geni e fattori psicosociali nell'esordio delle malattie [31, 97]. Nella ricerca in medicina psicosomatica è necessario stabilire misure affidabili per una valutazione della "tensione psicosociale" ovvero degli effetti degli *stressors* psicosociali sulla mente e sul corpo [76], molto utili in ricerche sulla interazione gene-ambiente e la reattività allo *stress*, come gli studi di Williams et alii del 2008 [123] sugli aspetti genetici della reattività cardiovascolare allo *stress* mentale nei bambini in relazione allo *status* socioeconomico.

È da poco utilizzata una tecnica unica chiamata "fMRI in tempo reale" (RtfMRI). Si tratta di una specie di "*neurofeedback*" utile per imparare a controllare direttamente l'attivazione di determinate regioni cerebrali autonomamente [101]. Sono state evidenziate differenze individuali nei tratti di personalità correlate a differenze strutturali in specifiche regioni cerebrali [27, 57]. Particolare sviluppo hanno conseguito le tecniche diagnostiche sulla personalità (TCI; SWAP-200), il Manuale Diagnostico Psicodinamico, che cominciano ad essere usate [90] come pure le tecniche di *brain imaging* nell'alessitimia [89] in neuroscienze e psicoterapia [34, 72, 125] e la ricerca genetica sugli endofenotipi negli *Eating Disorders* [88].

Attraverso l'esperienza clinica e mediante questi e altri strumenti d'indagine scientifica la medicina psicosomatica sarà in grado di promuovere una pratica medica basata su un concetto completo di persona [76].

XV. *L'approccio alla persona*

Gli studi clinici nelle malattie somatiche e psichiche che collegano le reazioni agli *stress* ad aspetti psicobiologici nella patogenesi come pure nelle risposte e difese del soggetto, enfatizzano il ruolo dell'approccio alla *persona*, non solo quindi alla malattia o al *paziente* [24, 47, 51]. Le caratteristiche decisive della persona sono quelle che nel 1935 Guardini descriveva come autoappartenenza, singolarità e irripetibilità, interiorità e dignità [61].

La medicina basata sulla persona sta diventando un'esigenza irrinunciabile, come confermato dal programma istituzionale della *World Psychiatric Association* sulla «psichiatria per la persona: dall'iniziale gestione clinica alla salute pubblica» (*Institutional Program on Psychiatry for the Person: IPPP*). Questo programma considera il paziente nella sua personalità e nella pienezza esistenziale e nel suo contesto come nucleo ed obiettivo dell'assistenza clinica e del miglioramento della salute, sia come individuo sia come comunità [24, 86].

Per ottimizzare l'attenzione agli aspetti positivi e patologici della salute della persona è necessaria un'unione di scienza ed umanitarismo. In casi somatici l'attenzione è incentrata solo sui sintomi e sui tentativi di sradicarli con un farmaco: è spesso scarsa l'attenzione agli aspetti positivi di salute (funzionamento adattativo, capacità di recupero, supporti, qualità della vita) e alla loro globalità, ignorando così le basi per la promozione della salute.

Attualmente, quando parliamo di medicina centrata sull'individuo (*tailored*: "su misura" della personalità), si immaginano solo le informazioni genetiche. La psicosomatica tuttavia dovrebbe basarsi sull'individuo, sulla valutazione della personalità, della famiglia, dei fattori socio-ambientali e genetici e delle interazioni gene-ambiente. I trattamenti della medicina basata sulla persona dovranno attivare *per effectum* le risorse della personalità del paziente: cambiare comportamenti dannosi e motivare, tramite una maggior capacità di *coping*, la persona alla realizzazione di sé [47]. Senza questa medicina psicologica i medici potranno curare solo i sintomi e non le cause delle malattie [24].

XVI. *Il trattamento biopsicosociale come riferimento per la nuova medicina*

Il modello psicosomatico è la base per la nuova medicina e per la psichiatria. L'approccio BPS – vero nucleo della psicosomatica – prende forma oltre che come procedimento diagnostico complessivo, ancor di più soprattutto come progetto terapeutico disegnato sulla personalità del paziente. Esso riduce le resistenze ai trattamenti e i fattori di cronicizzazione e può condizionare la qualità dei trattamenti anche rispetto agli aspetti etici ed economici.

Sono segnalate diverse difficoltà all'applicazione pratica del modello PBS [49, 55, 91]. Recentemente [58] il ruolo del modello BPS è stato messo in discussione, poiché è stato definito come mero ecletticismo. Il modello biopsicosociale non è un *mix* eclettico, ma deve essere considerato da un punto di vista epistemologico come *Modello di Rete* [107]. Questo è uno strumento interattivo, concettuale ed operativo, tra diversi paradigmi, che ha lo scopo di evitare sia il riduzionismo sia gli approcci sincretici di diversi linguaggi. È in grado di evitare una giustapposizione acritica tra farmaci, trattamenti psicologici ed educazionali ed il caos funzionale che viene a crearsi in caso di differenti trattamenti. L'appropriatezza e l'efficacia completa sono raggiungibili attraverso un *progetto terapeutico* disegnato *ad personam* sulla storia evolutiva dell'individuo oltre che sulla storia della malattia, sugli aspetti biologico-genetici, psicologici e relazionali della personalità del paziente e della sua famiglia. Questo è un progetto strategico perché considera da subito le resistenze che presumibilmente si attiveranno nel paziente quando sarà necessario cambiare stili di vita e cattive abitudini, che stanno alla base di reazioni maladattative, *distress*, abitudini alimentari, fumo, alcol, tendenze depressive, impulsive, etc. [39].

Il modello biopsicosociale si conferma come lo *status quo* concettuale della psichiatria contemporanea come pure della medicina. L'impatto del modello BPS sulla ricerca, sulla formazione medica e sull'applicazione nella pratica della medicina è ancora rilevante [9]. Nella Scuola di Medicina dell'Università di Berna, un programma della scuola di specializzazione di medicina interna integrato al BPS è stato attuato con successo. Un *follow-up* 5 e 28 anni ha dimostrato che i medici che hanno ricevuto specifica formazione BPS e che ora lavorano come medici generali e internisti praticano ancora l'approccio integrato e dimostrano maggiori competenze nella diagnosi psicofisiologica e a costi inferiori rispetto ai medici a cui manca questo tipo di formazione [10].

XVII. *Occorre quindi per il medico una formazione di per sé psicosomatica?*

La *Medicina Psicosomatica* è dunque una scienza costitutivamente integrativa: forse è per questo che viene scarsamente considerata nell'attuale formazione

medica. L'enfasi sulla biologia molecolare e sulla genetica facilita un approccio troppo riduttivo per la pratica clinica se paragonato al funzionamento umano, dal momento che salute e malattia sono comprese in un unico contesto. Il fondamento scientifico che la Psicosomatica può dare alla medicina nel suo complesso è la visione globale delle interazioni di tutte le discipline.

È dunque necessaria una specifica *formazione in Medicina Psicosomatica* per cui il *focus* sui problemi del paziente promuova un'analisi multilivello. La ricerca psicosomatica investiga le interazioni multilivello che contribuiscono ai differenti aspetti di salute e malattia: agenti genetici, patogeni (agenti carcinogenici e microorganismi), esperienze della prima infanzia, *status* socioeconomico, personalità, agenti stressanti acuti e cronici, comportamenti, stile di vita, connessioni sociali e i loro effetti combinati sul funzionamento psicologico. Come possono gli studenti in medicina comprendere la miriade di interconnessioni tra l'ambiente sociale, il comportamento, le emozioni, fisiologia e genetica nella genesi delle malattie?

La formazione degli studenti di medicina a pensare alla malattia e ai disturbi da una prospettiva multilivello deve iniziare precocemente negli anni di studi in medicina. All'interno di questo contesto complessivo, etica e neuroscienze accrescono la responsabilità relazionale del medico. L'enfasi della medicina psicosomatica sulle interconnessioni tra sistemi e discipline offre un contributo vitale al futuro dell'educazione medica favorendo un approccio interdisciplinare sia nei *curricula* di base sia nella clinica. La metodologia della medicina psicosomatica aiuta gli studenti a comprendere perché devono indagare *background* del paziente, vita attuale, abitudini, agenti stressanti, umore, speranze e paure e perché devono inoltre considerare la personalità per favorire l'adesione alle cure e maggiori capacità di *coping*.

L'approccio etico aumenta l'impegno del medico verso un'autonomia maggiore del paziente: l'interazione tra la personalità del medico e quella del paziente (confermata dalle recenti acquisizioni neurobiologiche di empatia, *intentional attunement*, attaccamento e memoria implicita) [56] sollecita ulteriormente alla responsabilità etica del medico.

Medici formati con il modello BPS offrono ai pazienti spiegazioni di come agenti stressanti ed esperienze di vita possano essere correlati ai loro sintomi somatici. Pazienti che comprendono meglio la psicofisiologia dei loro organi si sentiranno meno colpevoli per avere tali disturbi e più motivati ad un autentico cambiamento.

XVIII. *È auspicabile anche nel medico di base capacità psicoterapeutica e progettuale*

Il “nuovo medico” dovrebbe dunque essere preparato a considerare gli aspetti psico(pato)logici, precedenti e/o conseguenti la malattia, per creare un progetto articolando i diversi tipi di intervento – farmacologico, psicologico, familiare e riabilitativo – sulla base della personalità del paziente. Il bisogno di senso (direzione e significato) [8, 52] è centrale nello sviluppo della personalità: i sintomi psicosomatici – linguaggio d’organo – sono un segno del disturbo e allo stesso tempo un tentativo di ripararlo.

Si stanno studiando procedure diagnostiche che tengano in considerazione la personalità – temperamento e carattere – per la scelta del trattamento psicofarmacologico [119], i sentimenti del paziente sulla propria malattia e che diano *sensò* alla diagnosi [15, 123], ad esempio la “Formulazione esplicativa” [39, 83].

Il senso della diagnosi può essere sintetizzato grazie alla formula didattica dei tre “chi” e tre “cosa” (Tabella 1) [35, 39] utilizzata per gli specializzandi di psichiatria come chiave del processo esplorativo-esplicativo e terapeutico.

Chi era il paziente? Chi è ora il paziente? Chi vorrebbe essere il paziente? Cosa gli è successo? Cosa si aspetta il paziente da me? Cosa il paziente può fare per sé e io per lui?
--

Tabella 1
Tre chi e tre cosa

La formulazione psicodinamica anche in Psicosomatica è un processo più complesso e diverso dalla diagnosi. Infatti, la diagnosi multiassiale utilizza termini riconducibili a un vocabolario standardizzato limitato (DSM-IV), si basa su un esame strutturato dello stato mentale e sulla raccolta dei dati anamnestici e prevede una terminologia che per lo più evita connotazioni teoriche, limitandosi alla descrizione dei sintomi. La formulazione psicodinamica, invece, si propone di dare senso – significato e direzione – e spiegare ciò che è unico e distintivo negli individui a *causare* le malattie; considera ulteriori elementi e informazioni, che vengono raccolti con un’intervista interattiva; fa riferimento ad una teoria [39, 54, 83] che fa ipotesi sulle cause e per quanto possibile, anche, sulla eziopatogenesi dei sintomi.

Personalità con tratti ossessivi al TCI [26]: Evitamento del Danno molto alto, tendenza a rispondere alle stimolazioni ambientali in modo impulsivo, Cooperatività medio-bassa e Autodirettività e Autotrascendenza molto basse esprimono maturità in evoluzione, con difficoltà di *coping* e nel perseguire le mete prefissate. Grave complesso d'inferiorità e volontà di potenza distorta e autodistruttiva, scarso sentimento sociale, recenti ferite narcisistiche, insuccessi lavorativi e sentimentali che la paziente non è stata in grado di affrontare, interiorizzazione di una costellazione familiare disturbante distruttiva.

I sintomi quali digiuno, condotte di eliminazione, perfezionismo, emaciazione corporea sembrano rappresentare: a) segnali di profonda angoscia di non valere nulla; b) al contempo risposta (pseudo)riparativa tramite controllo onnipotente sulla fame vorace, di cibo, ma specialmente di affetti e autostima; c) una difficoltà ad integrare vari aspetti della vita interiore e stimoli ambientali esterni; d) alterato processo di attaccamento con *deficit* strutturali connessi a trauma remoto (nascita del fratello in famiglia in nucleo familiare disturbato); e) padre fragile con HA e P SD anomala, madre con immaturità SD; f) il sentimento di inferiorità e le modalità scissionali ed ossessive del pensiero ostacolano le relazioni con gli altri e le capacità decisionali, alimentando rabbia e solitudine; g) recenti ferite narcisistiche che la paziente non è stata in grado di affrontare hanno accresciuto la regressione funzionale.

Il Progetto BPS è stato prospettato con queste fasi sequenziali e/o concomitanti durante il decorso di malattia, caratterizzato da remissioni e ricadute con esito finale in miglioramento: a) olanzapina e serotoninergici in riferimento a tendenze scissionali, anomalo HA e demoralizzazione dissimulata, ma grave; b) *counselling* con madre; c) psicoterapia motivazionale breve per preparare ricovero; d) ricovero in reparto ospedaliero per 60 giorni per grave calo ponderale e sintomi cardiaci e renali; e) dopo parziale recupero ponderale psicoterapia duale prima supportiva poi dinamica; f) riabilitazione relazionale e consolidamento stile nutrizionale in *Day Hospital* per 90 giorni; g) psicoterapia con madre e padre; h) rientro in famiglia con mantenimento psicoterapia e controlli nutrizionali; i) in seguito a ricaduta in restrizioni alimentari e per dare sollievo alla famiglia nuovo ricovero in reparto ospedaliero per 40 giorni; l) ricovero in comunità terapeutica *ad hoc* per 180 giorni; m) proseguimento terapia ambulatoriale con farmaci e controlli nutrizionali, psicoterapia dinamica e familiare.

Tabella 2

Formulazione esplicativa e progetto di cura BPS per Laura X, anni 24, BMI 13 con Anoressia Restricta

Una formazione psicoterapeutica è utile nell'aiutare il medico a progettare un intervento di cura BPS disegnato sul paziente che consideri le resistenze e promuova l'attitudine a conoscersi ed a utilizzare i propri sentimenti: una formazione alla relazione terapeutica come incoraggiamento e motivazione al cambiamento. L'incoraggiamento o processo trans-motivazionale [5, 106] induce più fiducia, autostima e creatività: questo aiuta lo sviluppo della personalità e nuovi modelli di *coping* diversi dalle reazioni patologiche allo *stress*. Inoltre, configura il modo di pensare, sentire, fare ed essere del terapeuta nel trasmettere empaticamente fiducia; in questo modo il paziente può diventare coinvolto nel cambiamento.

Al fine di attuare trattamenti sulle cause oltre che dei sintomi [24] è importante considerare le dimensioni spirituali del paziente e del terapeuta che supportano spesso l'empatia, la fiducia reciproca e, di conseguenza, l'alleanza terapeutica.

Una *review* sul ruolo della spiritualità in psichiatria [44] evidenzia come questa sia poco considerata nel rapporto col paziente, ma la maggioranza degli studi esaminati sottolinea l'importanza della spiritualità nello sviluppo della capacità di *coping*, contribuendo alla riduzione di rischio suicidario e ad una maggiore volontà di seguire i trattamenti e di guardare al senso della malattia. L'inclinazione alla spiritualità ed alla trascendenza è considerata come una dimensione del carattere nell'organizzazione della personalità.

Joanna Shapiro [115] propone un modello per la formazione all'empatia nei giovani medici "per imparare a camminare almeno un miglio con le scarpe dei pazienti". Sottolinea la necessità di un paradigma epistemologico che aiuti lo studente a sviluppare tolleranza per l'imperfezione in se stessi e negli altri e ad accettare la vulnerabilità emotiva condivisa e il soffrire: questo per fornire un fondamento psicologicamente solido per lo sviluppo della vera empatia. Viene rimarcata la relazione tra empatia e etica dell'imperfezione al fine di considerare la paura della vulnerabilità propria e altrui utile a conseguire il desiderato obiettivo di aiutare chi è malato.

XIX. *Una nuova Medicina, di per sé psicosomatica*

Ci sono sempre maggiori evidenze non solo in psichiatria ma in tutti i campi medici che la cura di mente e persona è essenziale per la cura del corpo, poiché non c'è salute senza salute mentale [96]. È necessario, quindi, un nuovo modello di formazione verso una medicina che consideri non solo *mens sana in corpore sano*, ma anche *corpus sanus in mente sana*. Ritrovare la mente per curare sia il cervello che il corpo [35]. È in corso un nuovo ruolo della psicoterapia in psichiatria, come pure alla luce delle precedenti osservazioni e riflessioni anche nella medicina di base e specialistica di per sé psicosomatica.

Ulteriore impulso per la Medicina psicosomatica o Medicina Psicologica [46] è fornito dalle evidenze scientifiche che confermano come i processi patologici siano intrinsecamente BPS e anche le diagnosi e i trattamenti debbano allora esserlo. Economizzare sulla qualità dei trattamenti (solo farmaci, solo chirurgia, solo trattamenti somatici) risulta in effetti opposto all'etica, con scarsi risultati clinici e perdita economica. La Medicina Psicologica [46] – definita come l'applicazione clinica dell'approccio psicosomatico – sta rimpiazzando non solo la Psichiatria Farmaceutica ma anche l'attuale tendenza a trattamenti biomedici riduttivi nell'assistenza primaria, con la creazione di una vera e propria Medicina Biopsicosociale. È ancora quindi il caso di ricordare, insieme a Fava e Sonino [49] e a Adler R. H. [10], quanto Engel [33] 36 anni fa affermava con convinzione: «Nothing will change unless or until those who control resources have the wisdom to venture off the beaten path of exclusive reliance on biomedicine as the only approach to health care».

Si rende pertanto urgente una formazione, maggiormente psicologica, in campo medico. Gli interventi psicologici nella pratica medica sono sempre più necessari tanto che U. Schnyder [112], Presidente della *International Federation for Psychotherapy*, nella sua relazione al 20° *World Congress on Psychosomatic Medicine, Turin 2009*, interroga: “Al fine di comprendere i pazienti e alleviarne le sofferenze, fenomeno per eccellenza bio-psico-sociale, tutti i medici sono, o devono diventare, psicoterapeuti?”. L'esperienza del medico, il saper fare, e l'abilità relazionale, il saper essere, rappresentano i più importanti aspetti etici della persona, della personalità del medico cui è richiesta questa nuova prassi più che mai sostenuta dalle nuove acquisizioni scientifiche.

Bibliografia

1. ABBATE DAGA, G., GRAMAGLIA, C., PREDÀ, S., COMBA, E., BRUSTOLIN, A., FASSINO, S. (2009), Day Hospital Programmes for Eating Disorders: a Review of the Similarities, Differences and Goals, *Eat Weight Disord*, 14: 31-41.
2. ADLER, A. (1907), *Studie über Minderwertigkeit von Organen*, tr. fr. *La compensation psychique de l'état d'infériorité des organes*, Payot, Paris.
3. ADLER, A. (1912), *Über den nervösen Charakter*, tr. it. *Il temperamento nervoso*, Newton Compton, Roma 1971.
4. ADLER, A. (1920), *Praxis und Theorie der Individualpsychologie*, tr. it. *La Psicologia Individuale*, Newton Compton, Roma 1995.

5. ADLER, A. (1931), *What Life Should Mean to You*, tr. it. *Cosa la vita dovrebbe significare per voi*, Newton Compton, Roma 1994.
6. ADLER, A. (1933), *Der Sinn des Lebens*, tr. it. *Il senso della vita*, De Agostini, Novara 1990.
7. ADLER, A. (1934), Physical Manifestations of Psychic Disturbances, *Indiv. Bull.*, 4: 3-8.
8. ADLER, A. (1935), The Fundamental View of Individual Psychology, *Int. J. Ind. Psych.*, 1: 5-8.
9. ADLER, R. H. (2008), Five-to Twenty-Eight- Year Follow-up of 99 Residents Trained in Biopsychosocial Internal Medicine, *Psychother. Psychosom.*, 77: 126-127.
10. ADLER, R. H. (2009), Engel's Biopsychosocial Model is Still Relevant Today, *J. Psychosom. Res.*, 67: 607-611.
11. ALBRECHT, M., KRAUTH, C., RIEGER, J., LAMPRECHT, F., KERSTING, A., SCHWARTZ, F. W. (2000), Concept for a Health Care Economic Evaluation of Short- and Long-Term Costs and Effectiveness Parameters of an Expanded Ambulatory Psychosomatic Rehabilitation Program, *Gesundheitswesen*, 62: 156-160.
12. ANSBACHER, H., ANSBACHER, R. (1956), *The Individual Psychology of Alfred Adler*, tr. it. *La psicologia Individuale di Alfred Adler*, Martinelli & C, Firenze 1977.
13. BALTRUSCH, H. J., GEHDE, E., TITZE, I., HEINZE, H. J. (1992), Early Socialization and Development of Cancer in Later Life. Biopsychosocial and Psychoneuroimmunologic Aspects, *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 650: 355-362.
14. BARBUI, C., TANSELLA, M. (2006), Identification and Management of Depression in Primary Care Settings. A Meta-Review of Evidence, *Epidemiol. Psychiatr. Soc.*, 15: 276-283.
15. BARRON, J. (1998), *Making Diagnosis Meaningful*, American Psychological Association Washington, DC.
16. BECKER, G. (1962), Investment in Human Capital: a Theoretical Analysis, *J. Polit. Econ.*, 70: 9-49.
17. BENEDETTO, X. (2009), *Caritas in veritate*, Libreria Editrice Vaticana, Città del Vaticano.
18. BERMOND, B., VORST, H. C., MOORMANN, P. P. (2006), Cognitive Neuropsychology of Alexithymia: Implications for Personality Typology, *Cogn. Neuropsychiatry*, 11: 332-360.
19. BORRELL-CARRIO, F., SUCHMAN, A. L., EPSTEIN, R. M. (2004), The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice and Scientific Inquiry, *Ann. Fam. Med.*, 2: 576-582.
20. BOSMANS, J. E., VAN SCHAİK, D. J., DE BRUIJNE, M. C., VAN HOUT, H. P., VAN MARWIJK, H. W., VAN TULDER, M. W., STALMAN, W. A. (2008), Are Psychological Treatments for Depression in Primary Care Cost-Effective?, *J. Ment. Health Policy Econ.*, 11: 3-15.
21. BURGMER, M., FIORI, W., BUNZEMEIER, H., ROEDER, N., HEUFT, G. (2004), Comorbidity of Mental Disorders in the German G-DRG System Effect on Length of Stay and Revenue at a University Hospital, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 50: 306-316.
22. CHIDA, Y., HAMER, M. (2008), Chronic Psychosocial Factors and Acute Physiological Responses to Laboratory-Induced Stress in Healthy Populations: a Quantitative Review of 30 Years of Investigations, *Psychol. Bull.*, 134: 829-885.
23. CIECHANOWSKI, P. S., KATON, W. J., RUSSO, J. E., WALKER, E. A. (2001), The

Patient-Provider Relationship: Attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes, *Am. J. Psychiatry*, 158: 29-35.

24. CLONINGER, C. R. (2010), The Positive Health Domain in Person-Centered Integrative Diagnosis, *Int. J. Integr. Care*, 10 Suppl: e026.

25. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (1993), A Psychobiological Model of Temperament and Character, *Arch. Gen. Psychiatry*, 50: 975-990.

26. CLONINGER, C. R., SVRAKIC, D. M., PRZYBECK, T. R. (2006), Can Personality Assessment Predict Future Depression? A Twelve-Month Follow-Up of 631 Subjects, *J. Affect. Disord.*, 92: 35-44.

27. COHEN, M. X., SCHOENE-BAKE, J. C., ELGER, C. E., WEBER, B. (2009), Connectivity-Based Segregation of the Human Striatum Predicts Personality Characteristics, *Nat. Neurosc.*, 12: 32-34.

28. CROW, S. J., PETERSON, C. B., SWANSON, S. A., RAYMOND, N. C., SPECKER, S., ECKERT, E. D., MITCHELL, J. E. (2009), Increased Mortality in Bulimia Nervosa and Other Eating Disorders, *Am. J. Psychiatry*, 166: 1342-1346.

29. DALLE GRAVE, R., CALUGI, S., BRAMBILLA, F., ABBATE DAGA, G., FASSINO, S., MARCHESINI, G. (2007), The Effect of Inpatient Cognitive-Behavioral Therapy for Eating Disorders on Temperament and Character, *Behav. Res. Ther.*, 45: 1335-1344.

30. DECETY, J., LAMM, C. (2006), Human Empathy Through the Lens of Social Neuroscience, *Scientific World Journal*, 6: 1146-1163.

31. DEMPfle, A., SCHERAG, A., HEIN, R., BECKMANN, L., CHANG-CLAUDE, J., SCHAFER, H. (2008), Gene-environment Interactions for Complex Traits: Definitions, Methodological Requirements and Challenges, *Eur. J. Hum. Genet.*, 16: 1164-1172.

32. DENOLLET, J., PEDERSEN, S. S., VRINTS, C. J., CONRAADS, V. M. (2006), Usefulness of Type D Personality in Predicting Five-Year Cardiac Events above and beyond Concurrent Symptoms of Stress in Patients with Coronary Heart Disease, *Am. J. Cardiol.*, 97: 970-973.

33. ENGEL, G. L. (1977), The Need for a New Medical Model: a Challenge for Biomedicine, *Science*, 196: 129-136.

34. ETKIN, A., PITTINGER, C., POLAN, H. J., KANDEL, E. R. (2005), Toward a Neurobiology of Psychotherapy: Basic Science and Clinical Applications, *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosc.*, 17: 145-158.

35. FASSINO, S. (2010), Ritrovare la mente per curare il cervello?, *Didatticamente*: 2/10:5-7.

36. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2009), Percorso formativo psicodinamico per lo psichiatra nell'era delle neuroscienze, *Minerva Psichiatrica*, 47: 103-112.

37. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G. (2011), Più psichiatria per la formazione del futuro medico, *Didatticamente*, 2: 3-6.

38. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., AMIANTO, F. (2011), Turin Group Biopsychological Personality Research (TGBPR), 7, *National Institutes of Health* <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>.

39. FASSINO, S., ABBATE DAGA, G., LEOMBRUNI, P. (2007), *Manuale di Psichiatria Biopsicosociale*, Centro Scientifico Editore, Torino.

40. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2009), The Dynamic Relationship of Parental Personality Traits with the Personality and Psychopathology Traits of

- Anorectic and Bulimic Daughters, *Compr. Psychiatry*, 50: 232-239.
41. FASSINO, S., AMIANTO, F., ABBATE DAGA, G. (2012), Does it Exist a Personality Core of Mental Illness?, *BMC Psychiatry*.
42. FASSINO, S., AMIANTO, F., GRAMAGLIA, C., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (2004), Temperament and Character in Eating Disorders: Ten Years of Studies, *Eat. Weight. Disord.*, 9: 81-90.
43. FASSINO, S., FACCHINI, F., ABBATE DAGA, G. (*in press* 2012). La psicoterapia è efficace: i costi sono convenienti?, in LABARBERA, D. (a cura di), *Gli scenari attuali della psicoterapia: efficacia, costi economici, contesti culturali*, Editrice Alpes, Roma.
44. FASSINO, S., PIERÒ, A., TOMBA, E., ABBATE DAGA, G. (2009), Factors Associated with Dropout from Treatment for Eating Disorders: a Comprehensive Literature Review, *BMC Psychiatry*, 9: 67.
45. FASSINO, S., SOBRERO, C., LEOMBRUNI, P., GIOVANNONE, C., ABBATE DAGA, G. (2008), Spiritualità e relazione terapeutica in psichiatria. Una review, *Psichiatria e Psicoterapia*, 27: 235-267.
46. FAVA, G. A. (2009), The Decline of Pharmaceutical Psychiatry and the Increasing Role of Psychological Medicine, *Psychother. Psychosom.*, 78: 220-227.
47. FAVA, G. A., FABBRI, S., SIRRI, L., WISE, T. N. (2007), Psychological Factors Affecting Medical Condition: a New Proposal for DSM-V, *Psychosomatics*, 48: 103-111.
48. FAVA, G. A., SONINO, N. (2005), The Clinical Domains of Psychosomatic Medicine, *J. Clin. Psychiatry*, 66: 849-858.
49. FAVA, G. A., SONINO, N. (2008), The Biopsychosocial Model Thirty Years Later, *Psychother. Psychosom.*, 77: 1-2.
50. FELITTI, V. J., ANDA, R. F., NORDENBERG, D., WILLIAMSON, D. F., SPITZ, A. M., EDWARDS, V., KOSS, M. P., MARKS, J. S. (1998), Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of The Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study, *Am. J. Prev. Med.*, 14: 245-258.
51. FLAA, A., EKEBERG, O., KJELDSSEN, S. E., ROSTRUP, M. (2007), Personality May Influence Reactivity to Stress, *Biopsychosoc. Med.*, 1: 5.
52. FRANKL, V. (1977), *Psicoterapia nella Pratica Medica*, Giunti e Barbera, Firenze.
53. FRASCH, K., NEUMANN, N. U. (1999), Economic Aspects of Psychotherapy Management in Psychosomatics and Psychiatry. A Systematic Survey of the Literature, *Nervenarzt*, 70: 387-390.
54. GABBARD, G. O. (2005), *Psychodynamic Psychiatry and Clinical Practice*, Am. Psychiatric. Press Inc., Washington, DC
55. GABBARD, G. O., KAY, J. (2001), The Fate of Integrated Treatment: Whatever Happened to the Biopsychosocial Psychiatrist?, *Am. J. Psychiatry*, 158: 1956-1963.
56. GALLESE, V., EAGLE, M. N., MIGONE, P. (2007), Intentional Attunement: Mirror Neurons and the Neural Underpinnings of Interpersonal Relations, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 55: 131-176.
57. GARDINI, S., CLONINGER, C. R., VENNARI, A. (2009), Individual Differences in Personality Traits Reflect Structural Variance in Specific Brain Regions, *Brain Res. Bull.*, 79: 265-270.
58. GHAEMI, S. N. (2009), The Rise and Fall of the Biopsychosocial Model, *Br. J. Psychiatry*, 195: 3-4.
59. GRASSI, L., BIANCOSINO, B., MARMAI, L., ROSSI, E., SABATO, S. (2007),

- Psychological Factors Affecting Oncology Conditions, *Adv. Psychosom. Med.*, 28: 57-71.
60. GROSSARDT, B. R., BOWER, J. H., GEDA, Y. E., COLLIGAN, R. C., ROCCA, W. A. (2009), Pessimistic, Anxious and Depressive Personality Traits Predict All-Cause Mortality: the Mayo Clinic Cohort Study of Personality and Aging, *Psychosom. Med.*, 71: 491-500.
61. GUARDINI, R. (1935), *Persona e Personalità*, Morcelliana, Brescia.
62. HAMER, M., CHIDA, Y., MOLLOY, G. J. (2009), Psychological Distress and Cancer Mortality, *J. Psychosom. Res.*, 66: 255-258.
63. HAUSER, W., ZIMMER, C., KLAR, Y., KRAUSE WICHMANN, D. (2004), Cost Effectiveness of Integrated Internal Medicine, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 54: 34-38.
64. HAUSER, W., ZIMMER, C., WILHELM, R., KLEIN, W., KRAUSE-WICHMANN, D. (2004), Internal Psychosomatic Medicine within the German Diagnosis Related Groups System, *Psychosoc. Med.*, 1: Doc02.
65. HELLHAMMER D. H. (2008), Stress. The Brain-Body Connection. Key Issues in Mental Health., *Basel, Karger*, 174: 11-20.
66. HERU, A. M. (2006), Family Psychiatry: from Research to Practice, *Am. J. Psychiatry*, 163: 962-968.
67. HESSEL, A., GEYER, M., HINZ, A., BRAHLER, E. (2005), Utilization of the Health Care System Due to Somatoform Complaints - Results of a Representative Survey, *Z. Psychosom. Med. Psychother.*, 51: 38-56.
68. HOCHLEHNERT, A., NIEHOFF, D., HERZOG, W., LOWE, B. (2007), Elevated Costs of Treatment in Medical Inpatients with Psychiatric Comorbidity are not Reflected in the German DRG-system, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 57: 70-75.
69. HOLLO, G., KOTHY, P., GECZY, A., VARGHA, P. (2009), Personality Traits, Depression, and Objectively Measured Adherence to Once-Daily Prostaglandin Analog Medication in Glaucoma, *J. Glaucoma*, 18: 288-292.
70. IACOBONI, M. (2008), *Mirroring People. The New Science of How We Connect with Other*, Farrar, Straus & Giroux, NY.
71. KANDEL, E. R. (1999), Biology and the Future of Psychoanalysis: a New Intellectual Framework for Psychiatry Revisited, *Am. J. Psychiatry*, 156: 505-524.
72. KANDEL, E. R. (2005), *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*, American Psychiatric Publishing Inc, Washington, DC.
73. KATON, W. J., RUSSO, J. E., VON KORFF, M., LIN, E. H., LUDMAN, E., CIECHANOWSKI, P. S. (2008), Long-Term Effects on Medical Costs of Improving Depression Outcomes in Patients with Depression and Diabetes, *Diabetes Care*, 31: 1155-1159.
74. KLUMP, K. L. ET ALII (2004), Personality Characteristics of Women before and after Recovery from an Eating Disorder, *Psychol. Med.*, 34: 1407-1418.
75. KOHUT, H. (1978), *The Search for the Self*, tr. it. *La ricerca del Sé*, Boringhieri, Torino 1982.
76. KOMAKI, G., MORIGUCHI, Y., ANDO, T., YOSHIUCHI, K., NAKAO, M. (2009), Prospects of Psychosomatic Medicine, *Biopsychosoc. Med.*, 3: 1.
77. KORNFELD, D. S. (2002), Consultation-Liaison Psychiatry: Contributions to Medical Practice, *Am. J. Psychiatry*, 159: 1964-1972.
78. KRAUTH, C., HESSEL, F., HANSMEIER, T., WASEM, J., SEITZ, R., SCHWEIK-

- ERT, B. (2005), Empirical Standard Costs for Health Economic Evaluation in Germany, a Proposal by the Working Group Methods in Health Economic Evaluation, *Gesundheitswesen*, 67: 736-746.
79. LAYARD, R. (2006), The Case for Psychological Treatment Centres, *Bmj*, 332: 1030-1032.
80. LEOMBRUNI, P., PIERÓ, A., DOSIO, D., NOVELLI, A., ABBATE DAGA, G., MORINO, M., TOPPINO, M., FASSINO, S. (2007), Psychological Predictors of Outcome in Vertical Banded Gastroplasty: a 6 Months Prospective Pilot Study, *Obes. Surg.*, 17: 941-948.
81. LINDEN, D. E. (2006), How Psychotherapy Changes the Brain. The Contribution of Functional Neuroimaging, *Mol. Psychiatry*, 11: 528-538.
82. LINDEN, D. E. (2008), Brain Imaging and Psychotherapy: Methodological Considerations and Practical Implications, *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosc.*, 258 Suppl 5: 71-75.
83. MACE, C., BINYON, S. (2006), *Teaching Psychodynamic Formulation to Psychiatric Trainees. Part 2: Teaching methods.*, Adv. Psychiatr. Treat.
84. MARCHESI, C., DE PANFILIS, C., CANTONI, A., GIANNELLI, M. R., MAGGINI, C. (2008), Effect of Pharmacological Treatment on Temperament and Character in Panic Disorder, *Psychiatry Res.*, 158: 147-154.
85. MAUNDER, R. G., HUNTER, J. J. (2008), Attachment Relationships as Determinants of Physical Health, *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*, 36: 11-32.
86. MEZZICH, J. E. (2007), Psychiatry for the Person: Articulating Medicine's Science and Humanism, *World Psychiatry*, 6: 65-67.
87. MOLLOY, G. J., PERKINS PORRAS, L., BHATTACHARYYA, M. R., STRIKE, P. C., STEPTOE, A. (2008), Practical Support Predicts Medication Adherence and Attendance at Cardiac Rehabilitation Following Acute Coronary Syndrome, *J. Psychosom. Res.*, 65: 581-586.
88. MONTELEONE, P., MAJ, M. (2008), Genetic Susceptibility to Eating Disorders: Associated Polymorphisms and Pharmacogenetic Suggestions, *Pharmacogenomics*, 9: 1487-1520.
89. MORIGUCHI, Y., OHNISHI, T., DECETY, J., HIRAKATA, M., MAEDA, M., MATSUDA, H., KOMAKI, G. (2009), The Human Mirror Neuron System in a Population with Deficient Self-Awareness: an fMRI Study in Alexithymia, *Hum. Brain Mapp.*, 30: 2063-2076.
90. NORTHOFF, G., BERMPOHL, F., SCHOENEICH, F., BOEKER, H. (2007), How Does our Brain Constitute Defense Mechanisms? First-Person Neuroscience and Psychoanalysis, *Psychother. Psychosom.*, 76: 141-153.
91. NOVACK, D. H., CAMERON, O., EPEL, E., ADER, R., WALDSTEIN, S. R., LEVENSTEIN, S., ANTONI, M. H., WAINER, A. R. (2007), Psychosomatic Medicine: the Scientific Foundation of the Biopsychosocial Model, *Acad. Psychiatry*, 31: 388-401.
92. PARENTI, F. (1983), *La Psicologia Individuale dopo Adler*, Astrolabio, Roma.
93. PDMTaskForce (2006), *Psychodynamic Diagnostic Manual*, Silver Spring.
94. PEDERSEN, S. S., VAN DEN BROEK, K. C., SEARS, S. F. Jr. (2007), Psychological Intervention Following Implantation of an Implantable Defibrillator: a Review and Future Recommendations, *Pacing Clin. Electrophysiol.*, 30: 1546-1554.
95. PORCELLI, P., MCGRATH, R. E. (2007), Introduction to the Special Issue on

- Personality Assessment in Medical Settings, *J. Pers. Assess.*, 89: 211-215.
96. PRINCE, M., PATEL, V., SAXENA, S., MAJ, M., MASELKO, J., PHILLIPS, M. R., RAHMAN, A. (2007), No Health without Mental Health, *Lancet*, 370: 859-877.
97. REDEI, E. E. (2008), Molecular Genetics of the Stress-Responsive Adrenocortical Axis, *Ann. Med.*, 40: 139-148.
98. RIZZOLATTI, G., FABBRI DESTRO, M., CATTANEO, L. (2009), Mirror Neurons and Their Clinical Relevance, *Nat. Clin. Pract. Neurol.*, 5: 24-34.
99. RIZZOLATTI, G., FOGASSI, L., GALLESE, V. (2006), Mirrors of the Mind, *Sci. Am.*, 295: 54-61.
100. ROCCA, G. (2009), Emotions, Survival, Diseases and Wellbeing, *Pan. Med.*: 93
101. ROTA, G., SITARAM, R., VEIT, R., ERB, M., WEISKOPF, N., DOGIL, G., BIRBAUMER, N. (2009), SELF-REGULATION of Regional Cortical Activity Using Real-Time fMRI: the Right Inferior Frontal Gyrus and Linguistic Processing, *Hum. Brain Mapp*, 30: 1605-1614.
102. ROVERA, G. G. (1978), *Die individual psychologie: ein offens modell*, Basel, München.
103. ROVERA, G. G. (1988), Riflessioni sulla formatività in Psicologia Individuale, *Indiv. Psychol. Dossier, I*: SAIGA, Torino.
104. ROVERA, G. G. (1999), La Psicologia Individuale, in PANCHERI, P. C., CASSANO, G. B. (a cura di), *Trattato Italiano di Psichiatria*, Masson, Milano.
105. ROVERA, G. G. (2001), *La resistenza in psicoterapia*, Enciclopedia Treccani, Torino.
106. ROVERA, G. G. (2009), Le strategie dell'incoraggiamento, *Riv. Psicol. Indiv.*, 66: 139-169.
107. ROVERA, G. G., BIGNAMINI, E., GATTI, A. (1984), I modelli formativi per il medico di base in psicosomatica, in TORRE, M. (a cura di), *Terapia in psicosomatica*, M. S, Torino.
108. ROVERA, G. G., FASSINO, S., ANGELINI, G. (1978), Prospettive interdisciplinari e interanalitiche in psicoterapia, *Min. Psichiatr.*, 18: 167-174.
109. SARACENO, B. (2004), Mental Health: Scarce Resources Need New Paradigms, *World Psychiatry*, 3: 3-5.
110. SCHIFFER, A. A., SMITH, O. R., PEDERSEN, S. S., WIDDERSHOVEN, J. W., DENOLLET, J. (2009), Type D Personality and Cardiac Mortality in Patients with Chronic Heart Failure, *Int. J. Cardiol.*, 142: 230-235.
111. SCHMAHL, C., BREMNER, J. D. (2006), Neuroimaging in Borderline Personality Disorder, *J. Psychiatr. Res.*, 40: 419-427.
112. SCHNYDER, U. (2009), Psychological Interventions in Medical Practice: Are All Physicians Psychotherapists?, *Pan. Med.*, 5 (supp 1 to n 3): 96.
113. SCHULTZ, T. (1961), *Investment in Human Capital*, Am. Econ. Rev.
114. SCHWARZ, S., MESSERSCHMIDT, H., DOREN, M. (2007), Psychosocial Risk Factors for Cancer Development, *Med. Klin. (Munich)*, 102: 967-979.
115. SHAPIRO, J. (2008), Walking a Mile in Their Patients' Shoes: Empathy and Othering in Medical Students' Education, *Philos. Ethics Humanit. Med.*, 3: 10.
116. STEIN, E. (1917), *Zum Problem der Einfühlung*, tr. it. *Il problema dell'empatia*, Studium, Roma 1998.
117. STERN, D. (2004), *The Present Moment in Psychotherapy and Everyday*, Norton &

Company, NY London.

118. STERN, D. N., SANDER, L. W., NAHUM, J. P., HARRISON, A. M., LYONS-RUTH, K., MORGAN, A. C., BRUSCHWEILER-STERN, N., TRONICK, E. Z. (1998), Non-Interpretive Mechanisms in Psychoanalytic Therapy. The "Something More" Than Interpretation. The Process of Change Study Group, *Int. J. Psychoanal.*, 79 (Pt 5): 903-921.
119. SVRAKIC, D. M., CLONINGER, R., STANIC, S., FASSINO, S. (2003). Classification of Personality Disorders: Implications for Treatment and Research, in MARCEL DEKKER, I. (a cura di), *Handbook of Medical Psychiatry*: 117-148.
120. VANDEREYCKEN, W. (2003), The Place of Inpatient Care in the Treatment of Anorexia Nervosa: Questions to be Answered, *Int. J. Eat. Disord.*, 34: 409-422.
121. VITOUSEK, K., WATSON, S., WILSON, G. T. (1998), Enhancing Motivation for Change in Treatment-Resistant Eating Disorders, *Clin. Psychol. Rev.*, 18: 391-420.
122. WESTEN, D., GABBARD, G. O. (2002), Developments in Cognitive Neuroscience: I. Conflict, Compromise and Connectionism, *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 50: 53-98.
123. WILLIAMS, N., WILKINSON, C., STOTT, N., MENKES, D. B. (2008), Functional Illness in Primary Care: Dysfunction Versus Disease, *BMC Fam. Pract.*, 9: 30.
124. WISE, T. N. (2008), Update on Consultation-Liaison Psychiatry (Psychosomatic Medicine), *Curr. Opin. Psychiatry*, 21: 196-200.
125. WYKES, T., BRAMMER, M., MELLERS, J., BRAY, P., REEDER, C., WILLIAMS, C., CORNER, J. (2002), Effects on the Brain of a Psychological Treatment: Cognitive Remediation Therapy: Functional Magnetic Resonance Imaging in Schizophrenia, *Br. J. Psychiatry*, 181: 144-152.
126. YODA, N., YAMASHITA, T., WADA, Y., FUKUI, M., HASEGAWA, G., NAKAMURA, N., FUKUI, K. (2008), Classification of Adult Patients with Type 2 Diabetes Using the Temperament and Character Inventory, *Psychiatry Clin. Neurosc.*, 62: 279-285.
127. YOSHIUCHI, K., YAMAMOTO, Y., AKABAYASHI, A. (2008), Application of Ecological Momentary Assessment in Stress-Related Diseases, *Biopsychosoc. Med.*, 2: 13.
128. ZIELKE, M. (1999), Cost-Benefit Aspects in Psychosomatic Rehabilitation, *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 49: 361-367.

Secondo Fassino

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino

Via Cherasco, 11

I-10126 Torino

E-mail: secondo.fassino@unito.it

Matteo Panero

Sezione di Psichiatria Dipartimento di Neuroscienze dell'Università di Torino

Via Cherasco, 11

I-10126 Torino

E-mail: matteopanero@gmail.com