

Attaccamento insicuro e patologia psicosomatica della cute

Massimo PASQUINI (a), Daniela BITETTI (a), Franco DECAMINADA (b)
e Paolo PASQUINI (a)

(a) Laboratorio di Epidemiologia; (b) Dipartimento di Psicologia Clinica e Psicoterapia
Psicosomatica, Istituto Dermatologico dell'Immacolata, Istituto di Ricovero e Cura a Carattere
Scientifico (IDI-IRCCS), Roma

Riassunto. - Tra pazienti psicosomatici non è infrequente l'alexitimia. L'incapacità di decodificare la propria esperienza emotiva implica una esacerbazione della risposta fisiologica attraverso un meccanismo di circuito ricorsivo. Questo circuito vizioso, se mantenuto nel tempo, può favorire l'instaurarsi di malattie psicosomatiche che in tal modo sarebbero funzione di accadimenti esterni dotati di significato con la mediazione del sistema nervoso centrale. L'attribuzione di significato è legata al singolo individuo e alla sua organizzazione cognitivo-emotiva. Se si vuole indagare l'organizzazione emotiva del malato psicosomatico, può essere utile classificare il suo stato mentale relativo all'attaccamento con persone significative. Gli autori che, in un precedente lavoro, hanno osservato un'associazione tra patologie psicosomatiche della cute e stato mentale "irrisolto" rispetto all'attaccamento, suggeriscono l'opportunità di ulteriori osservazioni su pazienti psicosomatici utilizzando i principi e i metodi della teoria dell'attaccamento.

Parole chiave: psicosomatica, teoria dell'attaccamento, dermatologia, epidemiologia.

Summary (*Attachment and psychosomatic skin diseases*). - Alexithimia is not unfrequent among psychosomatic patients. The incapacity to decode one's own emotional experience implies an exacerbation of the physiological response through a recursive loop. If this vicious circle is maintained it can increase the risk of psychosomatic diseases which could be in this way regarded as functions of external meaningful events mediated by the central nervous system. The meaning varies from one individual to another and depends on his cognitive-emotional organisation. In order to study such an organisation, it can be useful to classify his mental state regarding his attachment. The authors, who previously observed an association between psychosomatic skin disease and the "non-free" mental state with regard to attachment, suggest that further studies on psychosomatic patients should be conducted applying the principles and methods of the attachment theory.

Key words: psychosomatic disorders, dermatology, epidemiology, parent-child relations, object attachment.

E' noto come tra pazienti psicosomatici, affetti da malattie della pelle, disturbi gastrointestinali, crisi di emicrania, dolore lombosacrale, ecc., sia stata riscontrata una proporzione di alexitimia significativamente maggiore di quella osservata tra i controlli [1].

D'altronde è proprio sulla base di osservazioni cliniche di pazienti psicosomatici che venne introdotto il concetto di alexitimia da Nemiah e Sifneos nel 1970 [2]. In seguito gli stessi autori considerarono le seguenti caratteristiche come distintive dell'alexitimia:

- difficoltà nel riconoscere e incapacità di descrivere le proprie emozioni;

- tendenza, quando la componente somatica dell'attivazione viene identificata, a considerarla il sintomo di una malattia somatica;

- scarsa articolazione immaginativa delle emozioni;

- tendenza ad attribuire all'esterno [3].

Sembra, quindi, che la caratteristica centrale di tale costrutto consista nella difficoltà di valutazione della esperienza emotiva personale e soprattutto nella difficoltà

di esperirla come "attività interna", proveniente, cioè, dal proprio sé. La difficoltà di riferire a sé stessi l'immediatezza della esperienza emotiva porta a identificare l'attivazione esclusivamente nei suoi correlati fisici spiegandosi come sintomi. Questa modificazione della percezione corporea è strettamente correlata ad una modificazione del livello dell'attenzione e dell'attivazione. E' come se ci fosse una sorta di rumore di fondo le cui variazioni di intensità vengono percepite come fortemente disturbanti, mentre in una situazione di assenza o di forte diminuzione di stimoli (e di sensazioni da essi indotte) si tende alla disattivazione [4]. Si determina, quindi, in risposta a eventi stressanti o emozioni, una amplificazione delle sensazioni corporee, interpretate dal paziente in termini di malattie del corpo [5-7].

La tendenza ad attribuire all'esterno favorisce lo scollamento tra attivazione emotiva da una parte e sua modulazione cognitiva dall'altra. Come conseguenza di tale discrepanza, le emozioni vengono esperite come malessere fisico, più o meno penoso [8-10].

L'incapacità di decodificare la propria esperienza emozionale implica una esacerbazione della risposta fisiologica attraverso un meccanismo di circuito ricorsivo che parte dall'evento stressante e dall'attivazione che ne consegue, per proseguire con la sensazione somatica, l'aumento dell'attenzione alle sensazioni corporee e loro amplificazione, l'interpretazione di malattia somatica, per arrivare infine alla sofferenza fisiologica, dalla quale si torna di nuovo alla sensazione somatica e all'attivazione.

Questo circolo vizioso, se mantenuto da eventi o circostanze stressanti, che si ripetono nel tempo (o peggio, sono continui), potrebbe favorire l'instaurarsi di malattie somatiche vere e proprie. In altre parole, le malattie del corpo potrebbero essere funzione di accadimenti esterni dotati di significato, con la mediazione del sistema nervoso centrale.

Naturalmente, mentre l'attribuzione di significato è legata al singolo individuo, la mediazione tra stress e malattia somatica è verosimilmente univoca. Sono stati invocati numerosi meccanismi di natura ormonale: ad esempio, il mediatore potrebbe essere l'idrocortisone, secondo la teoria generale dello stress di Selye, ovvero potrebbero essere ormoni dell'asse ipotalamo-ipofisiparane ed essere coinvolto il sistema autonomo, secondo Alexander, e così via. Ma i mediatori potrebbero essere anche di natura immunitaria, considerata l'interazione tra cellule immunitarie e neuromessaggeri (esempio: monociti e neuropeptidi). E certamente molti altri meccanismi psicofisiologici possono essere invocati nel tentativo di "spiegare" la patologia psicosomatica, e molti di essi sono plausibili fisiologicamente e anche molto verosimili, ma a volte l'evidenza scientifica della associazione è tenue o non documentata, e spesso il verso dell'associazione è dubbio (prima l'uovo o la gallina?). In ogni caso, su molti meccanismi psicofisiologici proposti c'è controversia. Non ci sembra, peraltro, che dall'eventuale soluzione di tale controversia ci si possa poi aspettare molto perché, forse, il problema è ad un livello gerarchicamente sovraordinato o, comunque, diverso. Infatti, i meccanismi invocati potrebbero spiegare il fenomeno in questione al più nella sua componente "psicologica" ma non certo in quella "fenomenica", per usare la terminologia di David Chalmers, laddove "fenomenico" si riferisce non semplicemente ad uno stato mentale, ma alla sensazione *cosciente* associata a tale stato [11].

Si fa qui riferimento al mondo delle esperienze soggettive, delle relazioni, della intersoggettività [12], alla coscienza dell'io [13], ai significati personali attribuiti ad eventi ed esperienze ed allora può apparire quantomeno riduttivo ricercare la soluzione nella comprensione dei meccanismi della giunzione mente-corpo di un individuo ridotto allo stato di monade o addirittura di zombie:

"The fundamental issue is whether a universe of zombies is possible" [14, 15].

Il problema sussiste non solo per le posizioni dualiste, ma evidentemente anche per il riduzionismo materialista

e per il mentalismo [16, 17]. Inevitabilmente, siamo un po' tutti influenzati da una costruzione mentale (*res cogitans* vs. *res extensa*) e del nominalismo ad essa connesso [18].

Se si vuole indagare l'organizzazione emotiva del malato psicosomatico e, più in particolare, l'organizzazione dei suoi significati personali, forse potrebbe essere utile tentare di ricostruire la sua storia di sviluppo e osservare il suo stato mentale relativo all'attaccamento con persone significative. La teoria dell'attaccamento ha fornito interessanti prospettive nella comprensione del rapporto tra organizzazione emotiva personale e il processo dell'attaccamento lungo l'arco vitale; più specificatamente, la ricerca sulla reciprocità madre-bambino ha evidenziato come la coordinazione reciproca si verifichi parallelamente all'organizzazione fisiologica (*pace makers* o *clocks* interni) e sensoriale (termica, olfattiva, somatosensoriale, visiva). In altre parole, il bambino trova nella madre una fonte di *pattern* ritmici e coordina i propri *pattern* con quelli della madre. Sia nell'uomo che negli altri primati, la separazione del piccolo dalla madre, all'età di due mesi produce alterazioni della termoregolazione, dei cicli del sonno, riduzione della competenza del sistema immunitario e alterazione delle amine biogene cerebrali [19-21]. In particolare, scimmie allevate in isolamento manifestano reazioni emotive inadeguate e disorganizzate a perturbazioni ambientali; inoltre, presentano alterazioni persistenti della citoarchitettura cerebrale e nella neurotrasmissione cerebrale [21].

La dimostrazione di interazione tra stress, organizzazione cognitivo-emotiva, e alterazioni somatiche e funzionali stabili suggerisce la possibile utilizzazione dei concetti e degli strumenti della teoria dell'attaccamento in attività di ricerca volte a studiare se particolari organizzazioni emotivo-cognitive, connesse a determinati stili di attaccamento, interagiscano con eventi stressanti nell'indurre patologia psicosomatica.

La teoria dell'attaccamento è imperniata sul legame che si sviluppa tra il bambino e la madre (o un'altra figura di riferimento). La rilevanza di questo legame è stata descritta da J. Bowlby nel suo lavoro fondamentale su attaccamento, separazione e perdita [22-24]. In questa teoria ci sono due ipotesi importanti: lo stile di attaccamento del bambino dipende dalla qualità delle cure materne ricevute e lo stile delle prime relazioni di attaccamento influenza considerevolmente l'organizzazione precoce della personalità e, in modo particolare, il concetto che il bambino avrà di sé stesso e degli altri. Lo stile di attaccamento viene gradatamente interiorizzato e le esperienze affettive che ne conseguono vengono strutturate e spiegate mediante rappresentazioni psichiche, definite da Bowlby come prototipi interni. La stabilità di questi prototipi interni dà al soggetto un senso personale di continuità ed unicità, una consapevolezza della propria identità.

Dal lavoro di Ainsworth è emersa la possibilità di distinguere varie organizzazioni di identità. Questo autore ha utilizzato una particolare procedura sperimentale, la *strange situation*, per spiegare le differenze individuali negli stili di attaccamento ed ha individuato tre categorie: sicuro, ansioso-ambivalente, evitante. [25, 26].

Nella vita adulta, gli individui con uno stile di attaccamento non sicuro (ansioso-ambivalente o evitante) hanno difficoltà a riconoscere e descrivere i loro sentimenti, specialmente in risposta a stress sociali od emotivi. Questa difficoltà porta l'individuo a spiegare le proprie emozioni attribuendole al mondo esterno oppure descrivendole come un sintomo [27].

Premesso il possibile ruolo di stress ed emozioni come fattori di rischio per le malattie psicosomatiche della pelle e data la dimostrata importanza dello stile di attaccamento nella risposta emotiva, al fine di saggiare l'ipotesi di una associazione tra malattie psicosomatiche della pelle, stress e attaccamento, sarebbe utile suddividere i soggetti in due gruppi in base ai loro sentimenti riguardo all'attaccamento: 1) libero-autonomo corrispondente all'attaccamento sicuro e 2) non libero corrispondente all'attaccamento ansioso-ambivalente o evitante.

In effetti, in una recente ricerca caso-controllo da noi condotta [28] su 177 casi di malattie psicosomatiche della cute (alopecia areata, iperidrosi, prurito generalizzato, orticaria cronica) e 194 controlli, abbiamo studiato l'associazione tra stress, stile di attaccamento e rischio di patologia psicosomatica cutanea, utilizzando come strumento per stimare presenza e peso di eventi stressanti la Schedule of recent experiences (SRE) e la Life experiences survey (LES) [29-31] e per classificare gli individui in base al loro prevalente stile di attaccamento il questionario di Shaver e Hazan [32-34].

L'entità delle associazioni è stata stimata utilizzando *odds ratio* standardizzati mediante una funzione logistica multipla [35]. Il risultato interessante è che il fattore di rischio più importante identificato ($OR = 4$; 95% CI 1,4-12) è essere un adulto irrisolto rispetto all'attaccamento con figure significative, condizione corrispondente all'attaccamento insicuro del bambino (evitante e ansioso-ambivalente) nella *strange situation*.

Questi risultati suggeriscono che la variabilità individuale nella reattività emotiva a eventi stressanti può essere più importante dell'evento stressante in sé stesso nell'indurre patologia psicosomatica.

Ma se è vero che ammalarsi può anche essere funzione di ciò che accade all'esterno con la mediazione del sistema nervoso centrale, allora, quali che siano i meccanismi psicofisiologici e molecolari in gioco (che sarà comunque difficile identificare e verosimilmente ancora più difficile modificare), il significato personale attribuito agli eventi "esterni" e la loro risonanza emotiva, potrebbero comunque aver un ruolo nell'indurre malattie psicosomatiche.

In ogni caso, poiché il nostro studio non è scevro da limitazioni di varia natura discussi nella pubblicazione [28] e considerando la necessità della replicazione in epidemiologia analitica, appare opportuno condurre altri studi su questo fenomeno, in particolare utilizzando strumenti più complessi e completi quale l'*adult attachment interview* [36].

Se i nostri risultati non saranno confermati, allora il nostro tentativo si aggiungerà ai molti altri fallimenti della psicosomatica. *C'est la vie*. L'importante è non avere pregiudizi e, soprattutto, per dirla con Richard Feynman: "Quello a cui dobbiamo guardare è l'intera interconnessione strutturale dei concetti, e tutte le scienze, e non solo le scienze, ma tutto lo sforzo intellettuale, deve tendere a vedere le connessioni tra le gerarchie, cioè connettere la bellezza alla storia, questa alla psicologia dell'uomo, questa a sua volta al funzionamento del cervello, il cervello all'impulso nervoso, l'impulso nervoso alla chimica, e così via, in su e in giù, in ambedue i sensi. Oggi non siamo in grado, e non serve credere il contrario, di tracciare una linea di demarcazione precisa da un estremo di questi concetti ad un altro, perché abbiamo appena cominciato a vedere che esiste una gerarchia relativa" (citato in Edelman, 1992 [16]).

Ricevuto il 20 ottobre 1997.

Accettato il 19 novembre 1997.

BIBLIOGRAFIA

1. TAYLOR, J.G. 1992. Psychoanalysis and psychosomatics. A new synthesis. *J. Am. Acad. Psychoanal.* 20(2): 252-275.
2. NEMIAH, J.C. & SIFNEOS, P.E. 1970. Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In: *Modern trends in psychosomatic medicine*. vol. 2. O.W. Hill (Ed.). Butterworth, London. p. 26-34.
3. NEMIAH, J.C., FREYBERGER, H. & SIFNEOS, P.E. 1976. Alexithymia: a view of the psychosomatic process. In: *Modern trends in psychosomatic medicine*. vol. 3. O.W. Hill (Ed.). Butterworth, London. p. 430-439.
4. KELLNER, R.A. 1992. *Psychosomatic syndromes and somatic symptoms*. American Psychiatric Press, Washington, DC.
5. BARSKY, A.J. & KLEIMAN, G.L. 1983. Overview. Hypochondrias bodily complaints and somatic styles. *Am. J. Psychiatry* 140: 273-283.
6. KIRMAYER, J.L., ROBBINS, M.J. & PARIS, J. 1994. Somatoform disorders. Personality and the social matrix of somatic distress. *J. Abnor. Psychol.* 103(1): 125-136.
7. LANE, D.R. & SCHWARTZ, E.G. 1987. Levels of emotional awareness: a cognitive developmental theory and its application to psychopathology. *Am. J. Psychiatr.* 144(2): 133-143.
8. MARSHALL, G.D. & ZIMBARDO, P.G. 1979. Affective consequences of inadequately explained physiological arousal. *J. Personal. Soc. Psychol.* 6: 970-988.

9. MASLACH, C. 1979. Negative emotional biasing of unexplained arousal. *J. Personal. Soc. Psychol.* **6**: 953-969.
10. GUIDANO, V.F. 1991. *The self in process. Towards a post-rationalist cognitive therapy*. Guilford Press, New York [trad. it. 1992. *Il Sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Bollati Boringhieri, Torino].
11. CHALMERS, D.J. 1996. *The conscious mind. In search for a fundamental theory*. Oxford University Press, Oxford.
12. TREVARTHEN, C. 1979. *Communication and co-operation in early infancy. A description of primary intersubjectivity. The beginning of human communication*. Cambridge University Press, London.
13. LIOTTI, G. 1994. *La dimensione interpersonale della coscienza*. NIS, Scandicci (FI).
14. PAPINEAU, D. 1996. Is there a problem of consciousness? *The Times* 21/6/1996 (Literary Suppl.).
15. BIONDI, M. 1995. Beyond the brain-mind dichotomy. *Psychother. Psychosom.* **64**: 1-8.
16. EDELMAN, G.M. 1992. *Sulla materia della mente*. Adelphi, Milano.
17. POPPER, K.R. & ECCLES, J.C. 1981. *L'io e il suo cervello*. Armando Editore, Roma.
18. DAMASIO, A.R. 1996. *L'errore di Cartesio*. Adelphi, Milano.
19. MURRAY, L. & TREVARTHEN, C. 1985. Emotional regulation of interactions between two month old and their mothers. In: *Social perception of infants*. Ablex, Norwood, NJ.
20. KREAMER, G.W. *et al.* 1991. Strangers in a strange land: a psychobiological study of infant monkeys before and after separation from real or inanimate mothers. *Child Develop.* **62**: 548-566.
21. KREAMER, G.W. 1992. A psychobiological theory of attachment. *Behav. Brain Sci.* **15**: 493-541.
22. BOWLBY, J. 1969. *Attachment and loss*. vol. 1. *Attachment*. Hogarth Press, London. p. 22-49. [trad. it. 1972. *Attaccamento e perdita*. vol. 1. *L'attaccamento alla madre*. Bollati Boringhieri, Torino].
23. BOWLBY, J. 1973. *Attachment and loss*. vol. 2. *Separation*. Hogarth Press, London. p. 22-49. [trad. it. 1975. *Attaccamento e perdita*. vol. 2. *La separazione dalla madre*. Bollati Boringhieri, Torino].
24. BOWLBY, J. 1980. *Attachment and loss*. vol. 2. *Loss*. [trad. it. 1983. *Attaccamento e perdita*. vol. 3. *La perdita della madre*. Bollati Boringhieri, Torino].
25. AINSWORTH, M.D.S. 1989. Attachment beyond infancy. *Am. Psychol.* **44**: 709-716.
26. AINSWORTH, M.D.S., BLEHAR, M.C., WATERS, E. & WALL, S. 1978. *Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation*. Erlbaum, Hillsdale.
27. GUIDANO, V.F. 1987. *Complexity of the self*. Guilford Press, New York [trad. it. 1988. *La complessità del Sé*. Bollati Boringhieri, Torino].
28. RUSSIELLO, F., ARCIERO, G., DECAMINADA, F., CORONA, R., FERRIGNO, L., FUCCI, M., PASQUINI, M. & PASQUINI, P. 1995. Stress, attachment and skin diseases: a case-control study. *JEADV* **5**: 234-239.
29. CASE, R., MASUDA, M. & HOLMES, T.H. 1967. Quantitative study of recall of life events. *J. Psychosomat. Res.* **11**: 239-247.
30. SARASON, I.G., JOHNSON, J.H. & SIEGEL J.M. 1976. *The life experiences survey: preliminary findings*. University of Washington, Seattle.
31. PANCHERI, P., DEMARTINO, V., SPIOMBI, G. *et al.* 1979. Life stress events and state-trait anxiety in psychiatric and psychosomatic patients. In: *Stress and anxiety*. C.D. Spielberg & I. Sarason (Eds.). Hemisphere, Washington. p. 367-395.
32. HAZAN, C. & SHAVER, P.R. 1987. Romantic love conceptualized as an attachment process. *J. Personal. Soc. Psychol.* **52**: 511-524.
33. HAZAN, C. & SHAVER, P.R. 1988. A biased overview of the study of love. *J. Soc. Personal. Relation* **5**: 473-501.
34. HAZAN, C., SHAVER, P.R. & BRADSHAW, D. 1988. Love as attachment. The integration of three behavioral systems. In: *The psychology of love*. R.J. Sternberg & M.L. Barnes (Eds.). Yale University Press, New Haven, CT. p. 68-99.
35. KAHN, H.A. & SEMPOS, C.T. 1989. *Statistics methods in epidemiology*. Oxford University Press, Oxford. p. 148-154.
36. MAIN, M. & GOLDWYN, R. 1990. Adult attachment rating and classification systems. In: *A typology of human attachment organisation assessed in discourse, drawings and interviews*. M. Main (Ed.). Cambridge University Press, New York.