



CAPITOLO 10: PSICOSOMATICA E PSICOLOGIA DELLA SALUTE

Lo stress

Il termine stress significa “**pressione**”. È importante fare una distinzione tra:

- **stress**: descrive la reazione da parte dell’organismo a seguito di un evento critico;
- **stressor o fattore stressante**: termine che descrive i fattori di stimolo che causano la reazione di stress da parte dell’organismo. Questi stressor non sono tutti uguali in quanto si differenziano per la loro intensità:
 - **stressor acuti**: per cui c’è un picco dei livelli di stress e poi decade come un incidente;
 - **stressor gravi**: c’è un’immediatezza nei livelli di stress come la perdita di una persona cara in un arco di tempo breve;
 - **stressor minori**: aspetto legato al turbamento del pensiero di un evento non piacevole che non impatta in maniera determinante (es. intasamenti nel traffico);
 - **stressor cronici**: derivano da un fattore stressante grave per cui l’individuo deve proseguire il suo cammino di vita in una condizione di stress che perdura nel tempo (perdita di un figlio).

Selye ha introdotto nel 1936 la nozione di **sindrome generale di adattamento** per descrivere il modo nel quale l’organismo fa fronte ad eventi stressanti, egli distingue tre fasi successive:

- **fase di allarme**: viene attivato il sistema nervoso autonomo a fronte di eventi stressanti intensi (rossore, agitazione, tono di voce alto);
- **fase di resistenza**: l’organismo si adatta allo stress (lo mantiene) e se questo è troppo intenso, presenta manifestazioni transitorie come l’ingrossamento delle ghiandole surrenali, ulcere gastrointestinali, ecc;
- **fase di esaurimento**: se il fattore di stress permane oppure se l’organismo non è in grado di mettere in atto risposte adeguate l’organismo va incontro a danni irreversibili, inclusa la morte.

Secondo **Selye**, la reazione di stress ha un carattere adattivo cioè non è una condizione patologica anche se può produrla, in determinate condizioni e se si dilunga nel tempo. Lo stress sembrerebbe, dunque, essere una reazione dell’organismo *aspecifica* collocata sul piano endocrino.

Un primo problema posto dai ricercatori fu *l’identificazione degli avvenimenti esistenziali stressanti in rapporto con la malattia fisica*. Quest’ultimi cercarono di sviluppare una **valutazione quantitativa** dei principali eventi stressanti. Fra i vari contributi ritroviamo quello di **Holmes e Rahe** nel 1967 che isolarono una serie di 43 eventi (con un punteggio di livelli di stress che va da 0 a 100) che presentavano una frequenza significativa prima dell’insorgenza di malattie somatiche. Sulla base di tale lista costituirono la **Social Readjustment Rating Scale**.

Lazarus aveva integrato il modello di **Selye** con gli aspetti cognitivi connessi all’elaborazione soggettiva operata dalla persona riguardo a specifici fattori stressanti. Dunque, un medesimo evento può avere significato diverso per diversi individui.

A fronte di fattori stressanti, persone diverse reagiscono con modalità e stili diversi. La nostra capacità di fronteggiare i livelli di stress prende il nome di **capacità di coping**.

Quest'ultime prevedono che l'individuo possa focalizzarsi su:

- **Strategie focalizzate sul problema:** azioni dirette alla soluzione del problema, alla ricerca di informazioni che ne facilitano la soluzione, di piani per far fronte a un problema;
- **Strategie focalizzate sull'emozione:** riguardano una riduzione delle reazioni emotive negative, ad esempio pensando ad altro, distrarsi, cercando conforto, dedicandosi ad attività che producono emozioni positive, assumendo sostanze;
- **Strategie completamente disadattive:** l'individuo si convince di qualcosa di diverso dalla realtà.

Stress e malattia

Esiste una relazione significativa fra stress e malattia, ma non è possibile dire il perché. Tuttavia, sono state proposte diverse ipotesi e teorie:

- **Teoria della debolezza somatica:** la risposta allo stress può andare ad inficiare il funzionamento degli organi;
- **Teoria della reazione specifica:** per cui la condizione di stress e paura sembrerebbe sollecitare il sistema gastroenterico;
- **Teorie psicoanalitiche:** per cui la risposta allo stress risulta essere il fatto di trattenere l'emozione che porta a delle alterazioni fisiche, organiche (*teoria della rabbia trattenuta*);
- **Mediazione dello stile di vita:** rapporto tra stress e malattia sia indiretto cioè mediato dallo stile di vita e modificazioni dei comportamenti che incidono sulla salute.

Ruolo di malato e comportamento di malattia

Due diverse persone che soffrono degli stessi sintomi dal punto di vista clinico possono comunque avere un comportamento diverso. Nelle differenze individuali rientrano anche i sistemi di credenze sulla malattia e su quanto la malattia possa essere considerata una condizione di invalidità.

Il concetto di ruolo di malato è stato introdotto da **Parsons** e tiene conto del fatto che i sistemi sociali sviluppano norme esplicite in relazione alla malattia e all'invalidità. Il malato risulta essere esentato dai propri obblighi, acquisendo un diritto di ricevere attenzioni da parte dell'ambiente → **il soggetto è malattia**.

È importante che l'individuo riconosca che tale stato è indesiderabile e che si impegni a cooperare per raggiungere la salute il prima possibile; egli inoltre deve dare prova di ciò utilizzando servizi e professionisti. Perché l'individuo sia legittimato socialmente nel ruolo di malato non è quindi sufficiente la presenza dei sintomi.

Il costrutto di comportamento di malattia indica l'insieme dei comportamenti manifestati dall'individuo che indicano che egli è fisicamente malato. Il concetto, quindi, rappresenta l'atteggiamento in generale nei confronti della malattia e il modo in cui i sintomi sono percepiti e valutati.

Una sottoclasse di questi comportamenti ampiamente studiata è denominata comportamento-dolore che definisce gli aspetti osservabili del dolore come lamenti, movimenti lenti e cauti del corpo.

La malattia può avere un vantaggio secondario, comportando potenziali benefici e inducendo a promuovere o mantenere il ruolo di malato. Possono essere coinvolti nella cosiddetta **"trappola della malattia"**. (promuovere o mantenere il ruolo del malato e ritardare o limitare il recupero). In questo ambito è importante l'analisi delle variabili di contesto e l'interazione con la struttura sanitaria e il nucleo familiare. Il bisogno psicologico di assumere il ruolo del malato è uno dei criteri diagnostici dei disturbi fittizi ed è la motivazione chiave alla produzione di sintomi fisici o psichici.

La misurazione del comportamento di malattia è sottoposta ad osservazione diretta e attraverso un questionario denominato l'**Illness Behavior Questionnaire (IBQ)** che esplora atteggiamenti rispetto alla malattia e la sua percezione delle reazioni di persone significative, dunque l'impatto sociale.

Gestione dello stress e terapie psicofisiologiche

Si parla di **gestione dello stress** (*stress management*) perché lo scopo è di ridurre lo stress e di fronteggiarlo efficacemente, non di eliminarlo. Schematicamente possiamo raggruppare in due categorie le soluzioni possibili: in un certo numero di casi, sono necessari dei **cambiamenti esterni**, in un altro numero di casi sono necessari invece dei **cambiamenti interni**:

- **Cambiamenti esterni (modificazioni ambientali):** può essere necessario prendere **decisioni importanti**, allontanarsi da situazioni divenute eccessivamente stressanti e fare i passi appropriati a questo fine (esempi: decisione di un figlio di andare a vivere da solo, decisione di licenziarsi e cercare un diverso lavoro, ...). Più banalmente, si può essere scivolati in abitudini e carichi di lavoro eccessivi senza accorgersene ed è opportuno rimettere in discussione le priorità di valore delle proprie attività e della propria gestione del tempo. È importante ma non cruciale;
- **Cambiamenti interni:** non si tratta tanto di **cambiare fattori ambientali** ed abitudini, quanto di cambiare il modo di vedere le cose ed il modo di rispondere emotivamente a fattori ed eventi stressanti. Gli psicologi clinici parlano, a questo riguardo, di **ristrutturazione cognitiva**. Con questa denominazione s'intende che il sistema di convinzioni della persona è fondamentale per il cambiamento e che la persona può essere aiutata, in genere con tecniche di autosservazione introspettiva e di analisi dell'organizzazione cognitiva, a riconoscere e modificare eventuali aspetti irrazionali o disfunzionali del proprio modo di pensare abituale. In altre parole, ragiono in maniera differente, rispondo in maniera differente. La condizione cruciale è che io impari a non trovarmi più in quelle situazioni.

Altre tecniche di gestione dello stress sono focalizzate alla **riduzione del livello di attivazione**. Esse tendono all'acquisizione, da parte del paziente, della capacità di ottenere volontariamente uno stato di **rilassamento profondo**. Per rilassamento si intende una risposta di segno opposto a quella di allarme, che si caratterizza sul piano fisiologico con:

- riduzione del tono muscolare fino a raggiungere il rilassamento profondo;
- riduzione della frequenza cardiaca;
- riduzione della pressione arteriosa;
- riduzione della frequenza respiratoria; aumento della temperatura periferica cutanea (vasodilatazione periferica);
- riduzione dell'attività elettrodermica spontanea;
- aumento dell'intensità del ritmo alfa cerebrale con occasionale comparsa di ritmi lenti e le tecniche di rilassamento.

Le principali tecniche di rilassamento utilizzate dagli psicologi clinici sono:

- il **rilassamento muscolare progressivo** (*Jacobson*, 1938): tale tecnica consiste in una sequenza ordinata di esercizi di contrazione e di distensione di numerosissimi gruppi muscolari;
- il **training autogeno**: caratterizzato da "esercizi inferiori", riferiti alle componenti di base ed "esercizi superiori" che comprendono specifiche tecniche meditative, in cui il soggetto immagina una propria condizione mentale. Nella sua applicazione standard, il paziente è incoraggiato ad assumere un atteggiamento mentale di "concentrazione passiva";
- l'**ipnosi**: lo stato ipnotico comporta importanti modificazioni neurofisiologiche alla pari di alterazioni dello stato di coscienza. Le tecniche di induzione opererebbero una destrutturazione che altera i vari sottosistemi costituenti lo stato di coscienza, modifica le certezze che il soggetto ripone su di sé e sulla realtà esterna, trasforma le certezze da dati di fatto in mere costruzioni soggettive;
- il **biofeedback**: trattamento psicofisiologico, l'uso della moderna strumentazione psicofisiologica per fornire all'individuo informazioni immediate ed estremamente precise su variazioni di processi dell'organismo quali la temperatura cutanea periferica, l'attività elettrica cerebrale, la frequenza cardiaca.

Si presume che il fatto di fornire all'individuo, momento per momento, informazioni relative all'aumentare o al diminuire di uno o più degli indici biologici sopraindicati possa facilitare l'acquisizione di un autocontrollo delle funzioni connesse all'indice in oggetto.

Dalla malattia psicosomatica alla malattia

Il termine **disturbi psicofisiologici** è stato spesso preferito a quello tradizionale di “disturbi psicosomatici” per motivi epistemologici. L'**ipotesi psicosomatica** è implicitamente dualista:

- **dimensione medica:** da una parte vi sarebbero i disturbi somatici, che nulla avrebbero di psicologico e che sarebbero di esclusivo interesse del **medico**;
- **dimensione psicologica:** da un'altra parte vi sarebbero i disturbi psicosomatici, che invece avrebbero una commistione di aspetti somatici e **psichici**.

Lachman afferma che *“tutti i disturbi biologici hanno elementi psicologici e tutti i disturbi psicologici hanno elementi biologici che devono essere considerati sia nella diagnosi che nel trattamento”*. Il DSM-V ha effettuato ulteriori passi per il superamento della dicotomia mente-corpo, introducendo una nuova classe di diagnostica: **disturbi da sintomi somatici** e **disturbi correlati**. La categoria diagnostica va riservata a quelle condizioni in cui i fattori psicologici hanno un effetto clinicamente significativo sul decorso o sull'esito di una condizione medica generale.

Medicina comportamentale

L'espressione **behavioral medicine** indica l'applicazione di tecniche comportamentali e cognitive ai problemi della malattia fisica. La **medicina comportamentale** è il campo di studio interdisciplinare che si occupa dello sviluppo e dell'integrazione delle scienze e delle tecniche biomediche e comportamentali rilevanti per la salute e la malattia, nonché dell'applicazione di queste conoscenze e di queste tecniche alle attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione. Un esempio di medicina comportamentale è il caso dell'insonnia primaria.

L'**insonnia primaria** si caratterizza per una o più delle seguenti caratteristiche:

- la persona fatica ad iniziare il sonno, cioè ha una latenza di addormentamento che giudica eccessivamente lunga (superiore ai 30 minuti);
- una volta iniziato il sonno, la persona fatica a mantenerlo;
- la persona riferisce al risveglio, indipendentemente dal numero di ore effettivamente dormite, che il sonno non è stato ristoratore ed accusa uno stato di affaticamento e stanchezza. Perché raggiunga una soglia clinica deve persistere per oltre un mese e deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Psicologia della salute

La **psicologia della salute** è l'insieme dei contributi specifici della disciplina psicologica alla promozione ed al mantenimento della salute, alla prevenzione e al trattamento della malattia, all'identificazione di correlati eziologici e diagnostici della salute, della malattia e delle disfunzioni associate (**Matarazzo** 1980). Schematicamente si può dire che la psicologia della salute:

- pone l'accento più sulla **prevenzione** che sul trattamento;
- ha come oggetto di studio sia il **comportamento sano** sia il **comportamento malato**;
- è attenta più alla **salute fisica** che alla salute mentale e privilegia malattie di maggior impatto sociale;
- è interessata alla **“salutogenesi”** piuttosto che alla patogenesi (**Bertini** 1988).

Oggi gli psicologi sono particolarmente attenti all'aspetto della prevenzione: difatti, il ruolo dello psicologo non è tanto quello di curare ma di prevenire. La prevenzione può significare l'abbassamento, a lungo termine, del totale delle spese sanitarie perché si è investito su tutti quei comportamenti-rischio che possono determinare una malattia.