

## SINTOMI FUNZIONALI

### Dalla scissione mente-corpo al paradigma corpo-mondo

Andrea CALANDRELLI<sup>1</sup>, Alessandra NICOLINI<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Medico-Chirurgo, Specialista in Medicina Interna, Medico presso ASL RM1,  
Docente di clinica medica e psicosomatica presso Scuola Lombarda di Psicoterapia

<sup>2</sup> Psicologa clinica, Specialista in Psicoterapia ad indirizzo fenomenologico-ermeneutico,  
Freelance, Roma

**Abstract:** The mind-body problem is well suited to the discourse on the disease, particularly the “functional” one. Functional disorders represent a challenge for the biomedical model, as they re-propose the old dilemma of the past: are they diseases of the body, or of the mind? In the absence of clinical evidence and objective findings, how can be explained the physical symptoms reported by the patient? The problem of the distinction between mind and body, and of their mutual relations, has always concerned knowledge about human being. This dichotomy still limits the understanding of the origin and significance of functional disease and, consequently, the realization of an integrated care system. Moving from a re-evaluation of corporeality and from a perspective of synthesis that takes into account the unity of the human being in his dynamic relationship with the environment, the essence of functional disturbance is no longer conceivable in the terms imposed by Western tradition as a mind-body split. We propose to reconfigure it in terms of a body-world split. The alteration of the interoceptive processes, which at the experiential level translates into an alteration of the awareness of the embodied meaning of being in the world, leads to states of “sensitization”. Sensitization is generated and maintained by immune-inflammatory processes. The latter are regulated not only by the presence of viruses, bacteria, and toxins, but are also controlled by emotional states. This implies that at the molecular level there seems to be no distinction between mind and body, since cytokines, the main mediators of the inflammatory response, are sensitive and responsive to the world. These implications offer us a new approach through which to understand the original co-belonging of mind and body. The state of health, or disease, is thus the expression of this ontological unicum.

**Keywords:** functional disorders, mind-body problem, interoception, inflammation, integrative care.

E allora a chi dobbiamo dare ragione, all'anima o al corpo? O corpo che duoli, che sei sostanzialmente solo pur circondandoti di molte amicizie! Sei forse tu che mi porti a vaneggiare? O, forse, la forza segreta dei miei impulsi spirituali?

Alda Merini, *L'altra verità. Diario di una diversa*.

Non potevamo accettare, per rappresentare le relazioni tra l'anima e il corpo, nessuno dei modelli materialisti – ma neppure i modelli spiritualisti, per es. la metafora cartesiana dell'artigiano e del suo strumento.

Maurice Merleau-Ponty, *La struttura del comportamento*.

## 1. Introduzione<sup>1</sup>

Il tema secolare della relazione che intercorre tra la mente e il corpo si presta naturalmente alla riflessione sulla malattia, in particolare quella “funzionale”.

Nella medicina contemporanea, i medici usano il termine “funzionale” per riferirsi ad una varietà di disturbi, o sintomi, in cui la funzionalità normale di un organo, o di un apparato, risulta a vari gradi compromessa, senza una evidente lesione anatomica.

Storicamente, il termine venne utilizzato nel XIX secolo in ambito neurologico per descrivere le alterazioni patologiche delle funzioni dei tessuti nervosi.<sup>2</sup> Successivamente, Sigmund Freud, agli inizi del Novecento, assunse il termine “funzionale” per designare quei sintomi la cui origine era associata ad un conflitto mentale, trasferendo in questo modo il significato del termine dal piano anatomico-fisiologico a quello psicologico.

Nel corso del tempo e attraverso le culture, i sintomi funzionali hanno ricevuto nomi differenti e sono stati concettualizzati in vario modo,<sup>3</sup> riflettendo la conoscenza medica del tempo, i miti, gli assunti e le credenze ad essi associati. Gli stessi fattori hanno, a

---

<sup>1</sup> Le riflessioni suggerite all'interno di questo contributo sono parte integrante del *Corso di Alta Formazione in Fenomenologia delle sindromi psicosomatiche. Prospettive Mediche e Psicologiche*, organizzato dalla Mi.Cal – Milan Institute for Health Care and Advanced Learning, in data 23-25 ottobre 2020 (II ed.), Direttore didattico-scientifico Andrea Calandrelli.

<sup>2</sup> Kasia KOZLOWSKA, Stephen SCHER, Helene HELGELAND, *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents*, Springer Nature Switzerland, Cham 2020.

<sup>3</sup> Tra le espressioni più comuni, e ancora oggi in uso, ricordiamo termini quali: isteria, ipocondria, disturbo psicosomatico, disturbo da somatizzazione, disturbo somatoforme, sintomi inspiegabili dal punto di vista medico (*medically unexplained symptoms*), ecc..

loro volta, modellato la presentazione clinica dei sintomi, la percezione dei pazienti e dei medici, e l'approccio terapeutico. Allora come ora, essi rappresentano una sfida per il modello biomedico, poiché ripropongono l'antico dilemma di sempre: sono malattie del corpo, o della mente? In assenza di evidenze cliniche e riscontri obiettivi come dare conto ai sintomi fisici riferiti dal paziente? Sono tutto frutto della sua mente?

Come ci ricorda Thomas Szaz:

ai tempi del *Malleus Maleficarum*, se il medico non trovava prove di malattia naturale, ci si aspettava che trovasse prove di stregoneria. Oggi, se il medico non può diagnosticare una malattia organica, ci si aspetta che faccia diagnosi di malattia mentale.<sup>4</sup>

Di fronte ad un paziente “difficile” da diagnosticare, e che spesso evoca sentimenti di impotenza, la credibilità e la competenza professionale del clinico sono messe a dura prova, come d'altro canto la credibilità e la legittimità del paziente che richiede il riconoscimento della propria identità di malato, e quindi un aiuto rispetto a dei livelli di sofferenza spesso invalidanti.

Molti di questi pazienti, infatti, ricevono trattamenti diversi, approfondimenti diagnostici ripetuti, invii reiterati alla medicina specialistica, con costi e risorse sempre crescenti.<sup>5</sup>

Una donna di 42 anni consulta il medico di base. Da almeno 20 anni ha una storia di dolori addominali ricorrenti, nausea, astenia. L'alvo è alterno e il peso non si è modificato. Per questi disturbi non riesce ad avere una vita normale e vuole che il medico trovi al più presto la causa dei suoi sintomi e una soluzione per venirne a capo. Spesso si è recata al Pronto Soccorso o ha chiesto di venire ricoverata. Ha già effettuato una EGDS,<sup>6</sup> una colonscopia, uno studio radiologico del tenue e sono tutti risultati negativi. Sempre nel corso dei ricoveri ha effettuato una TAC e una ecografia pelvica che non hanno evidenziato una causa certa dei suoi disturbi. Circa 3 anni fa si è sottoposta a colecistectomia pur in assenza di calcoli. In una occasione è stata inviata per una consulenza psichiatrica che tuttavia dopo un approfondito colloquio non ha trovato aspetti patologici se si eccettua una sindrome ansiosa. Tutti i suoi esami sono normali.

Il resoconto clinico appena esposto fornisce una drammatica descrizione della parabola che questi pazienti solitamente compiono alla ricerca di una diagnosi o,

---

<sup>4</sup> Thomas SZAZ, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York; Syracuse University Press, Syracuse (NY) 1997, trad. it. Camillo Pennati, *I manipolatori della pazzia: studio comparato dell'Inquisizione e del movimento per la salute mentale in America*, Feltrinelli, Milano 1972, p. 23.

<sup>5</sup> Kelly MCGORM, Christopher BURTON, David WELLER, Gordon MURRAY, Michael SHARPE, *Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern*, “Family Practice”, 27 (5), 2010, pp. 479–86.

<sup>6</sup> Esofagogastroduodenoscopia.

semplicemente, di qualcuno che dia loro ascolto. Il corpo, da irriducibile totalità del vivente, appare qui degradato a mosaico di organi, mentre la sofferenza viene ad essere smembrata tra i diversi reparti specialistici che compongono la mappa di un poliambulatorio. Da un lato, l'occhio del medico non vede che un complesso assemblaggio di parti, ciascuna con una struttura e una funzione biologica definita (tenue, pelvi, colecisti, alvo). Questa visione trova il suo fondamento in un sapere anatomo-fisiologico che trae il suo concetto di corpo dall'esperienza della morte scaturita dalle dissezioni sui cadaveri che venivano praticate per fini di formazione e conoscenza. Con la tradizione inaugurata dagli anatomisti, il corpo smette di essere il segno dell'irriducibile presenza dell'essere umano per essere studiato in se stesso, in quanto entità autonoma, senza né carne né volto, come si può osservare nelle tavole raffiguranti gli scheletri o i noti spellati, mentre il mondo viene respinto sullo sfondo alla stregua di un decoro. D'altro canto, il clinico "psi", occupandosi del pezzo "mente", cade egli stesso nel rischio della delega specialistica, analizzando comportamenti, emozioni e pensieri (sindrome ansiosa) in maniera separata dal corpo e dal mondo di quella persona.

La "vaghezza" del sintomo funzionale lascia entrambi, sia il medico che il paziente, all'interno di un "limbo", quello diagnostico, che sta proprio ad indicare quella condizione non ben definita, incerta, di attesa, che caratterizza medici e pazienti di fronte ad un sintomo apparentemente inspiegabile, o quanto meno non attraverso il modello biomedico abituale, che incentra la procedura diagnostica sulla dimensione esplicita dei sintomi, quella "oggettiva", "palpabile", visibile, al fine di identificare una patologia, poiché l'imperativo è "vedere per credere".

L'incredulità del medico di fronte alla mancanza di spiegazioni di un sintomo, che il paziente vive come reale pur in assenza di riscontri organici, ci ricorda l'incredulità di San Tommaso di fronte alla resurrezione di Cristo,<sup>7</sup> episodio narrato nel Vangelo di Giovanni (20, 19-25) e magistralmente ritratto dal Caravaggio intorno al 1600.

L'episodio istituisce un'analogia tra il vedere e il toccare, caratterizzando l'esperienza visiva nei termini di una palpazione.<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> Cristo, dopo la resurrezione, apparve agli apostoli. Tommaso non era fra loro. Quando questi gli raccontarono l'accaduto, egli non credette alle loro parole: «Se non vedo nelle sue mani il segno dei chiodi e non metto il dito nel posto dei chiodi e non metto la mia mano nel suo costato, non crederò». Otto giorni dopo, Cristo apparve nuovamente e questa volta Tommaso era nel gruppo. Così, si rivolse all'apostolo dubbioso con queste parole: «Metti qua il tuo dito e guarda le mie mani; stendi la tua mano, e mettila nel mio costato; e non essere più incredulo ma credente!» (Gv 20, 26-29).

<sup>8</sup> La metaforizzazione tattile della vista è una intuizione di David Katz riscontrabile nelle opere di Maurice Merleau-Ponty.

Ma il tema dell'episodio evangelico ci sembra offrire un'altra suggestione poiché introduce anche la questione del dualismo anima-corpo. Questo aspetto si osserva nel vangelo di Luca (24, 36-43). Quando Cristo appare esorta i discepoli a guardarlo e toccarlo, poiché, parafrasando, credevano di avere a che fare con un fantasma, immaginavano cioè la resurrezione non come una presenza che risorge in carne ed ossa, ma come una vita fantasmatica, spirituale.

Sembrerebbe a questo punto quasi naturale chiedersi se sia il corpo a risorgere, o l'anima. Se sia il corpo a morire, o l'anima. E ancor prima, se siamo fatti di corpo, o di anima.

Agli inizi del XX secolo, Duncan MacDougall, un medico statunitense, provò a dare una risposta a questi interrogativi attraverso una serie di esperimenti. MacDougall misurò il peso corporeo di alcuni suoi pazienti in fase terminale durante il loro trapasso. I dati registrati lo portarono a concludere che, subito dopo la morte, ogni corpo umano perde tre quarti di oncia che corrispondono a 21 grammi. Questo peso, concluse, sarebbe da attribuire all'anima. Il fatto che l'anima possa essere pesata, ovvero misurata, implica dunque che essa abbia una massa, un corpo, ovvero che sia una parte di esso.

Il metodo utilizzato da MacDougall non venne, tuttavia, ritenuto scientifico<sup>9</sup> e i suoi risultati furono pertanto confutati, ma quello che davvero sfuggì alle critiche dei suoi detrattori fu il senso stesso della questione da cui presero le mosse i suoi esperimenti e che emerge come il punto cieco dell'interrogazione sulla natura dell'uomo.

## **2. La strana coppia**

Il problema della distinzione tra mente e corpo, e dei loro reciproci rapporti, ha da sempre interessato il sapere sull'uomo. Tale dicotomia, che ha la sua base conoscitiva in una visione antropologica che dalla filosofia antica è confluita nella scienza moderna occidentale, rappresenta ancora oggi un limite alla comprensione dell'origine e del significato dei disturbi funzionali, e un impedimento alla realizzazione di un sistema di cure integrato.

Nella storia del pensiero occidentale, le filosofie dualistiche, che considerano l'anima e il corpo come entità separate e irriducibili l'una all'altra, sono state senza dubbio

---

<sup>9</sup> Innanzitutto, il campione sperimentale era troppo ristretto per poter considerare i risultati significativi. Tra le altre criticità vi era, inoltre, l'errore di misurazione. MacDougall e i suoi colleghi ebbero, in alcuni casi, anche difficoltà a individuare il momento preciso della morte (fattore chiave per l'esperimento). Ciononostante questo assunto è entrato a far parte della vulgata, tanto da ispirare una nota pellicola cinematografica che ne ha ulteriormente aumentato la popolarità: *21 grammi* (*21 Grams*), diretto da Alejandro González Iñárritu nel 2003.

dominanti rispetto a quelle che ritengono i due termini come aspetti diversi, o manifestazione di un'unica realtà.<sup>10</sup> Il dualismo anima-corpo e la scissione soggetto-oggetto nasce con Platone e trova la sua massima espansione con Cartesio. Sebbene possa apparire come un dato di fatto, questa separazione non è qualcosa di originario, ma dipende dal modello concettuale noto, o accettato, nei diversi ambiti della conoscenza, così come dalle “esigenze” e dagli obiettivi specifici del particolare settore del pensiero e della scienza a quel tempo.<sup>11</sup> Prima di Platone, infatti, il mondo greco e la tradizione giudaico-cristiana non conoscevano questo dualismo. L'analisi del lessico omerico e biblico, ricorda Galimberti,<sup>12</sup> rivela che «gli antichi non concepivano l'uomo come un'anima che ha un corpo, ma come un corpo che è in relazione con il mondo».<sup>13</sup>

Il pensiero fenomenologico si pone in netto contrasto con la visione secolare del dualismo, proponendo una revisione delle categorie ontologiche tradizionali atta a riabilitare la dimensione incarnata dell'esperienza in quanto fatto tacito e primordiale dell'essere-al-mondo.

Come scrive Gabriel Marcel:

---

<sup>10</sup> Si vedano, ad esempio, il monismo, nelle accezioni del materialismo e dello spiritualismo, o l'aristotelismo, che potremmo indicare come una terza via fra le due, quella dualista e quella monista, e che potremmo considerare una sorta di “monismo duale”, secondo cui anima e corpo non sono due aspetti distinti, ma facce di una stessa medaglia, derivanti da una unità inestricabile, e tuttavia descrivibili in modi differenti che dipendono dal vertice da cui si pone l'osservatore.

<sup>11</sup> Ad esempio, Platone nel *Fedone* introduce la nozione di anima principalmente per una esigenza di tipo gnoseologico, ovvero conoscitiva. Il corpo è un ostacolo alla conoscenza: i suoi appetiti e le sue passioni, poiché lo rendono mutevole e pertanto inaffidabile, distolgono l'uomo dal conseguimento della verità assoluta e del bene comune. Occorre perciò affidarsi a un'entità, a un'essenza, che rimanga fissa, che permanga nonostante le trasformazioni subite e che Platone identifica appunto nell'anima, in quanto principio unificatore alla base di tutte le modalità manifestative (rif. PLATONE, *Fedone*, a cura di Giovanni REALE, Rusconi, Milano 1997). L'anima è una realtà indipendente e il corpo è la sua prigioniera, la sua tomba, ciò che nega l'accesso alla verità. Diversamente intesa, l'anima cristiana non nasce da una esigenza di verità, ma di salvezza.

<sup>12</sup> Umberto GALIMBERTI, *Psichiatria e Fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1979, p. 55.

<sup>13</sup> Con la parola “*soma*”, Omero indica solamente il corpo esanime, il cadavere, la salma, mentre per riferirsi al corpo vivente ricorre a una serie di termini con i quali designa di volta in volta le diverse funzioni di uno stesso organo relativamente al suo rapporto con il mondo. Il cuore, ad esempio, è nominato con termini diversi a seconda della situazione, del suo rapporto con il mondo. “*Ker*” è il cuore che sopporta; “*Kardia*” il cuore gonfio di rabbia; “*Etor*” il cuore ricolmo di emozioni (cfr. Giovanni REALE, *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Cortina, Milano 1999). Se diamo, invece, uno sguardo al lessico dell'Antico Testamento, la stessa antropologia biblica postula una concezione dell'uomo sostanzialmente unitaria; dire “*lev*”, “*nefes*”, “*basar*” e “*ruah*” equivale a dire l'uomo come corpo spirituale, o come spirito carnale, senza opposizione tra fisicità e spiritualità (Sebastiano PINTO, *Il corpo in preghiera nei salmi*, Edizioni Dehoniane, Bologna 2018, p. 12).

Io non mi servo del mio corpo, io sono il mio corpo... Nella misura in cui il mio corpo si presta a questo trattamento [cioè ad essere ridotto a mero strumento] si trasforma in oggetto; ma sottomettendovelo io cesso appunto di considerarlo come il mio corpo, gli tolgo quella priorità assoluta in virtù della quale il mio corpo si pone come segno di riferimento o centro in rapporto a cui si ordina la mia esperienza, il mio universo.<sup>14</sup>

La fenomenologia, dunque, si propone di colmare quell'abisso che la tradizione del pensiero dualistico occidentale ha scavato tra l'anima e il corpo, costituendosi attorno a quel principio di "indifferenza psicofisica" secondo cui: «vi è un'unica e medesima vita»<sup>15</sup> nella quale «il processo fisiologico e quello psichico sono rigorosamente identici dal punto di vista ontologico»,<sup>16</sup> distinguendosi solo sul piano dell'osservatore (da qui la distinzione tra *Körper* e *Leib*).

Ci appare suggestivo in tal senso il richiamo ad un'immagine raffigurante una delle illusioni ottiche più celebri al mondo: "la moglie e la suocera". La particolarità di questa immagine è data dal fatto che, a seconda del punto di vista adottato, si offrirà all'esperienza dell'osservatore il profilo di una giovane fanciulla, o quello di un'anziana donna. Entrambe coesistono, ma non siamo in grado di afferrarle contemporaneamente con un'unica presa visiva, poiché quando una appare in primo piano, l'altra si ritrae nascosta sullo sfondo, e viceversa. Possiamo, pertanto, affermare che il rapportarsi della moglie e della suocera, così come della mente e del corpo, o dell'essere e del mondo, è sempre e solo da concepire in termini di contemporaneità e che la loro separazione è una mera illusione. La mente e il corpo sono due facce dello stesso esperire; essi non si danno mai separati poiché emergono a partire dall'accadere di un medesimo evento.

Con un linguaggio diverso, la teoria dei sistemi complessi postula che:

un organismo, o sistema vivente, è una totalità integrata le cui proprietà essenziali non possono essere ridotte a quelle delle sue parti; esse invece emergono dalle interazioni e dalle relazioni fra le parti.<sup>17</sup>

---

<sup>14</sup> Gabriel MARCEL, *Journal methaphysique. Etre et avoir. Presence et immortalite*, trad. it. di Franca Spirito, *Giornale metafisico*, Abete, Roma 1980.

<sup>15</sup> Già Aristotele criticava chi definiva il vivere come composizione di anima e corpo. L'essere vivente è un sinolo, unità di anima e corpo, forma e materia, atto e potenza (cfr. ARISTOTELE, *De Anima*, a cura di G. Moravia, *L'anima. Testo greco a fronte*, Bompiani, Firenze 2001). In fisica, Albert Einstein introdurrà il concetto di equivalenza energia-materia.

<sup>16</sup> Max SCHELER, *Die Stellung des Menschen im Kosmos*, trad. it. di Guido Cusinato, *La posizione dell'uomo nel cosmo. Traduzione dall'edizione originale del 1928*, Franco Angeli, Milano 2004, p. 175.

<sup>17</sup> Fritjof CAPRA, Pier Luigi LUISI, *Vita e Natura*, Aboca Edizioni, Bologna 2020, p. 69.

La comprensione dell'essere umano non può quindi essere ricondotta ad una concezione che intenda la mente e il corpo come entità separate, proprio perché l'esserci, come il sintomo, è ciò che emerge dall'unità. Così come in fisica quantistica, la particella viene considerata come un'entità inscindibile dall'ambiente, non analizzabile indipendentemente dallo stesso, così non è possibile descrivere qualunque caratteristica dell'essere umano in assenza di contesto. Il vivente va indagato come un "tutto" in rapporto dinamico al suo mondo.

I sintomi funzionali sono la cartina di tornasole atta a dimostrare l'inconfutabilità di tale principio: in essi non ci si trova davanti a un semplice corpo, né a un'anima che si esprime attraverso di esso, ma a un'entità "indifferente" rispetto a questa distinzione concettuale.

La loro definizione diagnostica risente, tuttavia, della concezione teorica che ne è a monte. Questo aspetto influenza, in primo luogo, il fatto stesso di classificare questi disturbi come medici o psicologici.<sup>18</sup>

Questa doppia classificazione non fa altro che riaffermare la nozione di dualismo mente-corpo per cui, a seconda del punto di vista clinico adottato, un dolore addominale con alternanza di stipsi e diarrea (che costituisce la "triade" diagnostica della sindrome del colon irritabile) sarà di competenza gastroenterologica, e/o psicologica se associato ad una preoccupazione eccessiva rispetto alla gravità dei sintomi lamentati. Se poi nello stesso paziente dovessero presentarsi anche dolori diffusi a livello muscolare la competenza passerebbe allora al reumatologo! E questo accade perché, invece che essere compresi come manifestazioni di un unico modo di essere che emerge dal proprio incontrare il mondo, facenti capo allo stesso malato, i sintomi sono concepiti come entità diverse, facenti capo a malattie diverse (fisiche e/o mentali), che coinvolgono funzioni o organi diversi: l'intestino, la mente, i muscoli...

---

<sup>18</sup> I principali sistemi di classificazione in medicina e psicologia sono la *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD) dell'*Organizzazione Mondiale della Sanità*, e il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (DSM) dell'*American Psychiatric Association*. Mentre l'ICD comprende tutte le patologie somatiche e mentali, il DSM è limitato al campo della psichiatria. L'ICD-10 include "Sindromi somatiche funzionali individuali", come sindrome del colon irritabile, fibromialgia, dolore toracico atipico, sindrome da stanchezza cronica, crisi non epilettiche psicogene, sensibilità chimica multipla, ecc. Allo stesso tempo, i cosiddetti "sintomi inspiegabili dal punto di vista medico" sono codificati come "Disturbi neurologici dissociativi" all'interno del capitolo dei disturbi mentali. La loro caratteristica principale è la ripetuta presentazione di sintomi fisici in assenza di base organica. L'enfasi posta sull'assenza di base organica è stata invece eliminata nell'ultima edizione del DSM (la 5 è del 2012) che introduce invece il "Disturbo da sintomi somatici" per riferirsi ad un quadro la cui caratteristica principale è definita dalla presenza di segni e sintomi positivi associati a preoccupazioni eccessive e comportamenti abnormi in risposta agli stessi.



A partire da una diversa prospettiva è perciò possibile ripensare sia l'origine del sintomo, non più inquadrabile come l'effetto di una causa (della mente sul corpo, o viceversa), sia il significato dello stesso, che non va ricercato all'interno di un simbolismo universale, valido per tutti, ma fatto riemergere dalla situazione concreta in cui ha preso forma, in quanto significato incarnato di una certa situazione che il sintomo nasconde, poiché in esso viene meno quel rapporto originariamente costitutivo con il mondo di cui il corpo viene a prendere il "posto".

### 3. Un'estranea intimità

La caratteristica principale dei pazienti con disturbi funzionali è l'*alterazione* del modo di sentirsi del e nel proprio corpo in rapporto al mondo e in relazione agli altri. Questa condizione corrisponde ad una alterazione del senso di stabilità personale.

Quando il sentirsi non è più matrice di significato dello stare al mondo, come nella malattia, si avverte un senso di estraneità: il corpo appare come un'entità autonoma, fuori dalla propria giurisdizione. Potremmo dire, utilizzando una bella espressione di lingua tedesca, che il corpo per questi pazienti diventi "*Unheimlich*". "*Unheimlich*" è il contrario di "*heimlich*" che deriva da "*Heim*", casa, e significa confortevole, tranquillo, fidato, intimo. "*Unheimlich*" assume allora per contrasto il significato di inconsueto, non familiare, estraneo, più specificamente designa qualcosa di familiare ma al tempo stesso di estraneo. Nella lingua italiana il termine è stato tradotto con l'aggettivo sostantivato "perturbante".

Pur essendo ciò che è più proprio, nella malattia il corpo diventa ciò che è più estraneo. Per dirla con Daniel Pennac, il corpo ci «è intimamente estraneo».<sup>19</sup> Viene meno quel sentimento di coincidenza, per cui esso comincia a farsi sentire, gli organi escono dal loro silenzio abituale, giungendo alla presenza. Questo sentimento di estraneità/esternalità del corpo rispetto alle sensazioni che accompagnano un certo sintomo, o un'emozione particolarmente intensa o non riconosciuta in quanto tale, è vissuto in termini di una minaccia e di un pericolo sempre in agguato. Il corpo diventa allora un sorvegliato speciale, un oggetto di monitoraggio e scrutinio (*checking*) continuo. L'iper-focalizzazione<sup>20</sup> sulle sensazioni provenienti dal corpo (stimoli viscerali e/o somatici di natura muscolo-scheletrica o cutanea) e l'anticipazione di malattia

---

<sup>19</sup> Daniel PENNAC, *Journal d'un corps*, Gallimard, Paris 2012, trad. it. di Yasmina Mélaouah, *Storia di un corpo*, Feltrinelli, Milano 2012.

<sup>20</sup> La focalizzazione sugli stati corporei rende gli organi più suscettibili di essere percepiti. Da ciò ne deriva un aumento della paura e quindi, attraverso un circolo vizioso, una modificazione della percezione corporea.

caratteristiche di questi pazienti rappresentano una sorta di strategia di fronteggiamento (*coping*), ovvero un tentativo di riprendere il controllo sull'imprevedibilità di quel sentire, che consiste nel rendere noto l'ignoto, ovvero nel trasformare l'ansia indeterminata in paura determinata (la malattia). La paura, a differenza dell'ansia, è dotata di confini, vede l'oggetto che spaventa (il corpo).<sup>21</sup>

Il corpo da fattore di "utensilità",<sup>22</sup> ovvero condizione di possibilità dello stare al mondo, diviene fattore di "avversità", un ostacolo da superare, un carico ingombrante e fastidioso che tanto ci ricorda il "soma" descritto da Platone e Cartesio.

Nel sintomo funzionale il *Leib*, inteso come fenomeno, evento, luogo in cui un certo sentire prende forma e si attua nell'incontro con il mondo, si contrae nel *Körper*, inteso come ente, struttura, oggetto da monitorare. Nel sintomo il corpo non rimanda ad altro che a se stesso, coarta l'attenzione, stabilisce le priorità ed impone il senso. La quotidianità viene perciò ad essere strutturata attorno al disturbo. Non è raro infatti che questi pazienti trascorrono ore e ore ad ispezionare il proprio corpo, a cercare informazioni online, a consultare i propri medici e a richiedere pareri specialistici.

Il disturbo modifica le coordinate del loro abitare: lo spazio si riduce entro i confini del proprio corpo, di un organo dolorante, o di una funzione immobilizzata, mentre lo scorrere del tempo viene ad essere scandito dai tempi della malattia, i controlli, le visite, l'orario in cui assumere la terapia...

---

<sup>21</sup> Sebbene l'ansia per la salute sia fortemente associata ai disturbi funzionali, influenzando il comportamento di malattia dei pazienti attraverso richieste inadeguate di cure o l'uso eccessivo dei servizi sanitari, questi quadri possono anche manifestarsi singolarmente, in maniera del tutto indipendente fra loro (cfr. Sing LEE, Francis H. CREED, Yee-Ling MA, Candi Mc LEUNG, *Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates*, "Journal of Psychosomatic Research", Jan 78(1), 2015, pp. 71-6.; David M. CLARKE, Leon PITERMAN, Claire J. BYRNE, David W. AUSTIN, *Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice*, "Medical Journal of Australia", Nov 17; 189(10), 2008, pp. 560-4; Thomas A. FERGUS, Lance P. KELLEY, Jackson O. GRIGGS, *The combination of health anxiety and somatic symptoms: a prospective predictor of healthcare usage in primary care*, "Journal of Behavioral Medicine", 42, 2019, pp. 217-223). Ciò vale a dire che non tutti i pazienti con preoccupazioni eccessive per la salute, tradizionalmente noti come "ipocondriaci", presentano sintomi funzionali, e che non tutti i pazienti con sintomi funzionali sono eccessivamente preoccupati per il loro stato di salute. In alcuni casi si può osservare, all'opposto, quella che la letteratura psicoanalitica della prima metà del XX secolo, da Janet, a Charcot e Freud, ha descritto come "*belle indifférence*" per riferirsi ad un'apparente mancanza di preoccupazione mostrata da alcuni pazienti, che nella loro casistica erano perlopiù "isteriche", verso i loro sintomi. Questo atteggiamento appare, tuttavia, un modo attraverso cui questi pazienti negoziano la loro esperienza nell'incontro con l'altro. Il punto che qui ci preme sottolineare è che in tutti i casi l'alterazione corporea, con o senza elaborazione ipocondriaca associata, non è compresa come il significato incarnato di una certa situazione, ma come un accidente meramente fisico.

<sup>22</sup> Jean-Paul SARTRE, *L'Être et le Néant: Essai d'ontologie phénoménologique*, Gallimard, Parigi 1976, trad. it di G. Del Bo, *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 2014.

Per questi pazienti il corpo diventa l'unico ambito della "cura".<sup>23</sup> Esso non è più apertura al mondo e agli altri, ma semplice presenza. Ritirandosi da essi per dimorare in sé, il corpo prende il posto del mondo e degli altri; è «quello che rimane quando gli altri si fanno evanescenti».<sup>24</sup>

Piero Manai, un artista contemporaneo, deceduto in età giovanissima a seguito di una lunga malattia, ci sembra ben rappresentare all'interno della sua produzione artistica proprio questa modificazione dell'abitare, questo arretramento della presenza, dipingendo corpi, che appaiono come dei monoliti, isolati all'interno di uno spazio bianco privo di coordinate.

Anziché essere visti come regressivi, i sintomi funzionali possono avere un valore adattativo, "funzionale". Se da un lato sono l'espressione di un rapporto compromesso col mondo (aspetto disfunzionale), dall'altro rappresentano un compromesso con il mondo (aspetto "funzionale"), un tentativo di integrazione e di mantenimento della coesione e della coerenza di sé. La malattia, scrive Alda Merini, «ha un senso, una dismisura, un passo, anche la malattia è matrice di vita».<sup>25</sup>

Anche l'oscillazione<sup>26</sup> da un sintomo all'altro caratteristica di questi pazienti esprime la ricerca di un baricentro che permetta loro di stare al mondo. Ogni nuovo sintomo rappresenta la perdita del baricentro stesso e al contempo un modo estremo per raggiungerlo.

Ma il sintomo è anche un modo, oltre che di sentirsi e trovarsi, di proporsi al mondo e di negoziare la relazione con gli altri. È al contempo internalizzazione del mondo ed esteriorizzazione di sé.

La ricerca di legittimazione del ruolo di malato, del con-senso a stare male, è una sorta di rivendicazione di identità che passa attraverso il riconoscimento di una diagnosi e la ricerca di una cura, o meglio, di colui che cura.

Come nel caso di Alice James, la più giovane, ma anche la più sventurata, dei fratelli James: William, lo psicologo, ed Henry, il romanziere. La James costruisce tutta la sua

---

<sup>23</sup> Cura intesa come attenzione, sollecitazione, preoccupazione, ma anche, in senso heideggeriano, come essere protesi verso qualcosa, intenzionalità, movimento della vita che il sintomo cristallizza nella ripetizione di sé stesso (cfr. Martin HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, "Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung", VIII, 1927, trad. it. di Pietro Chiodi, *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano 2005, pp. 605-606).

<sup>24</sup> David LE BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris 2000, trad. it. di Beatrice Magni, *Antropologia del corpo e modernità*, Giuffrè Editore, Milano 2007, p. 176.

<sup>25</sup> Alda MERINI, *Ogni mattina il mio stelo vorrebbe levarsi nel vento*, da *La Terra Santa* nella raccolta *Fiore di poesia (1951-1997)*, Einaudi, Milano 2014.

<sup>26</sup> L'osservazione clinica indica che questi sintomi si verificano spesso in concomitanza, o sono sovrapponibili fra loro.

esistenza intorno all'invalidità derivante dalla ricorrenza di sintomi non spiegabili dal punto di vista medico. Dalla lettura dei suoi *Diari*, questo appare come l'unico modo per sottrarsi dal confronto con l'aspettativa e la responsabilità di fare di sé stessa qualcosa di speciale proprio in virtù del cognome che portava. La malattia le si offre, dunque, come una sorta di "exit strategy".<sup>27</sup>

Il sintomo, in quanto comprensione incarnata del rapporto con il mondo, dell'esserci, è il modo attraverso cui il proprio sentirsi viene ad essere riconfigurato in relazione a ciò che si incontra. Il fastidioso acufene che la nostra paziente ci racconta di avvertire ogni mattina al risveglio è il modo attraverso cui rifigura il suo sentirsi sola, la mattina, quando si sveglia, mentre tutti ancora dormono, in relazione a ciò che le si fa incontro: il silenzio, il vuoto della sua casa.

Il "cosa" ci appare è contemporaneo al "come" ci appare, dove il come ci appare corrisponde già all'essere corpo. Il nostro modo di sentirci non è "convertito" nel corpo ma è il corpo stesso, l'acufene! Esso non è però compreso come il *significato* incarnato di una certa situazione, ovvero rispetto alla sua referenza al mondo, ma come *segno* di malessere/malattia proprio del corpo, o di un certo organo, o apparato.

L'essenza del disturbo, dunque, non risiede nella scissione mente-corpo, ma in quella corpo-mondo. Riteniamo che questo modo di intendere ci permetta di superare ogni forma di dualismo tra la mente e il corpo e tra il soggetto e l'oggetto (l'io e il mondo).

#### 4. L'infiammazione del sentire

Abbiamo visto che la caratteristica principale dei pazienti con disturbi funzionali è l'alterazione del modo di sentirsi del e nel proprio corpo in rapporto al mondo e agli altri e che questa alterazione non è compresa rispetto al suo contesto di referenza, ovvero come il significato incarnato di un certo modo di stare al mondo, ma come il segno incontrovertibile di una malattia. Detto altrimenti potremmo definire questa alterazione come un disturbo dell'interocezione.

---

<sup>27</sup> La diagnosi di tumore (al seno) intorno ai 40 anni rappresenta per lei un "dono" ed è ciò che, oltre a conferirle lo status legittimo di malata, la sottrae definitivamente da ogni responsabilità rispetto al progetto (rigettato) di sé. Da una delle pagine più intense del suo diario, scritta il 31 maggio 1891, leggiamo che: «Tutto arriva a colui che sa attendere! Può darsi che le mie aspirazioni fossero stravaganti, ma oggi non posso lamentarmi che non siano brillantemente realizzate. Fin da quando mi sono ammalata, ho desiderato con tutte le mie forze una malattia vera senza curarmi del fatto che questa potesse avere un nome terribilmente convenzionale, ma sono stata sempre risospinta a brancolare da sola sotto il colossale ammasso di sensazioni soggettive che quel compassionevole essere, l'uomo di medicina, non ebbe mai idea migliore che assicurarmi fossero solo colpa mia...» (cfr. Alice JAMES, *The diary of Alice James*, trad. it. di Maria Antonietta Saracino, *Nutrimenti*, Roma 2006, pp. 209-210).

L'interocezione è un termine ombrello utilizzato per indicare l'esperienza soggettiva, attimo per attimo, delle modificazioni, sia di ordine qualitativo che quantitativo, emotivo o fisiologico, dello stato del corpo.<sup>28</sup> Mentre le prime formulazioni erano limitate alla definizione della sola percezione delle sensazioni derivanti dagli organi viscerali,<sup>29</sup> le descrizioni attuali includono la percezione di tutte le informazioni afferenti che originano da qualsiasi luogo e arrivano ovunque all'interno del corpo: dalla pelle e da tutto ciò che è sotto la pelle.<sup>30</sup>

Dal punto di vista neuroanatomico, l'insula<sup>31</sup> è l'area cerebrale in cui avviene la mappatura e l'integrazione di tutte le informazioni provenienti dal/al corpo.<sup>32</sup>

Ma teniamo a mente che con il termine interocezione si è soliti indicare tout court sia la capacità di percepire in maniera accurata tutte le variazioni che avvengono nel corpo (sensibilità interocezione: sentiamo il cuore palpitare), sia la capacità di riferire quel sentirsi al contesto che lo ha generato, in quanto significato incarnato del proprio stare al mondo (consapevolezza interocezione: il cuore palpita perché abbiamo corso le

---

<sup>28</sup> Arthur Dewitt (Bud) Craig, considerato uno dei principali studiosi di questo costrutto, ha definito l'interocezione come la percezione della condizione fisiologica del corpo; un generale "Come ti senti?" (cfr. Arthur Dewitt CRAIG, *How Do You Feel? Interoception: The Sense Of The Physiological Condition of the Body*, "Nature Reviews Neuroscience", Aug 3(8), 2002, pp. 655-66).

<sup>29</sup> Charles Scott SHERRINGTON, *The Integrative Action of the Nervous System*, Cambridge University Press, Cambridge 1906.

<sup>30</sup> Sono da includere nel concetto di interocezione la percezione degli stimoli derivanti dal sistema muscolo-scheletrico (propriocezione che restituisce il senso della posizione del corpo nell'ambiente), la percezione degli stimoli derivanti dal sistema cardiovascolare, respiratorio, gastrointestinale (viscerocezione concernente il senso di equilibrio omeostatico dell'organismo) e la percezione degli stimoli dolorifici, tattili compresi (nocicezione). La percezione invece degli stimoli esogeni, derivanti dall'udito, dalla vista, dal gusto e dal tatto è definita esterocezione. Esse costituiscono le principali modalità con cui percepiamo il nostro corpo.

<sup>31</sup> L'insula è parte integrante di un circuito neurale "interocezione" comprendente le cortecce somatosensoriali e motorie, la corteccia del cingolo anteriore (ACC) e le cortecce prefrontali. È un'area collocata in profondità tra il lobo frontale e quello parietale. È stato dimostrato che danni all'insula riducono la percezione soggettiva del battito cardiaco ritenuta una tra le misure principali della capacità interocezione (cfr. Roberta RONCHI, *Right insular damage decreases heartbeat awareness and alters cardio-visual effects on bodily self-consciousness*, "Neuropsychologia", Apr 70, 2015, pp. 11-20).

<sup>32</sup> Queste afferenze vengono trasmesse dalle fibre afferenti primarie di piccolo calibro, A-delta e C, le quali forniscono informazioni sullo stato fisiologico di tutti i tessuti corporei. Una volta decodificate, vengono inviate alla parte anteriore dell'insula, dopo aver fatto sinapsi a diversi livelli (midollo spinale, lamina I e II, tronco encefalico-regioni omeostatiche, talamo). Segnali interocezione grezzi, come quelli provenienti da modificazioni viscerali e stimoli dolorifici, si proiettano dapprima verso l'insula posteriore e si integrano progressivamente con informazioni ambientali emotivamente salienti o contestuali, motivazionali ed edoniche man mano che progrediscono verso l'insula anteriore (cfr. Giandomenico D'ALESSANDRO, Francesco CERRITELLI, Pietro CORTELLI, *Sensitization and Interoception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines*, "Frontiers in Neuroscience", 10 March, 2016).

scale per non arrivare tardi ad un appuntamento, o perché ci siamo impauriti nell'evitare una macchina che stava per investirci, o perché ci siamo emozionati guardandoci negli occhi).

L'interocezione è quell'esperienza di autorivelazione che si compie nell'azione e nell'interazione con il mondo. Essa corrisponde ad un intimo sentir-si, provar-si, che per questi pazienti equivale a un soffrir-si, ad un patir-si. Con le parole di Martin Heidegger, potremmo ancora definire l'interocezione come una forma di "autosentimento situazionale"<sup>33</sup> dove chi sente, e il cosa e il come è sentito accadono contemporaneamente. Il cosa ci appare, ovvero il mondo, è contemporaneo al come ci appare, dove il come ci appare corrisponde già all'essere corpo. Le modificazioni corporee sono infatti strutturalmente implicate nel significato e quindi originariamente costitutive della comprensione di sé.

Il come la nostra paziente (il chi) si sentiva (sola), rispetto a un mondo (il cosa) che le appariva come minaccioso, corrispondeva già all'acufene (il corpo) in relazione al silenzio della propria casa vuota (la situazione). Il sintomo funzionale ci rivela tanto il soggetto senziente, quanto il mondo sentito.

La ricerca sull'interocezione sottolinea l'esistenza di significative differenze individuali nella capacità interocettiva.<sup>34</sup> L'aumentata sensibilità interocettiva caratteristica dei pazienti con disturbi funzionali rende il corpo più suscettibile di essere percepito, per cui anche variazioni transitorie (dolori muscolari o la percezione dei movimenti peristaltici), o alterazioni che accompagnano le emozioni,<sup>35</sup> possono suscitare una condizione di allarme, che porta ad un aumento dell'attenzione sul corpo (amplificazione somatosensoriale) da cui si genera quel pensiero catastrofico (anticipazione di malattia) mediante cui riconfigurare l'esperienza in corso in termini di malattia.

L'alterazione (acuta e cronica) delle informazioni interocettive conduce a "stati di sensitizzazione".

---

<sup>33</sup> HEIDEGGER, *Essere e Tempo*, p. 168.

<sup>34</sup> Non è ancora chiaro fino a che punto la percezione interocettiva dei segnali provenienti dai diversi sistemi corporei convergano in una capacità interocettiva generale, o se vi siano differenze individuali tra le diverse modalità.

<sup>35</sup> In questi pazienti l'attivazione emotiva corrisponde alla percezione dell'attivazione fisiologica del corpo questo perché la dimensione emotiva è connessa alla percezione dei propri stati corporei. Di conseguenza questi pazienti più si sentono (in termini interocettivi) più si emozionano e viceversa più si emozionano e più si sentono. Esiste cioè una correlazione tra la sensibilità interocettiva e l'intensità emotiva (Stefan WIENS, Elizabeth S. MEZZACAPPA, Edward S. KATKIN, *Heartbeat detection and the experience of emotions*, "Cognition and Emotion", 14 (3), 2000, pp. 417-427).

La sensitizzazione è generata e mantenuta da processi immuno-infiammatori che sensibilizzano i neuroni coinvolti nella percezione (a livello dei tessuti), nella segnalazione (attraverso il midollo spinale) e nella rappresentazione del dolore (nel cervello, come mappe del dolore).<sup>36</sup>

A livello clinico essa si esprime attraverso una maggiore sensibilità agli stimoli dolorosi (iperalgisia) e/o una percezione dolorosa di stimoli non nocivi, come un leggero contatto con la pelle (allodinia), o l'espansione del lume intestinale durante la normale digestione, o la defecazione (sensibilità viscerale). Essa svolge un ruolo centrale nella genesi e nella persistenza dei sintomi funzionali.<sup>37</sup>

Microprocessi infiammatori avvengono costantemente nel nostro organismo, sollecitati dalle continue modificazioni del nostro stare al mondo. Essi sono regolati non solo dalla presenza di “antigeni” (per antigene si intende qualsiasi sostanza estranea all'organismo, che non è riconoscibile come propria, cioè appartenente al “self”, quali virus, batteri, sostanze alimentari), ma sono controllati anche da stati emozionali, quelli particolarmente intensi, o non riconosciuti come tali, che si avvertono come estranei, invadenti, invece che appartenenti a sé.

Prove crescenti collegano le emozioni all'infiammazione sistemica: fare esperienza di un'emozione negativa è associato ad un aumento dei livelli di citochine pro-infiammatorie.<sup>38</sup> La loro produzione viene, infatti, ad essere sovra-regolata durante l'esposizione ad eventi di natura stressante, determinando una condizione di infiammazione.<sup>39</sup> Ripetuti episodi di attivazione infiammatoria indotta da stati emozionali negativi possono determinare uno stato di iper-vigilanza da parte del sistema immunitario. Questa condizione, definita infiammazione di basso grado (*low grade inflammation*), comporta un moderato ma continuo livello di attivazione del sistema immunitario che protratto nel tempo segna il passaggio da una modalità riparativa ad una risposta difensiva “maladattiva”.

---

<sup>36</sup> Il processo di sensitizzazione che avviene nei tessuti è chiamato sensibilizzazione periferica e viscerale, mentre quello che avviene nel midollo spinale e nel cervello, sensibilizzazione centrale o neuro-infiammazione.

<sup>37</sup> Carine DEN BOER, Linne DRIES, Berend TERLUIN, Johannes C. VAN DER WOUDE, Annette H. BLANKENSTEIN, C. Paul VAN WILGEN, Peter LUCASSEN, Henriëtte E. VAN DER HORST, *Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments*, “Journal of Psychosomatic Research”, Feb 117, 2019, pp. 32-40.

<sup>38</sup> Le citochine sono una classe di molecole prodotte da diversi tipi di cellule, immunitarie e non, in risposta a stimoli di diversa natura.

<sup>39</sup> C. A. FEGHALI, T. M. WRIGHT, *Cytokines in acute and chronic inflammation*, “Frontiers in Bioscience”, 2, January 1, 1997, pp. 12-26.

Un corpus crescente di prove documenta che i pazienti con sintomi funzionali presentano livelli aumentati di marcatori infiammatori rispetto ai controlli sani.<sup>40</sup> È interessante notare che la tendenza a catastrofizzare, che abbiamo visto essere un modo attraverso cui questi pazienti tentano di riconfigurare l'esperienza associata alle percezioni corporee in corso, risulta positivamente correlata ai livelli di interleuchina-6 che sappiamo essere uno dei principali mediatori (citochine) della risposta infiammatoria.<sup>41</sup> Questi aspetti ci suggeriscono che a livello molecolare sembrano non esistere distinzioni fra la mente e il corpo, poiché le citochine si mobilitano sia quando abbiamo il mal di pancia, sia quando abbiamo paura, esse cioè sono sensibili e rispondono al mondo, ma soprattutto ci offrono un nuovo accesso attraverso cui ricomprendere l'originaria coappartenenza della mente e del corpo.

## 5. Conclusioni

Tutto ciò che per comodità abbiamo indicato come mente e corpo in realtà si è rivelato un unicum che emerge dal e nell'incontro con il mondo. Lo stato di salute, o di malattia, è l'espressione di questo unicum. È partendo da questa prospettiva che ci è stato possibile ripensare i disturbi funzionali, non già come la risultante di processi che avvengono “*in interiore homine*”, ma come fenomeni emergenti dal rapporto con il mondo, non l'effetto di una causa, ma in quanto modificazione della significatività di questo rapporto. Abbiamo perciò sostenuto che l'essenza del disturbo non è concepibile nei termini imposti dalla tradizione del pensiero occidentale come scissione mente-corpo, ma muovendo da una rivalutazione della corporeità e da una prospettiva di sintesi che tenga presente l'unità del vivente nel suo rapporto dinamico con l'ambiente, essa si configura in termini di scissione corpo-mondo. Potremmo dire che questa “scissione” è quella che sul piano del vissuto esperienziale si manifesta in quanto alterazione della consapevolezza del significato incarnato del proprio stare al mondo e nella relazione con gli altri (qui definito disturbo dell'interocezione).

---

<sup>40</sup> Si vedano ad esempio la meta analisi di Luke FURTADO O'MAHONY, Arnav SRIVASTAVA, Puja MEHTA, Coziana CIURTIN, *Is fibromyalgia associated with a unique cytokine profile?*, “Rheumatology”, 12 February, 2021 o lo studio di Antigony MITSELOU, Vasileios GRAMMENIATIS, Anna VAROUKTSI, Stamatis S. PAPADATOS, Konstantinos KATSANOS, Vasiliki GALANI, *Proinflammatory cytokines in irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease*, “Intestinal Research”, Jan 18(1), 2020, pp. 115–120.

<sup>41</sup> Robert R. EDWARDS, Tarek KRONFLI, Jennifer A. HAYTHORNTHWAITE, Michael T. SMITH, Lynannec MCGUIRE, Gayle G. PAGE, *Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain*, “Pain”, 140 (1), November 15, 2008, pp. 135-144.



L'esempio clinico riportato nel primo paragrafo diventa allora "spiegabile", o più propriamente "comprensibile", nel momento in cui ci spostiamo dal piano della semeiotica medica a quello dell'esperienza. Parafrasando Paul Churchland,<sup>42</sup> essere oggetto di scienza o di esperienza non dipende da una proprietà dell'oggetto, ma dal modo in cui esso viene conosciuto. Si tratterà allora di dare conto dell'esperienza dal punto di vista di chi la fa e rispetto alle circostanze in cui essa ha preso forma, mediante un'operazione di messa tra parentesi del mondo categoriale di pensiero e di linguaggio del clinico.

I sintomi lamentati dalla paziente diventano la traccia di un modo di stare al mondo e di adattarsi ad esso secondo diversi livelli di funzionalità (disfunzione in termini di ipofunzione o iperfunzione). Alla stregua di un testo letterario, il "testo" del corpo diventa comprensibile alla luce del contesto di emergenza: le condizioni f-attuali e la situazione storica di vita che hanno preceduto l'esordio dei sintomi, ma anche il contesto di tendenze ed aspettative che la maschera dei sintomi nasconde ma al contempo rivela.

Abbiamo visto anche che è in relazione a certi modi di sentirsi che si sviluppa la sensitizzazione di un organo al mondo, questo perché il corpo non è rappresentazione "di" ma, alla maniera in cui lo intendeva Omero, è attualizzazione dell'esperienza di vivere. Esso conserva le tracce di ogni nostro habitus, ed ogni habitus plasma, si incarna e si conserva nel corpo.

La sensitizzazione è promossa e sostenuta da processi immuno-infiammatori. Numerosi studi<sup>43</sup> dimostrano che il modo in cui siamo coinvolti nel mondo e con gli altri, è strettamente correlato alla risposta immunitaria inducendo, ad esempio, modificazioni a livello cellulare nei geni di trascrizione pro-infiammatoria.<sup>44</sup>

In questo senso capiamo allora come le nostre esperienze possano radicarsi biologicamente, "incarnarsi" di volta in volta nell'incontro con il mondo e con gli altri, rimodellando i fenotipi e la suscettibilità alle malattie.

---

<sup>42</sup> Paul CHURCHLAND, *Eliminative Materialism and the Propositional Attitudes*, "The Journal of Philosophy", 78, 2, 1981, pp. 67-90.

<sup>43</sup> Diversi studi dimostrano che livelli più elevati di citochine pro-infiammatorie circolanti nel sangue sono associati a emozioni negative, ma non a quelle positive (cfr. D. C. SLAVISH, D. R. JONES, J. M. SMYTH, C. G. ENGELAND, S. SONG, N. M. MCCORMICK, J. E. GRAHAM-ENGELAND, *Positive and Negative Affect and Salivary Markers of Inflammation Among Young Adults*, "International Journal of Behavioral Medicine", Jun, 27(3), 2020, pp. 282-293.

<sup>44</sup> Così come le emozioni partecipano alla regolazione dell'infiammazione sistemica, le citochine pro-infiammatorie durante l'infezione possono, a loro volta, controllare lo stato emotivo, inducendo una cascata di risposte che "motivano", a scopo protettivo, un comportamento di malattia ("*sickness behavior*"), caratterizzato da affaticamento, perdita di appetito, anedonia, disturbi del sonno e perdita di interesse sessuale, tutti sintomi in parte sovrapponibili a quelli depressivi.

Questi aspetti hanno profonde implicazioni per la comprensione e il trattamento di questi disturbi. Questo diverso modo di intendere ci permette, infatti, di ripensare sia l'origine e il significato degli stessi, sia il sistema di cure, poiché supera l'impasse epistemologico della visione dualistica mente-corpo, in vista di un modello di diagnosi e intervento di tipo "comprensivo", che superi i riduzionismi e gli specialismi, operando una sistematica "*liaison consultation*" tra i professionisti di area medica e psicologica. Un cambiamento prospettico richiede, infatti, che questa integrazione vada ricercata, non solo nella persona che soffre, ma anche tra coloro che curano e assistono.

### **Nota bibliografica**

ARISTOTELE, *De Anima*, a cura di G. Moravia, *L'anima. Testo greco a fronte*, Bompiani, Firenze 2001.

Fritjof CAPRA, Pier Luigi LUISI, *Vita e Natura*, Aboca Edizioni, Bologna 2020.

Paul CHURCHLAND, *Eliminative Materialism and the Propositional Attitudes*, "The Journal of Philosophy", 78, 2, 1981, pp. 67-90.

David M. CLARKE, Leon PITERMAN, Claire J. BYRNE, David W. AUSTIN, *Somatic symptoms, hypochondriasis and psychological distress: a study of somatisation in Australian general practice*, "Medical Journal of Australia", Nov 17, 189(10), 2008, pp. 560-4.

Arthur DEWITT CRAIG, *How Do You Feel? Interoception: The Sense Of The Physiological Condition of the Body*, "Nature Reviews Neuroscience", Aug 3(8), 2002, pp. 655-66.

Giandomenico D'ALESSANDRO, Francesco CERRITELLI, Pietro CORTELLI, *Sensitization and Interoception as Key Neurological Concepts in Osteopathy and Other Manual Medicines*, "Frontiers in Neuroscience", 10 March, 2016.

Carine DEN BOER, Linne DRIES, Berend TERLUIN, Johannes C. VAN DER WOUDE, Annette H. BLANKENSTEIN, C. Paul VAN WILGEN, Peter LUCASSEN, Henriëtte E. VAN DER HORST, *Central sensitization in chronic pain and medically unexplained symptom research: A systematic review of definitions, operationalizations and measurement instruments*, "Journal of Psychosomatic Research", Feb 117, 2019, pp. 32-40.

Robert R. EDWARDS, Tarek KRONFLI, Jennifer A. HAYTHORNTHWAITE, Michael T. SMITH, Lynannec MCGUIRE, Gayle G. PAGE, *Association of catastrophizing with interleukin-6 responses to acute pain*, "Pain", 140 (1), November 15, 2008, pp. 135-144.

- C. A. FEGHALI, T. M. WRIGHT, *Cytokines in acute and chronic inflammation*, “Frontiers in Bioscience”, 2, January 1, 1997, pp. 12-26.
- Thomas A. FERGUS, Lance P. KELLEY, Jackson O. Griggs, *The combination of health anxiety and somatic symptoms: a prospective predictor of healthcare usage in primary care*, “Journal of Behavioral Medicine”, 42, 2019, pp. 217–223
- Luke Furtado O’MAHONY, Arnav SRIVASTAVA, Puja MEHTA, Coziana CIURTIN, *Is fibromyalgia associated with a unique cytokine profile?*, “Rheumatology”, 12 February, 2021.
- Umberto GALIMBERTI, *Psichiatria e Fenomenologia*, Feltrinelli, Milano 1979.
- Martin HEIDEGGER, *Sein und Zeit*, “Jahrbuch für Philosophie und phänomenologische Forschung”, VIII, 1927, trad. it. di Pietro Chiodi, *Essere e Tempo*, Longanesi, Milano 2005.
- Alice JAMES, *The diary of Alice James*, trad. it. di Maria Antonietta Saracino, *Nutrimenti*, Roma 2006.
- Kasia KOZLOWSKA, Stephen SCHER, Helene HELGELAND, *Functional Somatic Symptoms in Children and Adolescents*, Springer Nature Switzerland, Cham 2020.
- David LE BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, Presses Universitaires de France, Paris 2000, trad. it. di Beatrice Magni, *Antropologia del corpo e modernità*, Giuffrè Editore, Milano 2007.
- Sing LEE, Francis H. CREED, Yee-Ling MA, Candi Mc LEUNG, *Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates*, “Journal of Psychosomatic Research”, Jan 78(1), 2015, pp. 71-6.
- Gabriel MARCEL, *Journal methaphysique. Etre et avoir. Presence et immortalite*, trad. it. di Franca Spirito, *Giornale metafisico*, Abete, Roma 1980.
- Kelly MCGORM, Christopher BURTON, David WELLER, Gordon MURRAY, Michael SHARPE, *Patients repeatedly referred to secondary care with symptoms unexplained by organic disease: prevalence, characteristics and referral pattern*, “Family Practice”, 27 (5), 2010, pp. 479–86.
- Alda MERINI, *L'altra verità. Diario di una diversa*, BUR, Milano 2013.
- Alda MERINI, *Fiore di poesia (1951-1997)*, Einaudi, Milano 2014.

- Maurice MERLEAU-PONTY, *La structure du comportement*, PUF, Paris 1943, trad. it. di Guido Neri, *La struttura del comportamento*, Bompiani, Milano 1963.
- Antigony MITSELOU, Vasileios GRAMMENIATIS, Anna VAROUKTSI, Stamatis S. PAPADATOS, Konstantinos KATSANOS, Vasiliki GALANI, *Proinflammatory cytokines in irritable bowel syndrome: a comparison with inflammatory bowel disease*, “Intestinal Research”, Jan 18(1), 2020, pp. 115–120.
- Daniel PENNAC, *Journal d'un corps*, Gallimard, Paris 2012, trad. it. di Yasmina Mélaouah, *Storia di un corpo*, Feltrinelli, Milano 2012.
- Sebastiano PINTO, *Il corpo in preghiera nei salmi*, Edizioni Dehoniane, Bologna 2018.
- PLATONE, *Fedone*, a cura di Giovanni Reale, Rusconi, Milano 1997.
- Piero PORCELLI, *I disturbi di somatizzazione nel dsm-5*, “Psicoterapia e Scienze Umane”, XLVIII, 3, 2014, pp. 431-452.
- Giovanni REALE, *Corpo, anima e salute. Il concetto di uomo da Omero a Platone*, Cortina, Milano 1999.
- Roberta RONCHI, *Right insular damage decreases heartbeat awareness and alters cardio-visual effects on bodily self-consciousness*, “Neuropsychologia”, Apr 70, 2015, pp. 11-20.
- Jean-Paul SARTRE, *L'Être et le Néant: Essai d'ontologie phénoménologique*, Gallimard, Parigi 1976, trad. it. di G. Del Bo, *L'essere e il nulla*, Il Saggiatore, Milano, 2014.
- Max SCHELER, *Die Stellung des Menschen im Kosmos*, trad. it. di Guido Cusinato, *La posizione dell'uomo nel cosmo. Traduzione dall'edizione originale del 1928*, Franco Angeli, Milano 2004
- Charles SCOTT SHERRINGTON, *The Integrative Action of the Nervous System*, Cambridge University Press, Cambridge 1906.
- D. C. SLAVISH, D. R. JONES, J. M. SMYTH, C. G. ENGELAND, S. SONG, N. M. MCCORMICK, J. E. GRAHAM-ENGELAND, *Positive and Negative Affect and Salivary Markers of Inflammation Among Young Adults*, “International Journal of Behavioral Medicine”, Jun, 27(3), 2020, pp. 282-293.
- Thomas SZAZ, *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*, Harper & Row, New York; Syracuse University Press,

Syracuse (NY) 1997, trad. it. Camillo Pennati, *I manipolatori della pazzia: studio comparato dell'Inquisizione e del movimento per la salute mentale in America*, Feltrinelli, Milano 1972.

Stefan WIENS, Elizabeth S. MEZZACAPPA, Edward S. KATKIN, *Heartbeat detection and the experience of emotions*, “Cognition and Emotion”, 14 (3), 2000, pp. 417-427.