

rivista della società italiana di psico - neuro - endocrino - immunologia diretta da Francesco Bottaccioli

PNEI NEWS

I NUOVI SAPERI DELLA SCIENZA E DELLA SALUTE

**A 60 anni dalla morte
Franz Alexander
La PNEI prima della PNEI**



Rivista bimestrale - n. 1 - anno XVIII - Gennaio Febbraio 2024

SOMMARIO

PNEINEWS - n. 1 Anno 2024

www.sipnei.it

MEDICINA PSICOSOMATICA

3 A 60 ANNI DALLA MORTE

FRANZ ALEXANDER, ANTESIGNANO DELLA PSICONEUROENDOCRINOIMMUNOLOGIA

Francesco Bottaccioli & Anna Giulia Bottaccioli

Sessanta anni fa, l'8 marzo 1964, concludeva la sua vita Franz Alexander, fondatore della "medicina psicosomatica". In un classico testo di storia delle prime fasi della psicoanalisi, a cura di Alexander, Eisenstein & Grotjahn (1966), Franz Alexander, inserito a buon diritto tra i pionieri della nuova disciplina, viene presentato come «uno scienziato della nostra epoca, un'epoca di transizione e di grandi mutamenti». Un giudizio che, a distanza di più di mezzo secolo, ci pare molto pertinente anche per l'epoca attuale.

LOMBALGIA CRONICA: LE LINEE GUIDA DELL'OMS

12 IL PARADIGMA BIOPSIOSOCIALE (BPS)

AL CENTRO DELL'INTERVENTO TERAPEUTICO

Nicola Barsotti, Diego Lanaro, Marco Chiera

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato di recente, per la prima volta, le linee guida per la gestione della lombalgia cronica primaria (primary low back pain - PLBP), elencando gli interventi benefici, inefficaci e nocivi.

CIBO E PSICHE

16 IL DISTURBO EVITANTE/RESTRITTIVO DELL'ASSUNZIONE DI CIBO (ARFID) NON È UN CAPRICCIO.

Rossana Terni, Stefania Carbonella

La caratteristica diagnostica principale dell'ARFID è l'evitamento o la restrizione nell'assunzione di cibo. A differenza degli altri disturbi alimentari, i soggetti con ARFID non presentano un disturbo dell'immagine corporea o il desiderio di perdere peso, ma ansia e angoscia legati al mangiare o verso specifici alimenti. Tali comportamenti restrittivi spesso sono comunemente descritti come "alimentazione selettiva" o fobie alimentari.

20 "NON È COLPA MIA": L'EPIGENETICA DEI DISTURBI ALIMENTARI

Gloria Trapletti

I disturbi dell'alimentazione (DA) sono una patologia grave e potenzialmente letale che può interessare l'individuo durante tutto l'arco della vita. Dagli studi più recenti è emerso che molto spesso tali disturbi sono associati a modificazioni epigenetiche.



PNEINEWS. Rivista bimestrale della Società Italiana di Psiconeuroendocrinologia.

Direttore Responsabile

Francesco Bottaccioli - bottac.fra@gmail.com

Hanno collaborato a questo numero

Nicola Barsotti, Anna Giulia Bottaccioli, Francesco Bottaccioli, Stefania Carbonella, Marco Chiera, Diego Lanaro, Rossana Terni, Gloria Trapletti

Illustrazione di copertina

Margherita Allegri

Impaginazione e grafica

Argento e China | www.argentoechina.it

Registrazione

Autorizzazione del Tribunale Bologna n° 8038 del 11/02/2010

Redazione

Via Trionfale 65, 00195 - Roma

ABBONAMENTO E INFORMAZIONI

Il costo dell'abbonamento per ricevere 6 numeri di PNEINEWS è di 35 euro, in formato elettronico (Pdf) 25 euro. Per i soci SIPNEI l'abbonamento in formato elettronico è compreso nella quota annuale. L'abbonamento cartaceo per i soci SIPNEI è scontato a 30 euro. Il versamento va eseguito a favore di SIPNEI Intesa San Paolo Ag. 16 viale Parioli 16/E IBAN: IT 90 B 03069 05077 10000000203 specificando la causale.

Per informazioni: segreteria.sipnei@gmail.com

Per le modalità di abbonamento visita www.sipnei.it

Franz Alexander, antesignano della Psiconeuroendocrinoimmunologia¹

Francesco Bottaccioli & Anna Giulia Bottaccioli - Direttivo nazionale SIPNEI

Sessanta anni fa, l'8 marzo 1964, concludeva la sua vita Franz Alexander, fondatore della "medicina psicosomatica". In un classico testo di storia delle prime fasi della psicoanalisi, a cura di Alexander, Eisenstein & Grotjahn (1966)², Franz Alexander, inserito a buon diritto tra i pionieri della nuova disciplina, viene presentato come «uno scienziato della nostra epoca, un'epoca di transizione e di grandi mutamenti» (Grotjahn, 1971, p. 321). Un giudizio che, a distanza di più di mezzo secolo, ci pare molto pertinente anche per l'epoca attuale.

Gli interessi e i contributi che questo medico – nato a Budapest nel 1891, in una famiglia dove ha respirato filosofia dal padre Bernard, professore universitario della disciplina, che, tra l'altro, mise in mano al giovane Franz *L'interpretazione dei sogni di Freud* (1899) – hanno spaziato dalla psicoanalisi, che praticò per tutta la vita, allo studio e all'applicazione dei risultati dei grandi sommovimenti scientifici degli anni 1930-40: la scienza dello stress, la neuroendocrinologia, la fisica quantistica. Anche l'impegno lavorativo ha seguito il filo rosso del suo programma di ricerca e di cambiamento delle scienze della cura, passando da un ruolo attivo, in costante contatto con Freud, nel neonato Istituto di Psicoanalisi di Berlino, fino allo sbarco in America, nel 1930, dove, dopo aver occupato la prima cattedra di psicoanalisi all'Università di Chicago, dette vita all'Istituto di Psicoanalisi di Chicago: una fucina di idee, da cui sorgerà nel 1939, con il contributo di Flanders Dunbar, la rivista *Psychosomatic Medicine*, tutt'ora attiva nella ricerca sperimentale e clinica nell'ambito delle relazioni tra psichiatria, psicologia e medicina clinica.

La fase di Chicago è quella della sistemazione dei principi della medicina psicosomatica che culminò in un testo di sintesi pubblicato nel 1950, *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. Come vedremo tra poco, le idee che Alexander presenta in questo testo sono, a parer nostro, di assoluta attualità e concordano in pieno con l'approccio che abbiamo sviluppato (Bottaccioli, 1995; Bottaccioli & Bottaccioli, 2017, 2022, 2023). Tuttavia, prima di analizzare questi aspetti, pare opportuno segnalare che Alexander è stato anche un innovatore nella teoria psicoanalitica e nella sua applicazione alla cura.

Nel 1955 lascia Chicago trasferendosi per un anno al *Cen-*

ter for Advanced Studies in the Behavioral Science a Palo Alto in California, sostenuto dalla *Ford Foundation*, dove, in un contesto lavorativo caratterizzato dalla presenza di fisici, matematici e filosofi, ha la possibilità di approfondire la sua visione interdisciplinare. Ricordiamo, per inciso, che, nel clima interdisciplinare di Palo Alto alla fine degli anni 1950 prenderà forma l'approccio sistemico relazionale. Nel 1956, Alexander ha la possibilità di realizzare un'ampia sperimentazione clinica in un centro di eccellenza, nel nuovo Dipartimento di ricerche psichiatriche presso il *Mount Sinai Hospital* di Los Angeles, di cui assume la direzione. È da questa esperienza che vengono ripresi e precisati concetti sulla teoria e sulla tecnica psicoanalitica elaborati nella fase di Chicago. A Freud riconosce il grande merito di aver aperto l'era dello studio della psiche umana in modo non meccanicista, a differenza della psicologia sperimentale tedesca di fine Ottocento, e di aver messo al centro il ruolo dell'inconscio. Tuttavia, su vari punti cruciali Alexander si discosta nettamente dal fondatore: sul ruolo dei conflitti e dei traumi infantili,

1. L'articolo è la versione ridotta di un più ampio lavoro di prossima pubblicazione

2. Alexander partecipa attivamente al progetto del libro fino alla sua morte, avvenuta l'8 marzo del 1964. Gli altri due curatori nel licenziare l'opera nell'ottobre del 1965, scrivono: «Per più di quattro anni i tre autori hanno lavorato insieme e il ricordo di quelle riunioni è indimenticabile. Questo libro stava particolarmente a cuore ad Alexander perché gli piaceva andare ai ricordi che spaziavano dai giorni pionieristici di Berlino – attraverso il periodo di Chicago – a quelli conclusivi di Los Angeles. Alexander fu un pioniere per tutta la sua vita e come tale lo vogliamo ricordare» (p. 3).

di cui riconosce l'importanza ma che sostiene vada integrata dall'esame dell'influenza del contesto sociale e delle ideologie fondamentali, tra cui la religione; sul ruolo del terapeuta, che non è spettatore passivo bensì attivo, e il cui obiettivo non è quello di sollecitare una comprensione puramente cognitiva delle origini del disturbo, bensì quello di correggerne le basi, che hanno profonde radici emozionali, tramite la sperimentazione, in analisi, di una "esperienza emotiva correttiva" (Alexander, 1946); infine sul posto della psicoanalisi tra le scienze della psiche e sulla sua missione.

Alexander non aveva una visione totalizzante della psicoanalisi: questa non era l'unica fonte cui attingere per conoscere le dinamiche della psiche e della natura umana. Non a caso, dopo aver dedicato il terzo capitolo di *Psychosomatic Medicine* all'"Influenza della psicoanalisi sullo sviluppo della Medicina", il lettore, nel quarto capitolo, viene invitato a riflettere su "I contributi della Gestalt, della neurologia e della endocrinologia". Quindi, lo strumento della psicoanalisi è parte di un più vasto complesso di risorse che provengono dalla psicologia, come la Gestalt, e dalla fisiopatologia, come la neurologia e l'endocrinologia.

Anche sulla missione della psicoanalisi, Alexander è chiaro: serve alla conoscenza della natura umana e, al tempo stesso, alla cura. Ancor oggi gli psicoanalisti discutono tra di loro che cosa sia la psicoanalisi, come ci si possa definire psicoanalisti e quale sia la differenza tra psicoanalisi e psicoterapia: un dibattito che Migone (1991, 2011) definisce alquanto confuso con effetti imbarazzanti sulla stessa identità della psicoanalisi. La soluzione più semplice, che è diventata sempre più dominante, appare quella di affermare l'esistenza di molte psicoanalisi e diverse teorie che ad essa si richiamano, che volta a volta possono servire alla terapia di questo o di quel paziente. Un approccio liberale e antidogmatico che indubbiamente ha cambiato il tradizionale rigido volto della psicoanalisi, con effetti salutari per tutta la psicologia, ma che espone le nuove generazioni di psicoanalisti al rischio di «trovarsi di fronte a un buffet sterminato [di proposte], con troppe cose anche buone, ma impossibile da assaggiare tutte» (Bolognini & Nicoli, 2022, p. 206). Una babele che viene continuamente alimentata, soprattutto in questi anni, da proposte, provenienti da diversi ambiti della psicologia, sempre più specialistiche e settoriali, che disorienta il terapeuta. La proposta di Alexander traccia un orientamento sicuro poiché fuoriesce dalla babele cambiando il quadro di riferimento.

Vedere e curare l'essere umano intero: ecco come, secondo Alexander

L'incipit dell'articolo di apertura del primo numero della rivista *Psychosomatic Medicine*, del gennaio 1939, scritto da Alexander, così recita: «Ancora una volta, il paziente, come essere umano con le sue preoccupazioni, paure, speranze, disperazioni, come un individuo intero e non mero portatore di organi – di un fegato o di uno stomaco malati – sta diventando il legittimo oggetto dell'interesse medico» (p. 7). E nel libro omonimo aggiunge: «Negli ultimi due decenni si registra una crescita dell'interesse sul ruolo causale dei fattori emotivi nelle malattie» (Alexander, 1950, p. 17). E prosegue: «Dal punto di vista storico, questo interesse psicologico non è altro che un *revival* di punti di vista prescientifici in una nuova forma scientifica. La cura della sofferenza umana non è stata sempre divisa tra il prete e il medico. Una volta, le funzioni di cura, mentale e fisica, erano unite nella stessa mano» (p. 17). Una visione di storia della cura e della medicina su cui anche noi abbiamo a lungo riflettuto (Bottaccioli, 2020). Ma come si fa a dare una forma nuova e scientifica all'antico approccio olistico alla cura?

In primo luogo, sulla base degli studi, a lui contemporanei, di Hans Selye (anch'egli un ungherese in America) sullo stress e di altri neuroendocrinologi, affermando che c'è una evidenza di interrelazione reciproca tra mente e corpo, interrelazione che ha come mediatori il sistema nervoso, centrale e vegetativo, e gli ormoni. Quindi la neurofisiologia e la psicologia, afferma Alexander, sono due modi di approcciarsi allo studio dello stesso oggetto: l'essere umano, che può essere studiato nelle sue due facce, la fisiologica e la psicologica, facce che tuttavia possono essere efficacemente indagate solo se si vede l'intero e cioè le loro relazioni reciproche. Conseguentemente, la critica di Alexander riguarda sia la medicina che ignora la componente psicologica della fisiologia e della patologia, sia quelle psicologie che vedono solo la dimensione psichica o solo quella corporea. Notiamo che questo approccio era anche tipico della Gestalt che criticava apertamente ciò che Fritz Perls (1977) definiva «l'aut-aut mentale/fisico, con la maggior parte delle scuole [di psicoterapia] che si occupa dei fattori mentali mentre i reichiani trattano quelli fisici» (p. 56). Franz Alexander però prova a tradurre in concreto la critica proponendo una soluzione all'aut-aut.

Cos'è la medicina psicosomatica?

La medicina psicosomatica è il modello. Ma che cos'è la medicina psicosomatica? Da alcuni decenni, il suo significato è ristretto allo studio di sintomatologie che non hanno cause identificabili, che possono essere genericamente riferite a condizioni di stress e di sofferenza psichica. La psicosomatica si occuperebbe quindi dei cosiddetti “disturbi somatoformi” classificati dal DSM-III, più recentemente definiti *Somatic Symptom Disorders* (Disturbi da sintomi somatici) dal DSM-5 (American Psychiatric Association, 1980, 2013), oppure ancora si occuperebbe di aspetti di personalità e comportamentali che fanno di un paziente, indipendentemente dal suo disturbo, un “paziente psicosomatico” (Porcelli & Rafanelli, 2010).

Per Franz Alexander e il suo gruppo, la medicina psicosomatica è ben altro. Già nel documento fondativo della rivista *Psychosomatic Medicine* si legge: «La medicina psicosomatica non è equivalente a ciò che è conosciuto con il termine di psichiatria. (...) Il principale interesse della psichiatria è la mente malata. La medicina psicosomatica copre un campo differente e più ampio. Il suo oggetto è lo studio delle interrelazioni tra gli aspetti psicologici e fisiologici di tutte le normali funzioni del corpo, e quindi integra psicoterapia e terapia somatica» (Introductory Statement, 1939, p. 3).

Il termine psicosomatico quindi, scrive Alexander (1950, pp. 50 sgg.), dovrebbe indicare solo “un metodo” di approccio nella ricerca e nella terapia poiché il suo obiettivo è lo studio del funzionamento dell'organismo umano nella sua interezza in salute e in malattia. In questo senso la medicina psicosomatica non è una nuova branca della medicina.

Non vi sono pertanto malattie psicosomatiche, poiché le radici e le manifestazioni di tutte le malattie riguardano entrambe le dimensioni dell'essere umano, la biologica e la psicologica. Al riguardo, Alexander fa alcuni esempi: la tubercolosi e l'ulcera peptica. È fuori dubbio che la tubercolosi derivi da un agente infettivo ben identificato, tuttavia scrive: «La resistenza dell'organismo all'agente infettivo deriva dall'immunità specifica e non specifica, un complesso fenomeno che può dipendere anche da fattori emozionali» (ivi, p. 51). Noi oggi sappiamo che effettivamente è così, abbiamo prove molecolari che uno stato mentale negativo deprime il circuito immunitario che protegge dalle infezioni virali, come è accaduto anche in

occasione della recente pandemia COVID-19 (Bottaccioli & Bottaccioli, 2021). Analogamente, l'ulcera peptica non necessariamente è la conseguenza di stati emozionali negativi. Ci deve essere dell'altro, perché non tutti coloro che soffrono a livello psichico hanno l'ulcera peptica. Oggi sappiamo che interviene anche un fattore microbico, l'*Helicobacter pylori*, un batterio gram-negativo, ben adattato all'ambiente acido dello stomaco. È noto che questa scoperta ha creato, in passato, una grande euforia tra i medici, poiché avrebbe smentito l'origine psicogena della malattia e avrebbe portato alla sua eliminazione tramite un banale trattamento antibiotico. In realtà, l'euforia in pochi anni si è dissolta. In molti casi l'ulcera persiste, nonostante ripetuti trattamenti antibiotici, che anzi, alla lunga, possono peggiorare il quadro, che è ovviamente complesso, intervenendo molti fattori: alimentari, di stato del microbiota gastro-intestinale, di uso di farmaci antinfiammatori e, non ultimi, di stati emotivi e stressanti. Ancora una volta sono il pensiero riduzionista e la monomania farmacologica a fallire.

Oltre settant'anni fa Alexander sosteneva che l'ulcera peptica non era una malattia psicosomatica, cioè che la sua origine fosse esclusivamente psichica. Le componenti delle malattie sono quindi di tipo sia biologico sia psicologico. In questo senso «tutte le malattie sono teoricamente psicosomatiche poiché i fattori emozionali influenzano tutti i processi corporei tramite il sistema nervoso e le vie umorali» (Alexander, 1950, p. 52).

Da qui un nuovo approccio alla diagnostica e alla terapia. Nell'*assessment* del paziente, scrive Alexander (1950), occorre partire dalle prime fasi della vita, esaminando i diversi profili, dalla nascita alle malattie della prima infanzia fino alla qualità delle cure parentali, al clima emozionale familiare, per proseguire con la registrazione dei traumi fisici e psichici fino ai problemi medici e psichici dell'età successiva. **L'assessment è quindi di tipo biomedico e psicologico integrato.** «Solo con questa conoscenza la psicoterapia può essere sapientemente co-ordinata con misure di tipo somatico. Una conoscenza di fondo della patologia – di tipo sia psicologico che somatico – è il primo requisito di base» (p. 263), per il terapeuta. La terapia è pertanto l'applicazione di cure mediche, nutrizionali e psicologiche per tutte le malattie, di tipo sia medico che psicologico-psichiatrico. «L'errore – si legge nel capitolo finale di *Psychosomatic Medicine* dedicato alla terapia – è

pensare che, se l'eziologia è emozionale, la gestione somatica sia non necessaria e che il paziente vada indirizzato allo psichiatra. Questo errore è il rovescio dell'altro, secondo cui, se il paziente ha sintomi somatici, il suo caso appartenga esclusivamente al medico o allo specialista non psichiatra» (p. 263). In realtà, conclude Alexander (1950), «il progresso nella medicina moderna consiste in particolare nella cooperazione, sia nella diagnosi che nel trattamento, degli specialisti in psichiatria con specialisti non psichiatri» (p. 264).

Per capire quanto non sia stato compreso (e tutt'ora non sia) dagli psicoanalisti, coi quali Alexander lavorava, il suo programma rivoluzionario di ricerca e clinica, basta leggere le opinioni al riguardo di Stefano Bolognini. Alla sollecitazione del suo collega Luca Nicoli a dire una parola sulla psicosomatica, Bolognini, dopo aver elogiato genericamente la necessità di avere un punto di vista complesso sul paziente, risponde così: «Difficile stilare un convincente trattato generale di psicosomatica, come una volta si cercava di impostare sull'esempio di quello di Alexander. Tentare di individuare una chiara consequenzialità tra le malattie somatiche e certi significati e configurazioni profonde (la gastrite significa la tal cosa, il calcolo renale la talaltra...) rischia infatti di dare spazio a ipotesi velleitarie e iper-semplificate. (...) Personalmente ritengo che non possiamo ancora tracciare veri e propri schemi generali nel campo psicosomatico, se non riferendoci a difetti basali di mentalizzazione» (Bolognini & Nicoli, 2022, pp. 107-108).

È del tutto evidente che la critica di Bolognini si riferisce a teorizzazioni che vengono dall'interno della psicoanalisi, in particolare da Luis Antonio Chiozza. Nella sua lunga attività di psicoanalista di fama internazionale, membro dell'*International Psychoanalytic Association* (IPA), Chiozza ha cercato proprio di dimostrare il contenuto simbolico specifico della malattia: le cosiddette "fantasie d'organo", cui egli ha dedicato diversi libri (tra cui ricordiamo *Psicoanalisi dei disturbi epatici, Corpo, affetto e linguaggio*, e *Perché ci ammaliamo?* [Chiozza, 2003, 1981, 1988]) e una intensa attività didattica anche in Italia. Una proposta che, a nostro avviso, è una forma di riduzionismo psicoanalitico, poiché, come argomenta Alexander e come dimostra la ricerca scientifica basata sulla *PsicoNeuroEndocrinoImmunologia* (PNEI), la malattia è un fenomeno complesso in cui si intrecciano determinanti

biologici e psicosociali, nella quale certamente la storia del vissuto psichico del paziente gioca un ruolo importante, ma in una epatopatia svolgono un ruolo altrettanto importante la componente virale, alimentare, di uso dei farmaci e di droghe. Vedere in questa o quella malattia il simbolo di una specifica sofferenza psichica può davvero portare fuori strada, come giustamente ricorda Bolognini. Ma Alexander con questo approccio non c'entra niente.

Cambiare la psicoanalisi e portarla nella medicina

In *The Western Mind in Transition* (Alexander, 1960), un libro che rappresenta la sua autobiografia scientifica e personale, pubblicato quattro anni prima di morire, molte sono le notizie e le approfondite riflessioni a tutto campo di assoluto rilievo per lo spessore culturale e per le indicazioni di lavoro che fornisce. Tuttavia, innanzitutto, essendo l'autore uno psicoanalista, è interessante segnalare il ruolo del padre, che è diffusamente presente nel filo della narrazione. Bernard Alexander, come abbiamo già scritto, era un filosofo, attivo sia nell'insegnamento che nella produzione filosofica. Dirigeva il *Journal of Philosophy* e, in quella veste, chiede al figlio Franz, all'epoca studente di medicina, di recensire *L'interpretazione dei sogni* di Freud (1899). Consegnando il volume al figlio, dice: «Questo fa parte del tuo campo. Non è filosofia. Leggilo e scrivi una recensione» (cit. in: Alexander, 1960, p. 50). Pochi giorni dopo, Franz torna dal padre e gli dice: «Questo può essere che non sia filosofia, ma certamente non è medicina» (ibidem, p. 50). La passione del giovane Franz era per la fisiologia e la biochimica. Tuttavia, durante l'internato in clinica psichiatrica, incontra una giovane psichiatra, allieva di Freud (di cui Franz non fa il nome), «modesta, equilibrata, intelligente», che di fronte a uno schizofrenico «mostrava di saperne molto di più di tutti gli altri psichiatri» e soprattutto di avere in mano un «potente strumento» (ibid., p. 52) interpretativo, la psicoanalisi. È a questo punto che si mette a rileggere quel libro che aveva bollato come «folle e antiscientifico» (p. 52) e poi a leggere e rileggere Freud. Da qui l'idea di frequentare il neonato Istituto di psicoanalisi di Berlino, dove nel 1921 viene immatricolato come primo studente. Ci resterà fino al 1930, quando si trasferirà in America, ma già dal 1926 svolgeva funzioni di analista didatta. E il padre Bernard?

Già «era stato contrariato dalla decisione [di Franz] di scegliere Medicina e non una disciplina umanistica» (p. 55).

Adesso, veniva ulteriormente contrariato dalla scelta di praticare la psicoanalisi che «era semplicemente un orrore agli occhi del padre filosofo: un indegno e malato interesse» (p. 55). Tuttavia, il rapporto di reciproca stima tra il padre e il figlio rimase intatto perché, come ci racconta Franz, quando egli gli fece leggere il suo primo lavoro di stampo psicoanalitico, si verifica un colpo di scena. «Durante una lunga passeggiata tra i giganteschi alberi della vecchia foresta di Fontainebleau [in Francia] mio padre mi disse che il manoscritto lo aveva convinto e che l'insegnamento di Freud era l'inizio della prima reale psicologia» (p. 56). Alcuni mesi dopo, Bernard si spegne nel sonno, e nel suo comodino Franz trova l'ultimo numero di *Psychoanalytic Almanac* dove «il vecchio filosofo aveva pubblicato il suo saggio sulla psicoanalisi: un paragone tra la teoria della rimozione/repressione di Freud con la visione di Spinoza riguardo al ruolo dell'intelletto sulle emozioni» (p. 57).

Dell'influenza, su cui molto s'è scritto, che il filosofo razionalista ebbe su Freud, Franz Alexander coglie un aspetto scarsamente considerato, anche perché la tradizione psicoanalitica lo aveva messo da parte. Spinoza, come è noto, oppone al dualismo cartesiano l'unità della sostanza, l'intero al posto delle due *res*. Alexander attribuisce a Freud il merito di aver collocato la psicologia nello studio della persona intera rompendo il clima riduzionista dominato dalle ricerche della psicologia sperimentale (Fechner e Wundt). Tuttavia, scrive Alexander, la psicoanalisi deve cambiare. «Attualmente in psicoanalisi c'è una lotta tra il vecchio orientamento tradizionale e nuovi punti di vista» (*ibid.*).

Quali sono i maggiori punti di scontro all'interno della comunità psicoanalitica? Alexander così li riassume: «La necessità di una verifica sperimentale dei risultati della psicoanalisi, che comporterà un'augmentata domanda per una maggiore chiarezza concettuale, per l'introduzione di metodi quantitativi e di procedure sperimentali e per la coordinazione dei risultati psicoanalitici con la fisiologia e le scienze sociali» (*ibid.*). Quindi maggiore chiarezza teorica, verifica sperimentale dei risultati, raccordo con le scienze biomediche e sociali, controllo delle procedure cliniche. Queste richieste, che apparentemente sembrano irrigidire la pratica psicoanalitica, si accompagnano invece a una critica radicale del tradizionale setting analitico che, in particolare negli Stati Uniti, era rigido nella forma e unilaterale nella relazione con il paziente.

«Ormai sta diventando sempre più chiaro – scrive Alexander (1960) – che le esperienze emozionali che si verificano durante il trattamento sono, sul piano terapeutico, ugualmente o probabilmente più importanti dell'insight intellettuale. Molti pazienti si liberano dai loro sintomi e si avviano a cambiamenti profondi della loro personalità senza una particolare comprensione dei fattori responsabili delle loro nevrosi, e molti altri, che hanno acquisito una comprensione penetrante della storia dei problemi della loro personalità, non cambiano in modo apprezzabile» (pp. 119-120).

Da qui, il cambiamento del rapporto dell'analista con il paziente, che è basato sul fatto che si incontrano «due esseri umani simili», laddove «l'oggetto dell'osservazione è un essere simile a chi osserva» (p. 58). Ma, soprattutto, non occorre confondere la clinica con lo studio della psiche. Freud, dice Alexander, aveva come obiettivo soprattutto la ricerca sulla psiche umana, le cui modalità non coincidono, anzi divergono dagli obiettivi della clinica, dove «il principale fattore terapeutico consiste nella esperienza interpersonale durante il trattamento» (p. 120). Occorre quindi «trasformare il metodo di trattamento psicoanalitico in un più efficace, economico e maneggevole strumento terapeutico» (p. 120), contrastando «la idolatria del metodo e l'atteggiamento impersonale (incognito) dell'analista» (p. 202), «la deificazione della tecnica nella psicoanalisi» (p. 209).

Questo lavoro verso un cambiamento profondo della psicoanalisi si affianca a un obiettivo fondamentale che Alexander ha perseguito per tutta la vita fin dal suo arrivo a Chicago: integrare la psicoanalisi nella medicina e il suo insegnamento nella università. Egli non si nasconde le difficoltà: sia in Europa che in America la comunità medica, fino al secondo dopoguerra, è ostile alla psicoanalisi. Per ragioni diverse: quella europea ha un atteggiamento settario e rivendica l'iniziale rifiuto emotivo verso Freud, quella americana, invece, ha difficoltà perché è filosoficamente ignorante di fronte alla sofisticazione della psicoanalisi. Resta il fatto che la psicoanalisi è stata accettata sempre più a livello culturale, mentre la medicina ha mantenuto un atteggiamento di chiusura. Eppure, l'integrazione è possibile perché la psicoanalisi, nella versione di Alexander, «ripudia totalmente l'antiscientificità della filosofia esistenzialista» (Alexander, 1960 p. 199) e della psichia-

tria che a tale filosofia si richiama. Il bersaglio è soprattutto Heidegger che è la fonte ispiratrice della psichiatria fenomenologica: un paradosso, poiché la psicoanalisi è centrata sull'individuo mentre Heidegger, chiosa Alexander, «rimane sulle generali» e pertanto «non fornisce alcuna conoscenza cumulativa che è l'essenza di ogni scienza» (ibidem, p. 199).

Fin qui in psicoanalisi, ma che è successo nella psicosomatica? Come è stata gestita l'eredità di Franz Alexander?

Travisamenti e critiche della psicosomatica contemporanea verso le tesi di Alexander

Abbiamo visto che, in ambito psicoanalitico, il messaggio di Alexander e il suo programma di medicina psicosomatica siano stati espunti dal dibattito, tuttavia i travisamenti e le critiche alle teorizzazioni di Alexander sono venuti, nel corso dei decenni, anche dall'interno del mondo della psicosomatica.

Il primo segnale chiaro che il paradigma dello studioso ungherese non era più oggetto di ricerca e avanzamento è rintracciabile nella *Introduzione* di George H. Pollock alla ristampa del 1987 del volume *Psychosomatic Medicine*. Pollock all'epoca era presidente dell'Istituto di psicoanalisi di Chicago, ma era anche Presidente dell'*American Psychiatric Association*, l'associazione degli psichiatri americani. Secondo lui, il trattamento integrato che proponeva Alexander, come conseguenza di una diagnosi integrata, è «in linea con il pensiero corrente sulla combinazione di psicoterapia e farmacoterapia» (Pollock, 1987, in: Alexander, 1960, p. 5 ediz. del 1987). A nostro avviso, siamo di fronte a un punto di svolta che segna il passaggio da un modello di diagnosi e cura integrata di tutte le malattie all'idea della combinazione di psicoterapia e psicofarmacologia per i soli disturbi psichiatrici: idea che, peraltro con molta fatica, solo negli ultimi anni ha acquisito cittadinanza in psichiatria. Quindi, viene abbandonata l'idea della cura di tutte le malattie e si riduce l'integrazione alla combinazione di psicoterapia e psicofarmacologia, laddove Alexander proponeva una *équipe* in cui lo psichiatra agiva in sinergia con altri specialisti, tra cui innanzitutto il medico internista e il nutrizionista.

Tuttavia, la liquidazione del progetto di ricerca di Alexander da parte di studiosi che si richiamano alla psicosomatica diventa esplicito negli anni 1990, quando viene attaccato «il modello psicogenetico, secondo cui le patologie mediche

erano causate da problemi e conflitti psichici prevalentemente inconsci» (Porcelli, 2023, p. 5). Piero Porcelli attribuisce il modello psicogenetico a «Franz Alexander e alla cosiddetta Scuola di Chicago, di matrice psicoanalitica, con la formulazione della “teoria della specificità emotiva” e l'elenco delle sette classiche malattie psicosomatiche» (ibid.). Ora è del tutto evidente, da quanto sopra riportato dai testi di Alexander, che attribuire a lui l'idea che le malattie abbiano una origine psicogena è senza fondamento. È un travisamento sorprendente perché Alexander riprende con assoluta costanza la linea della complessità dei fattori, biologici e psicologici, all'origine della patogenesi in tutta la sezione di *Psychosomatic Medicine* che tratta le patologie, che non sono sette. E anche questo travisamento sorprende, poiché nel testo vengono descritti i disturbi relativi a sette apparati e non a sette patologie. Gli apparati riguardano l'intero organismo: gastrointestinale, respiratorio, cardiaco, dermatologico, metabolico ed endocrino, muscolo scheletrico, sessuale. Quindi non vengono descritte sette malattie psicosomatiche, bensì c'è il tentativo scientifico di fondare una nuova clinica medica che diventa psicomedita o, potremmo dire, oggi, PNEI.

Al riguardo, **Alexander (1950) polemizza esplicitamente con chi proponeva una classificazione delle malattie psicosomatiche «che dovrebbero includere l'ulcera peptica, l'artrite reumatoide, l'ipertiroidismo, l'ipertensione essenziale e altre. Questo approccio è basato sull'assunto che in queste malattie l'evidente fattore eziologico sia psicologico. In realtà, tutte le prove di cui disponiamo puntano a una spiegazione multicausale in tutte le branche della medicina»** (p. 51) e porta gli esempi, che abbiamo descritto sopra, di una malattia eminentemente biologica, come la tubercolosi, e una emozionale come l'ulcera peptica. In entrambe afferma con nettezza che vanno ricercati e trattati fattori biologici e psicologici. Non c'è quindi una specificità emotiva all'origine delle patologie.

Da questi travisamenti si spiega la traiettoria teorica e clinica che ha preso la medicina psicosomatica negli ultimi decenni. Sul piano teorico, la psicosomatica contemporanea è dualista. Porcelli (2023, pp. 7 sgg.) lo ammette senza infingimenti. Anzi diremmo che lo rivendica come una necessità ineludibile: «Il dualismo è il modo in cui tutti siamo costretti a guardare ai nostri pazienti, disponendo di modelli

coerenti per il funzionamento biologico e per quello psicologico, ma non avendone nessuno per la loro integrazione» (p. 8). Anche la PNEI, sottolinea Porcelli, pur essendo una «scienza di confine» non serve alla bisogna perché «sappiamo che le emozioni ci possono far ammalare, ma non sappiamo ancora *come* nello specifico» (ibid.). A sostegno, cita un dibattito di oltre vent'anni fa e una ricerca più recente.

Il dibattito, realizzato in California nel 2001 in occasione del 59° Congresso annuale dell'*American Psychosomatic Society* (APS), ha visto coinvolti alcuni studiosi dell'APS e due noti ex-direttori del *New England Journal of Medicine*, Arnold Relman e Marcia Angell, all'epoca entrambi professori di Medicina sociale ad Harvard. Il tema è quello di cui stiamo parlando: il ruolo delle emozioni, le connessioni con la biologia e il ruolo della psicologia. Temi difesi e argomentati, anche sulla base di una ventina di ricerche empiriche presentate, da Redford B. Williams della *Duke University* e da Neil Schneiderman della *Miami University*. L'argomento centrale avanzato da Relman contro le tesi degli esponenti di APS è così riassumibile: è fuori dubbio che la mente abbia una connessione con il corpo, ma non c'è alcuna evidenza che gli interventi psicologici possono cambiare *direttamente* – e non tramite cambiamenti negli stili di vita (alimentazione, attività fisica) – il corso di una malattia organica. Lo studioso quindi invoca prove di carattere fisiologico e fisiopatologico di connessione psicologia/biologia. È il *come* di cui parla Porcelli.

Già cinque anni dopo *the great debate*, come è stato chiamato sulla rivista *Psychosomatic Medicine*, una revisione della discussione conteneva alcuni dati rilevanti come il ruolo dell'infiammazione, delle citochine e dei mediatori del sistema dello stress e delle emozioni (Freedland, Miller & Sheps, 2006). A distanza di vent'anni, possiamo dire che la ricerca PNEI ha portato molta luce sulle connessioni psiche-sistema nervoso-sistema immunitario e in generale sulla relazione bidirezionale tra psiche e sistemi biologici. Recentemente sull'*International Journal of Molecular Sciences* e su *Psicoterapia e Scienze Umane* (Bottaccioli & Bottaccioli, 2022, 2023) abbiamo riassunto le principali evidenze su come gli stati psichici si traducono in molecole biologiche e su come questo imponga una revisione radicale della medicina e della psicologia e delle loro relazioni, così come proponeva Alexander.

Per completare il quadro è opportuno rispondere anche alla ricerca, citata da Porcelli, a sostegno della sua tesi della im-

possibilità della psicologia di incidere sulla malattia fisica. «Un esempio per tutti – scrive Porcelli (2023) – è il cosiddetto “paradosso cardiovascolare”: è ormai acclarato che la depressione maggiore peggiora morbilità e mortalità (...), tuttavia, se si tratta la depressione – sia con antidepressivi che con la psicoterapia – si ottiene un miglioramento della depressione ma senza alcuna relazione con morbilità e mortalità che restano invariate» (p. 8). Possiamo affermare in tutta tranquillità che non è esattamente così.

Per due ragioni: primo, perché nella meta-analisi, che Porcelli cita (Reavell *et al.*, 2018), si legge con chiarezza che negli studi presi in esame non ci sono dati sulla mortalità, e i dati sulla morbilità registrano una diminuzione dei casi nel gruppo in trattamento psicologico, che però non raggiungono la soglia della significatività statistica perché solo due degli studi analizzati nella meta-analisi contenevano dati al riguardo, con una numerosità del campione pertanto insufficiente. Quindi, intanto non è vero che la letteratura citata afferma che morbilità e mortalità cardiache restano invariate a fronte di un trattamento psicologico efficace. Non può affermarlo semplicemente perché, come scrivono i ricercatori, gli studi non contenevano dati su mortalità e presentavano dati poco significativi sulla morbilità (Reavell *et al.*, 2018, p. 749). In secondo luogo, la letteratura recente (Chen *et al.*, 2023) documenta l'efficacia della psicoterapia nell'abbassare significativamente il tasso di recidiva cardiaca rispetto ai controlli, efficacia che è ampiamente documentata nelle linee guida della *American Heart Association* che raccomanda lo screening per depressione e ansia e il trattamento con psicoterapia e altri interventi, come la meditazione, dopo il primo evento cardiaco (Levine *et al.*, 2021).

Conclusioni

Sessant'anni fa, l'8 marzo 1964, concludeva la sua vita Franz Alexander, un medico psicoanalista che ha lavorato per migliorare lo standard del trattamento psicoanalitico e che ha avuto la capacità, dipendente dalla sua vasta e solida cultura interdisciplinare, che include la filosofia, di andare oltre la rivoluzione freudiana prospettando un salto epocale nella capacità di prendersi cura dell'essere umano.

Il paradigma scientifico avanzato da Alexander, a partire dalla fine degli anni '30 del secolo scorso, si presenta fortemente innovativo, mostrandosi capace di tenere insieme due esigenze vitali per le scienze e le pratiche del-



la cura: la dimensione biologica e quella psicologica. Nel corso del Novecento, come illustra John E. Gedo (1999), si sono confrontate due tendenze in seno alla psicoanalisi e, diremmo noi, in seno alla psicologia in generale: una che persegue l'obiettivo di ricostruire un orizzonte biologico, rischiando, tuttavia, di ridurre la psicologia a fisiologia o a neuroscienza, e l'altra, che persegue quello che Gedo chiama un approccio razionalista, mentalista, con il conseguente rischio di separarsi dalla medicina e dalle scienze biologiche. Il superamento di questa scissione ci pare richieda, da un lato, l'adozione di una filosofia antidualista, sistemica, complessista e, dall'altro, l'apertura, auspicata dallo stesso Gedo, all'esperienza e quindi alle verifiche scientifiche.

Come nota Mauro Fornaro (2007, p. 338), Alexander presenta una filosofia antidualista, di carattere olistico che propone "un approccio integrato - biologico, psicologico e socio-ambientale - alla patologia già prima dell'enfasi a esso riservata da Engel".

Nel mentre fonda un solido orizzonte biologico, mette in primo piano il ruolo della psicologia, che è "l'unica che può spiegare le motivazioni umane" (Alexander, 1967, p. 402) ed è una modalità efficace per influenzare l'organi-

simo, ma che trova il suo completamento nell'analisi medica e nell'intervento nella dimensione biologica.

“La posizione di base dell’attuale approccio psicosomatico – chiarisce Alexander - è che la personalità umana e il corpo costituiscono un intero indivisibile e che la medicina dovrebbe affrontare i problemi della personalità e i suoi effetti sul corpo con una combinazione di metodi di trattamento psicologico e somatico. L’approccio psicologico è una delle strade per influenzare l’organismo. Psicologia e biologia si confrontano con lo stesso complesso organismo rappresentandone due differenti aspetti” (Alexander, 1967, p. 402).

I limiti del lascito di Alexander li possiamo rintracciare, da un lato, in alcuni aspetti fondamentali della cultura del suo tempo, come una eccessiva fiducia nella purezza della ricerca scientifica e nel ruolo dei singoli scienziati, le cui scoperte sarebbero neutre (Alexander, 1960, p. 148) ed eventualmente manipolabili dalla politica e dall'industria, come se il complesso politico-militare-industriale, che già quando scrive Alexander era ben radicato nel capitalismo occidentale (Baran, Sweezy 1966), non permeasse e comandasse la ricerca scientifica soprattutto applicata. Dall'altro lato, il limite non

è culturale bensì di arretratezza della conoscenza scientifica sul funzionamento dell'organismo umano. Alexander illustra molto efficacemente l'influenza della psiche sulla biologia, mentre non emerge nei suoi scritti il contrario. Il che è immediatamente comprensibile se si pensa solo al fatto che le prime parzialissime dimostrazioni della comunicazione bottom-up, sistema immunitario-cervello, sono degli anni '80 e solo recentemente abbiamo evidenza dell'influenza dell'infiammazione, della nutrizione, dell'attività fisica sugli stati mentali.

Oggi, la rivoluzione paradigmatica, che Alexander ha proposto, trova la sua continuazione nella ricerca della psiconeuroendocrinoimmunologia, che persegue gli stessi obiettivi: valutazione scientifica dell'essere umano come un intero, nelle sue dimensioni biologiche, psicologiche e sociali, realizzata da una *équipe* che include competenze di medicina interna e di psicologia e psichiatria; cura integrata centrata sul riequilibrio biologico e psicologico, utilizzando razionalmente, per tutti i disturbi, un pool di competenze di tipo farmacologico e non farmacologico, come la psicoterapia e le pratiche di gestione dello stress, la nutrizione, la nutraceutica, l'attività fisica e la promozione della socialità.

Riferimenti bibliografici

Per mancanza di spazio ci limitiamo a riportare solo i testi di Alexander utilizzati in questo articolo. Il resto della bibliografia può essere richiesto a: francesco.bottaccioli@gmail.com

Alexander F. (1939). Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine* 1; 1: 7-18

Alexander F., French T.M. et al. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Applications*. New York: Ronald Press (trad. it. dei capitoli 2, 4 e 17: Alexander F., La esperienza emozionale correttiva. *Psicoterapia e scienze umane*, 1993, XXVII, 2: 85-101; edizione su Internet con una introduzione di Paolo Migone: www.psychomedia.it/pm/modther/probpsiter/alexan-1.htm).

Alexander F. (1950). *Psychosomatic Medicine. Its Principles and Applications*. New York: Norton. Abbiamo usato la ristampa del 1987 con Introduction by G.H. Pollock.

Alexander F (1956) *Psychoanalysis and Psychotherapy*. Norton & Company, New York

Alexander F. (1960). *The western mind in transition*. Random House: New York

Alexander F., Eisenstein S. & Grotjahn M., editors (1966). *Psychoanalytic Pioneers: A History of Psychoanalysis as Seen Through the Lives and the Works of its Most Eminent Teachers, Thinkers, and Clinicians*. New York: Basic Books (trad. it.: *Pionieri della psicoanalisi*. Milano: Feltrinelli, 1971).

Alexander F., Selesnick ST (1966) *The history of psychiatry*. George Allen and Unwin Ltd, London

Alexander F., French T. & Pollock GH. (1968) *Psychosomatic specificity: volume 1 - experimental study and results*. University of Chicago, Chicago

Alexander F. (1969) *Gli elementi fondamentali della psicoanalisi*. Sansoni, Milano

FRANZ ALEXANDER, UN NUOVO PARADIGMA PER LA PSICOLOGIA E LA MEDICINA



Nasce in una famiglia dove ha respirato filosofia dal padre Bernard, professore universitario della disciplina, che, tra l'altro, mise in mano al giovane Franz l'interpretazione dei sogni di Freud.

Nel 1921 è il primo allievo dell'Istituto di psicoanalisi di Berlino dove fino al 1930 avrà un ruolo attivo,

in costante contatto con Freud.

Nel 1930, dette vita all'Istituto di psicoanalisi di Chicago: Una fucina di idee, da cui sorgerà nel 1939, con il contributo di Flanders Dunbar, la rivista *Psychosomatic Medicine*.

Nel 1955 trascorrerà un anno al Center for Advanced Studies in Behavior Science a Palo Alto, l'anno successivo diventerà il direttore del nuovo Dipartimento di ricerche psichiatriche presso il Mount Sinai Hospital di Los Angeles dove darà vita a un'intensa sperimentazione clinica di cure integrate.

Budapest 22 gennaio 1891, Palm Springs 8 marzo 1964