

L'evoluzione dei disturbi somatoformi tra ieri e oggi

“La nevrosi è sempre un sostituto delle sofferenza legittima. “ [C. Jung]

Il disturbo psicosomatico ha subito nel tempo una serie di cambiamenti significativi, segno evidente della complessità di questo disturbo. Si è passati dal concetto di malattia psicosomatica, intesa come possibilità di comprendere il problema del rapporto soma-psiche, a quello di disturbo psicosomatico inteso come nevrosi attuale o come semplice "evento psicosomatico", fino alla soppressione nel DSM III-R e DSM-IV TR di questa entità sostituita dal quadro di "sindromi somatoformi" e oggi, con il DSM-V alla soppressione di questa categoria per parlare di *disturbi da sintomi somatici e correlati*¹.

Per disturbi psicosomatici si intendono quei disturbi nei quali i fattori di ordine psicologico giocano un ruolo sostanziale nella loro eziologia e nella loro evoluzione. Nelle sindromi psicosomatiche, determinanti di ordine fisiologico e/o psicosociale generano sintomi che, nell'insieme, andranno a costituire il quadro sindromico. La sintomatologia psicosomatica è libera, lussureggiante, non lesionale, quando un certo numero di questi sintomi si raggruppa in un unico organo abbiamo la sindrome psicosomatica.

I disturbi somatoformi sono una parte di quello che la cultura psichiatrica classica definiva isteria o psiconevrosi isterica. Il termine “isteria” inizialmente veniva utilizzato in presenza di segni e sintomi apparentemente di natura fisica (cefalea, disturbi motori e sensoriali), ma che erano invece determinati da cause psichiche e accompagnati dall'assenza di partecipazione emotiva del paziente nei confronti del disturbo stesso, definita questa “*belle indifference*”².

Successivamente il significato di isteria si è esteso comprendendo anche quei disturbi caratterizzati sul piano clinico da alterazioni mentali e comportamentali (amnesia, fughe, personalità multiple), espressione di un'alterazione dello stato di coscienza e dell'orientamento del soggetto, in assenza di un referto organico che possa giustificarli. A prescindere dal tipo di sintomo, il termine “isteria” veniva e viene ancora utilizzato, sebbene sotto altre definizioni, per indicare fenomeni ad elevata valenza simbolica e comunicativa di bisogni e desideri insoddisfatti: in questo contesto il sintomo è un linguaggio disadattivo usato per esprimere un disagio profondo.

Sul piano clinico, i disturbi isterici che si esprimono con un quadro di *sintomi psichici* sono le forme più gravi di isteria e sono rappresentati dai disturbi dissociativi che comprendono:

- Amnesia dissociativa

¹ DSM-V, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Ed. Masson, Milano 2014.

² V. Lingardi, F. Del Corno (a cura di), *PDM - Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina Editore, 2008.

- Fuga dissociativa
- Disturbo dissociativo dell'identità o Disturbo da personalità multipla
- Disturbo di depersonalizzazione.

Il nucleo psicopatologico che genera questi disturbi è profondo: il funzionamento mentale del soggetto è parziale, transitoriamente sospeso o interrotto.

I disturbi isterici che si esprimono con un quadro di *sintomi fisici* sono i disturbi somatoformi che comprendono, secondo il DSM-IV TR³:

*Disturbo di somatizzazione*⁴: è un disturbo polisintomatico che comincia prima dei 30 anni, che dura per più anni e che è caratterizzato dall'associazione di dolore e sintomi gastro-intestinali, sessuali e pseudo-neurologici;

Disturbo Somatoforme Indifferenziato: è caratterizzato da lamentele fisiche non giustificate e dura almeno 6 mesi, ma non raggiunge la soglia per la diagnosi di Disturbo di Somatizzazione;

*Disturbo di conversione*⁵: comporta sintomi ingiustificati di deficit riguardanti le funzioni motorie volontarie e sensitive, i quali potrebbero suggerire una condizione neurologica o medica generale; fattori psicologici appaiono collegati con i sintomi o i deficit;

³ DSM-IV TR, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Ed. Masson, Milano 1994.

⁴ In riferimento al DSM-IV TR, per fare diagnosi di disturbo di somatizzazione tutti i criteri seguenti debbono essere riscontrabili, nel senso che i singoli sintomi debbono comparire in qualche momento nel corso del disturbo:

quattro sintomi dolorosi: una storia di dolore riferita ad almeno quattro localizzazioni o funzioni;

due sintomi gastro-intestinali: una storia di almeno due sintomi gastro-intestinali in aggiunta al dolore;

un sintomo sessuale: una storia di almeno un sintomo sessuale o riproduttivo in aggiunta al dolore;

un sintomo pseudo-neurologico: una storia di almeno un sintomo o deficit che fa pensare ad una condizione neurologica non limitata al dolore (sintomi di conversione, come alterazioni della coordinazione o dell'equilibrio, paralisi o ipostenia localizzate, difficoltà a deglutire o nodo alla gola, mancamenti, afonia, ritenzione urinaria, allucinazioni, perdita della sensibilità tattile o dolorifica, diplopia, cecità, sordità, convulsioni, sintomi dissociativi come amnesia, oppure perdita di coscienza con modalità diverse dai mancamenti).

L'uno o l'altro di 1. e 2.:

1. dopo le appropriate indagini, i sintomi non possono essere esaurientemente spiegati con una condizione medica generale conosciuta o con gli effetti diretti di una sostanza;
2. quando vi è una condizione medica generale collegata, le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa che ne deriva risultano sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico e dai reperti di laboratorio.

I sintomi non sono prodotti intenzionalmente o simulati (come nel Disturbo Fittizio o nella Simulazione).

⁵ In riferimento al DSM-IV TR, per fare diagnosi di disturbo di conversione devono essere presenti uno o più sintomi o deficit riguardanti **funzioni motorie volontarie** (includono alterazioni della coordinazione e dell'equilibrio, paralisi localizzate, perdita della voce, difficoltà di deglutire o sensazione di nodo alla gola, ed infine ritenzione urinaria) o **sensitive** (comprendono perdita della sensibilità tattile o del dolore, cecità, sordità, allucinazioni, attacchi pseudo-epilettici o convulsioni), che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale.

Si valuta che qualche fattore psicologico sia associato col sintomo o col deficit, in quanto l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit è preceduto da qualche conflitto o altro tipo di fattore stressante.

Il sintomo o deficit non è intenzionalmente prodotto o simulato (come nei Disturbi Fittizi o nella Simulazione).

Disturbo algico: è caratterizzato dal dolore come punto focale principale della alterazione clinica. Inoltre vi è motivo di ritenere che qualche fattore psicologico abbia un importante ruolo nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento;

Infine vi sono disturbi somatoformi di tipo non isterico, cioè l'*ipocondria* e disturbo da *dismorfismo corporeo*.

Nel DSM-V viene ridotto il numero dei disturbi e delle loro sottocategorie, poiché vengono eliminati il disturbo di somatizzazione, l'ipocondria, il disturbo algico e il disturbo somatoforme indifferenziato, inoltre vengono meglio definiti i confini tra i vari disturbi somatoformi.

Ulteriori revisioni riguardano⁶:

La complessa relazione tra psicopatologia e sintomi somatici che appariva mal definita nel DSM-IV TR, poiché poneva l'enfasi sul **numero** e l'**intensità** dei sintomi somatici esperiti, in presenza o in assenza di una congrua diagnosi medica. Il DSM-V stabilisce, quale criterio diagnostico, "*il vissuto mal adattativo in termini di pensiero, sentimenti e comportamenti, pertinente la sintomatologia somatica*": si supera, così, la distinzione tra somatizzazione e disturbo somatoforme indifferenziato e nessun numero specifico di sintomi somatici è richiesto.

Un'altra modifica riguarda i sintomi somatici non spiegabili medicalmente, infatti il DSM-IV TR, enfatizzando l'assenza di diagnosi medica, allargava la forbice del dualismo mente-corpo. Nel DSM-V si preferisce valutare la dimensione positiva dei sintomi fisici (cioè sintomi somatici dolorosi, più pensieri, sentimenti e comportamenti anormali in risposta a questi sintomi) dovuti allo stress psichico, sottolineandone l'associazione con vissuti mal adattativi.

L'ipocondria viene eliminata come entità nosografica, l'insieme di sintomi somatici ed ansia pertinente il proprio stato di salute viene inserito nel contesto dei disturbi con sintomi somatici o, in assenza di criteri sufficienti, nel contesto dei disturbi d'ansia.

Nel disturbo di conversione i nuovi criteri enfatizzano l'importanza dell'esame neurologico e la possibilità che i fattori psicologici scatenanti siano non rilevabili al primo esame del paziente.

Il sintomo o deficit non può, dopo le appropriate indagini, essere pienamente spiegato con una condizione medica generale, o con gli effetti diretti di una sostanza, o con una esperienza o comportamento culturalmente determinati.

Il sintomo o deficit causa disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti, oppure richiede attenzione medica.

Il sintomo o deficit non è limitato a dolore o disfunzioni sessuali, non si manifesta esclusivamente in corso di Disturbo di Somatizzazione, e non è meglio spiegabile con qualche altro disturbo mentale.

Esistono diversi tipi di disturbo di conversione, classificati a seconda della sintomatologia:

- disturbo di conversione con sintomi di tipo motorio;
- disturbo di conversione con attacchi epilettiformi o convulsioni;
- disturbo di conversione con deficit sensitivi;
- disturbo di conversione con sintomi misti.

Al Disturbo di Conversione si possono accompagnare Disturbi Dissociativi, il Disturbo Depressivo Maggiore e il Disturbo Istrionico, Antisociale, Borderline e Dipendente di Personalità.

⁶ DSM-V, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Ed. Masson, Milano 2014.

Al di là di queste differenze nosografiche, permane l'idea che i disturbi somatoformi sono caratterizzati sul piano clinico dalla presenza di sintomi fisici senza alcuna base organica dimostrabile, sia attraverso l'esame obiettivo somatico sia attraverso indagini strumentali specialistiche. Anche qualora sia presente un processo fisiopatologico, l'intensità delle lamentele è sproporzionata e incongrua. Alla luce di quanto detto si evince da una parte il decorso peculiare di tali disturbi che è caratterizzato da numerose consultazioni mediche, esami di laboratorio ecc., dall'altra l'interferenza che i disturbi stessi causano nel funzionamento sociale e lavorativo del paziente.

Un aspetto che accomuna tutti i disturbi presenti in questa categoria diagnostica è l'assenza dell'intenzionalità dei sintomi nel soggetto che li riferisce, ovvero le lamentele non sono prodotte consapevolmente, né sono sottoposte al controllo della volontà, come invece avviene per la simulazione.

Sebbene la causa di tali disturbi sia sconosciuta, si presume che la loro patogenesi sia sostenuta da meccanismi psichici. In particolare, la psicanalisi classica descrive questi disturbi come "rappresentazioni simboliche di conflitti inconsci" e ci porta a riflettere su due concetti fondamentali, cioè il vantaggio primario e secondario⁷.

Il vantaggio primario è quella condizione che si verifica quando un soggetto, stressato emozionalmente da un conflitto, inizia a manifestare un sintomo. In questo modo il sintomo stesso permette al soggetto di concentrarsi su quest'ultimo, allontanando dalla propria coscienza il conflitto intrapsichico che lo ha determinato.

Il vantaggio secondario è invece quella situazione in cui il soggetto, grazie al suo sintomo, può evitare una circostanza che ritiene pericolosa, difficile e soprattutto può avere un supporto dall'esterno.

Questi due concetti rappresentano la modalità comunicativa attraverso la quale i pazienti possono esprimere il loro disagio, in loro vi è la mancanza di consapevolezza di non riuscire ad esprimere le stesse emozioni con il linguaggio verbale o con il pensiero, ne deriva spesso il rifiuto di ogni spiegazione psichica del disturbo.

Di frequente in questi pazienti si sviluppa una forte sfiducia verso i medici che vengono visti come inefficienti perché incapaci di curare i loro disturbi; questa ostilità può essere conscia o inconscia nei pazienti, ma è avvertita chiaramente da coloro che se ne prendono cura.

Generalmente questi disturbi rientrano nell'ambito di una grave nevrosi. Infatti il conflitto nevrotico che l'utente non riesce a mentalizzare viene spostato sul piano somatico. La gravità del disturbo è

⁷ F. Bogetto, G. Maina, *Elementi di psichiatria II ed.*, edizione Minerva Medica, 2006.

indicata dalla difficoltà di simbolizzare il conflitto. Talvolta la somatizzazione può rappresentare una difesa estrema prima di uno scivolamento psicotico.

Nell'analisi della domanda è opportuno indagare se l'utente pone la richiesta di terapia esclusivamente su un piano di sofferenza fisica o se riesce a formularla anche a livello di conflitto psichico.

Appare quindi decisivo indagare il livello di motivazione al trattamento terapeutico. È importante esplorare il conflitto espresso e convertito sul piano somatico. Bisogna indagare i bisogni e le pulsioni che il paziente sta esternando attraverso i sintomi fisici e capire da quale disagio sta cercando di difendersi. Ci si deve chiedere per quale motivo il soggetto investe proprio su quell'organo/i e quale significato gli attribuisce.

È essenziale sapere da quanto tempo si manifesta la sintomatologia, com'era il funzionamento premorbo, quali sono state le circostanze di insorgenza del sintomo, quali le strategie messe in atto dall'utente per rispondere al disturbo e il grado di compromissione delle funzioni generali della persona.

Il soggetto mostra difficoltà a simbolizzare il conflitto che viene spostato sul piano somatico: è opportuno quindi favorire un processo di consapevolizzazione e di elaborazione mentale del conflitto espresso dalla sintomatologia somatica.

L'eziologia di questi disturbi è legata a fattori tanto biologici, quanto psicologici e sociali.

I pattern legati a questi disturbi sono di tipo affettivo, cognitivo, relazionale e somatico⁸.

In particolare gli stati affettivi includono la sensazione per cui “c'è qualcosa che non va nel mio corpo”, a seguito di questa sensazione si può reagire con angoscia intensa, legata ad un'ipervigilanza, o con un'apparente mancanza di angoscia e preoccupazione.

I pattern cognitivi variano tra le diverse condizioni, ma in generale le preoccupazioni per il proprio stato di salute dominano il pensiero e possono essere accompagnate da un affetto depressivo e una sensazione di disastro.

Gli stati somatici includono i correlati fisici dell'ansia, come l'accelerazione del battito cardiaco, l'aumento della pressione sanguigna e le tensioni muscolari che hanno origine dal dolore. Queste risposte del sistema nervoso autonomo sono parte della reazione di attacco/fuga. A volte i sintomi somatici possono essere di tipo delirante (“tutte queste persone che mi respirano attorno mi tolgono l'aria”).

I pattern relazionali possono variare da un'intensa e persistente ricerca di rassicurazione a lontananza e inaccessibilità.

⁸ V. Lingiardi, F. Del Corno (a cura di), *PDM - Manuale diagnostico psicodinamico*, Raffaello Cortina Editore, 2008.

La prospettiva psicanalitica contemporanea ha proposto nuove elaborazioni sulla somatizzazione, sganciandosi dalla teoria pulsionale freudiana e dal punto di vista puramente economico.

La teoria più interessante in questo senso è quella del codice multiplo, elaborata da Wilma Bucci e coerente con le attuali conoscenze di neuroscienze.

La teoria proposta da Wilma Bucci circoscrive il suo obiettivo nello spiegare i rapporti tra le modalità di elaborazione delle informazioni di natura emozionale e le modalità di elaborazione di queste informazioni tramite le funzioni cognitive superiori, che utilizzano gli strumenti offerti dal linguaggio verbale per l'organizzazione mentale dei significati affettivi e per comunicarli ad altre persone.

Secondo la teoria sopra citata, durante l'infanzia iniziano a svilupparsi in forma non verbale gli schemi emotivi. La forma non verbale comprende sia i *processi subsimbolici*, che accompagnano gli stati di eccitamento emozionale, possono comprendere "presentazioni di cosa", "oggetti sensazione", "base concreta e sensoriale dell'esperienza", in una posizione non gerarchicamente subordinata ad altri sistemi, sia *l'immaginazione simbolica*, ovvero l'immagine associata all'emozione. Con l'acquisizione del linguaggio le componenti verbali vengono incorporati negli schemi emozionali. In questo modo le differenti forme della rappresentazione delle emozioni vengono organizzate secondo principi di elaborazioni differenziate.

Il sistema verbale segue le regole della logica ed è elaborato in formato sequenziale, mentre il sistema subsimbolico è parallelo (ragione in più per cui non può essere che sempre inconscio, dato che la coscienza per sua natura è seriale e non parallela), funziona in modo continuo o analogico.

Tali sistemi sono legati da connessioni referenziali, così che “*gli schemi dell'emozione dominante vengono tradotti dal sistema non verbale nel linguaggio organizzato logicamente*”⁹, consentendo la trasformazione dei significati in esso rappresentati.

Quando gli elementi sensoriali, viscerali e motori si integrano in schemi emozionali insieme alle immagini e alle parole lo sviluppo emotivo può definirsi normale; “*esso è comunque influenzato dalla capacità parentale di sintonizzarsi e di regolare gli stati emotivi del bambino e quindi di tradurre gli stati di eccitamento emotivo in affetti denominabili a cui il bambino può pensare e che può comunicare agli altri*”¹⁰.

Per la Bucci la somatizzazione comporta l'attivazione delle rappresentazioni somatiche subsimboliche che non sono mai state connesse alle rappresentazioni simboliche o che se ne sono dissociate, in questo caso esse vengono vissute solo come eventi somatici senza riconoscere alcun significato psichico. Secondo l'autrice, infatti, il problema di certa psicopatologia non è

⁹ Graeme J. Taylor, *Somatizzazione e conversione: costrutti distinti o sovrapposti?*, Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry, 2003; 31 (3); 487-508.

¹⁰ *Ibidem*.

rappresentato dal fatto che il codice verbale non ha preso il posto di quello non verbale, ma dal fatto che il codice verbale non è abbastanza collegato con quello non verbale, anche nel senso che sono stati messi in atto vari processi difensivi (dissociazioni, rimozione di ricordi traumatici, soprattutto immagazzinati come immagini non verbali o preverbalì collegate a fasi precoci dello sviluppo) che diminuiscono le connessioni tra i vari sistemi. Lo scopo della terapia è quello di aumentare quella che la Bucci chiama "attività referenziale", con la quale si intendono le connessioni tra i diversi sistemi o codici nei quali viene immagazzinata la memoria a lungo termine. Questo può implicare anche la formazione di nuove connessioni non esistenti precedentemente o andate perdute nel corso del tempo e a causa di esperienze successive.

La Bucci utilizza la somatizzazione come concetto sovra-inclusivo che comprende i disturbi di conversione, da dolore, di somatizzazione e tutte le patologie mediche definite psicosomatiche.

Ciò che mi ha spinto ad approfondire proprio questo disturbo è il fatto che, a mio giudizio, stiamo attraversando una fase in cui il disturbo da conversione, ma più in generale, i disturbi di somatizzazione si stanno ripresentando con tutta la loro violenza.

Oggi si vedono sempre più spesso casi di conversione isterica in pazienti in età evolutiva: manifestazioni gravi dal punto di vista della sintomatologia, della sofferenza imposta e dell'impatto invalidante sulla vita dei giovani soggetti. "Blocchi", paralisi, svenimenti, deficit sensoriali, repentine crisi di "debolezza" interferiscono in modo importante con la vita familiare, sociale, scolastica dei pazienti. Come precedentemente esposto, il DSM-V sottolinea la frequente relazione di questi disturbi con fattori psicologici quali tratti temperamentali, l'evenienza di eventi traumatici e la non rara correlazione con sintomi di natura dissociativa, quali depersonalizzazione, derealizzazione e amnesia psicogena.

C'è forse un elemento comune tra la paziente storica di Freud e le pazienti che giungono negli studi di psicoterapia di oggi?

Probabilmente sì!

Il nodo problematico che accomuna le pazienti che furono descritte da Freud e Breuer alle ragazze dei nostri giorni potrebbe essere quello di una pressante necessità di espressione di vissuti psichici che non possono accedere alle forme della più "mentale" espressione verbale e che "parlano" attraverso sintomi corporei, in particolare servendosi di un corpo che si "blocca", non si regge in piedi e sviene.

Ricordiamo che tra i sintomi di Anna O. vi fosse una sorta di "balbettio", anche se la giovane donna parlava fluentemente diverse lingue quando il disturbo non era presente. Ma in una realtà storica a cavallo tra il XIX e il XX secolo la donna non aveva davvero la possibilità di esprimersi, a causa di

una cultura patriarcale e coloro che non accettavano tale limitazione non raramente si "bloccavano" o finivano con il balbettare.

Oggi l'espressione libera e soggettiva non è inibita da norme patriarcali ormai infrante, ma conosce altri ostacoli. Da un lato vediamo la diffusione e la rarefazione del dialogo intersoggettivo in una società liquida, dove è assai facile parlare, ma non altrettanto essere autenticamente ascoltati. Da un altro lato non è rara l'inibizione della libera espressione della propria voce a causa del frequente incontro con coetanei che mettono in atto comportamenti violenti, intrusivi e non rispettosi, talvolta espressi in modo fisico ed esplicito, altre volte più striscianti, ma non meno capaci di inibire l'espressività autentica. Non raramente la voce bloccata diventa sintomo fisico, e non raramente il sintomo racconta qualcosa di traumatico.

Dott.ssa Giovanna Poeta