

**Rebecca Farsi****Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Disturbo di somatizzazione e disturbo di conversione: tra analogie e differenze

INDICE:

1. Introduzione
2. La rimozione
3. La somatizzazione
4. Conclusioni
5. Bibliografia
6. Altre letture su HT

1. Introduzione

I disturbi somatici, pur nel loro diversificarsi sintomatico, sono accomunati da un elemento identificabile nell'utilizzo del corpo per l'espressione di un disagio avente in realtà un'origine emotiva. Non v'è dimostrazione più grande, come in quella fornita da queste specifiche sindromi, che psiche e soma non possono essere considerate due unità distinte e parallele, ma come un unicum di parti in continua interazione reciproca.

Doverosa questa premessa, val la pena tracciare una precisazione in merito a due disturbi somatici che, pur presentando caratteristiche simili, sottendono in realtà una sostanziale differenza, tanto nei sintomi che nella patogenesi. Il riferimento va al disturbo di **conversione** e a quello di **somatizzazione**. È lo stesso DSM-V a renderli dissimili, stabilendo come nell'uno si abbia la presenza di un sintomo fisiologico oggettivo, seppur di entità lieve, cui viene dedicata eccessiva preoccupazione da parte del malato, e nell'altro la presenza di un sintomo di natura sensoriale, motoria, o comunque prettamente neurologica, che non presenta tuttavia nessun coinvolgimento organico effettivo. Come risulta possibile tutto ciò, sfugge ad un'analisi superficiale: è necessario rifarsi all'interpretazione dei disturbi che è stata data dalla psicologia psicodinamica, più propriamente dalla psicoanalisi, che ha visto nell'isteria dapprima il risultato patologico di un trauma sessuale rimosso, e in seguito un conflitto intrapsichico non verbalizzato (Freud, 1895; 1901).

2. La rimozione

In particolare, il sintomo somatico che consegue al conflitto non verbalizzato viene a caratterizzarsi come il compromesso tra una pulsione derivante dall'Es e considerata inaccettabile, inattuabile da parte del Super-Io, che la censura prontamente. È dunque un escamotage psicologico che l'Io pone in essere per controbilanciare da una parte il desiderio pulsionale e dall'altra la necessità di censura: la modalità in cui il corpo diviene, in questo frangente, l'elemento compiacente a tale compromesso imposto dall'Io è spiegata dalla **rimozione**, che, come tutti i meccanismi di difesa, opera automaticamente e in maniera inconscia, al fine di contenere il vissuto angoscioso

**Rebecca Farsi****Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

intrapsoichico (McWilliams, 2012, Mc Dougall, 1989). Nello specifico la rimozione, in presenza di una pulsione considerata inaccettabile dal punto di vista etico, si premura di isolare la componente oggettiva della pulsione da quella affettiva, convogliando quest'ultima nell'inconscio. Tale meccanismo, tipico del conflitto isterico, prende vita durante la fase edipica, quando, dopo la formazione del Super-Io, il bambino viene dotato di un senso morale che gli impedisce l'attuazione di tutte quelle pulsioni dettate dall'Es e che, in ottemperanza al principio di piacere, egli avverte come assolutamente improcrastinabili (Freud, 1905).

Molto spesso le pulsioni oggetto della rimozione hanno natura sessuale verso uno dei due genitori, specie quello di sesso opposto, che il bambino vorrebbe "possedere" in via esclusiva, liquidando la presenza concorrente dell'altro. La tensione libidica si scontra con la consapevolezza che, in caso di attuazione della stessa, le conseguenze sarebbero irreparabili: il bambino perderebbe l'oggetto d'amore, verrebbe punito. Chiaro, dunque, come il suo desiderio debba venir modulato in qualcosa di più opportuno e accettabile, che si concretizza con l'identificazione paterna nel caso del bambino e con quella materna nel caso della bambina. È l'evoluzione funzionale dello sviluppo sessuale, ma anche del conflitto edipico, il cui erede è rappresentato dal Super-Io, la coscienza morale (Freud, 1905).

L'isterico non riesce tuttavia a concludere in maniera adattiva questo processo evolutivo, ma rimane vittima di quel conflitto inaccettabile che ha creduto di risolvere confinando il contenuto della pulsione inaccettabile nell'inconscio, in modo da non sentirsi più minacciato. Ha rimosso il contenuto oggettivo della pulsione, dunque, ma non è riuscito a fare altrettanto con il **contenuto affettivo** della stessa, che latita nel suo universo intrapsichico alla ricerca di un oggetto sul quale appagarsi. Questa "compiacenza" viene offerta dal corpo: è in un distretto corporeo che l'Io convoglia questa energia residua, rendendola un sintomo fisicamente percepibile, invalidante, portatore di sofferenza pur senza nessun coinvolgimento organico (Freud, 1901). È il sintomo stesso a costituire l'esito della lotta tra la pulsione inaccettabile e la volontà di censura della stessa: il prezzo simbolico che l'Io è costretto a pagare per assicurare la sopravvivenza psichica del soggetto, convogliando all'esterno una tensione libidica che non potrebbe venir soffocato troppo a lungo.

È tuttavia necessario fare una precisazione: il fine della rimozione è essenzialmente quello di espellere dalla coscienza una pulsione inaccettabile, e questa espulsione può avvenire solo perché la pulsione, nel suo contenuto emotivo, ha avuto accesso alla coscienza, dalla quale solo in un secondo momento, per volontà dell'Io, è stata esclusa. E la sua esclusione è avvenuta a ragione di un'inaccettabilità che è stata coscientemente realizzata.

Ovvio che, per applicare il meccanismo di rimozione, sia necessario aver preventivamente sviluppato un senso di totalità e continuità del Sé, che sia anche in grado di conferire un'identità alle emozioni e di vagliarne il contenuto specifico, giudicandone l'accettabilità o meno: ove questa continuità nell'identità non sia stata raggiunta, per liberarsi del peso di pulsioni spaventose e irrealizzabili, il soggetto utilizza meccanismi di difesa più primitivi come la scissione, la proiezione, il diniego (McWilliams, 2012). Oppure la **somatizzazione**: classico caso in cui la pulsione emotiva non raggiunge mai la coscienza e non può nemmeno essere rimossa. Dunque cosa accade?

**Rebecca Farsi****Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

3. La somatizzazione

La risposta può essere trovata nel **disturbo da sintomi somatici**, che il vecchio DSM-IV chiamava disturbo algico, o ancora nel disturbo **alessitimico** (Sifneos, 1973). Patologie nelle quali l'energia pulsionale, tanto dal punto di vista affettivo che da quello strettamente contenutistico, non può venir relegata nell'inconscio per il semplice fatto che non è mai riuscita a raggiungere un livello di coscienza. In questa fase l'emozione è rimasta intrappolata a livello del subconscio, non è mai divenuta cosciente, e dunque non è mai stata neppure simbolizzata.

La sofferenza fisica diviene dunque l'unica modalità di espressione per un'emozione inaccettabile, e tuttavia inesprimibile, inconsapevole: potremmo pensare agli elementi beta di Bion, elementi protoverbalizzati che non sono mai stati elaborati a livello cosciente, e vengono espulsi dal paziente sottoforma di acting-out, di processi somatici inconsapevoli (1967).

Si tratta di soggetti nei quali è mancato uno stato di identificazione affettiva ben prima della fase edipica, e in cui l'impossibilità di accedere alle figure di accudimento si è tramutata nell'impossibilità di portare alla coscienza stati angosciosi persecutori che, ove resi coscienti senza il contenimento della figura materna, sarebbero risultati disintegranti (Bion, 1967). Sono dunque soggetti in cui fanno difetto una consapevolezza emotiva propria e altrui, un vocabolario emotivo adeguato, un pensiero astratto e operante all'interno: il pensiero è al contrario concreto, operatorio, livido e scevro di qualsiasi flessibilità emotiva (Sifneos, 1973).

Le emozioni non compaiono, e non perché non esistano, ma perché non sono rese accessibili alla coscienza, e rimangono letteralmente intrappolate nei processi fisiologici di espressione delle stesse. Ne offre dimostrazione il fatto che, soggetti alessitimici sottoposti a test neurologici e percettivi, non mostrano alcun coinvolgimento emotivo verbale pur evidenziando elevato arousal somatico. Ciò significa che l'emozione è presente, ma non consapevole, non verbalizzata. È esistente solo a livello corporeo, subcosciente, sub simbolico, e per questo il corpo è la sua unica via di espressione (Bucci, 1997).

4. Conclusioni

In pratica potremmo affermare che nella rimozione esiste una pulsione che è stata vissuta e sperimentata coscientemente, e dunque rimossa per la sua inaccettabilità. Al contrario, nella somatizzazione la presa di coscienza circa la pulsione non è mai avvenuta e il contenuto emotivo della stessa non ha mai raggiunto un livello simbolizzato, cosciente, espressivo. Dunque non si può ricordare ciò che non si è vissuto. Non si può ricordare ciò che non è esistente nella memoria, neppure sottoforma di ricordo inconscio. È questo il motivo per cui l'organo, nel disturbo isterico, rappresenta una simbolizzazione del conflitto inconscio, e un tentativo di rappresentazione cosciente dello stesso (ad esempio una persona che non vuol vedere diventa cieca, una che non vuol camminare non riesce più a muovere le gambe) mentre nei disturbi somatizzanti questa rappresentazione cosciente non è attuabile e l'organo è solamente il correlato biologico di una tensione emozionale (Giberti, Rossi, 1999). L'alessitimico deve imparare ad emozionarsi, l'isterico deve invece far riemergere le proprie emozioni dall'inconscio e conferire alle stesse una regolazione adattiva.

**Rebecca Farsi****Laureata in Psicologia ad indirizzo clinico-
neuropsicologico**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

5. Bibliografia

- Bion, W. (1967), *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, tr.it. Armando editore, Roma;
- Bucci, W. (1997), *Symptoms and symbols: a multiple code theory of somatization*, in *Psychoanalytic Inquiry*, 17, pp.151-172;
- Freud, S. (1895), *Studi sull'isteria e altri scritti (1886-1895)*, C.L. Musatti (a cura di), Bollati Boringhieri, Torino 1989;
- Freud, S. (1901), "*Casi Clinici 3 , Dora: frammento di un'analisi di isteria, 1901*", Collana Biblioteca Boringhieri, n. 17, Bollati Boringhieri, Torino 1976;
- Freud, S. (1905), *Tre saggi sulla teoria sessuale*, Collana Biblioteca Boringhieri, n. 4, Bollati Boringhieri, Torino 1976;
- Giberti F., Rossi, R. (2009), *Manuale di psichiatria*, Piccin editore, Padova;
- McDougall, J. (1989), *Teatri del corpo. Un approccio psicoanalitico ai disturbi psicosomatici*, tr.it. Raffaello Cortina, Milano, (2014);
- McWilliams, N. (2012), *La diagnosi psicoanalitica*, tr.it. Astrolabio, Roma;
- Sifneos, P.E. (1973), *The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients*, in *psychotherapy psychosomatic*, 22(2):255-62;
- PDM, (2012) *Manuale diagnostico psicodinamico*, tr.it. Raffaello Cortina editore, Milano;
- DSM-V (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, tr.it. Raffaello Cortina Editore, Milano

6. Altre letture su HT

- Alessandra Bagnoli, "[Il disagio psichico nello studio del Medico: quando è il corpo che parla. Depressione, ansia e somatizzazioni](#)", articolo pubblicato su HumanTrainer.com, Psico-Pratika nr. 110, 2014