

Elisa Casini

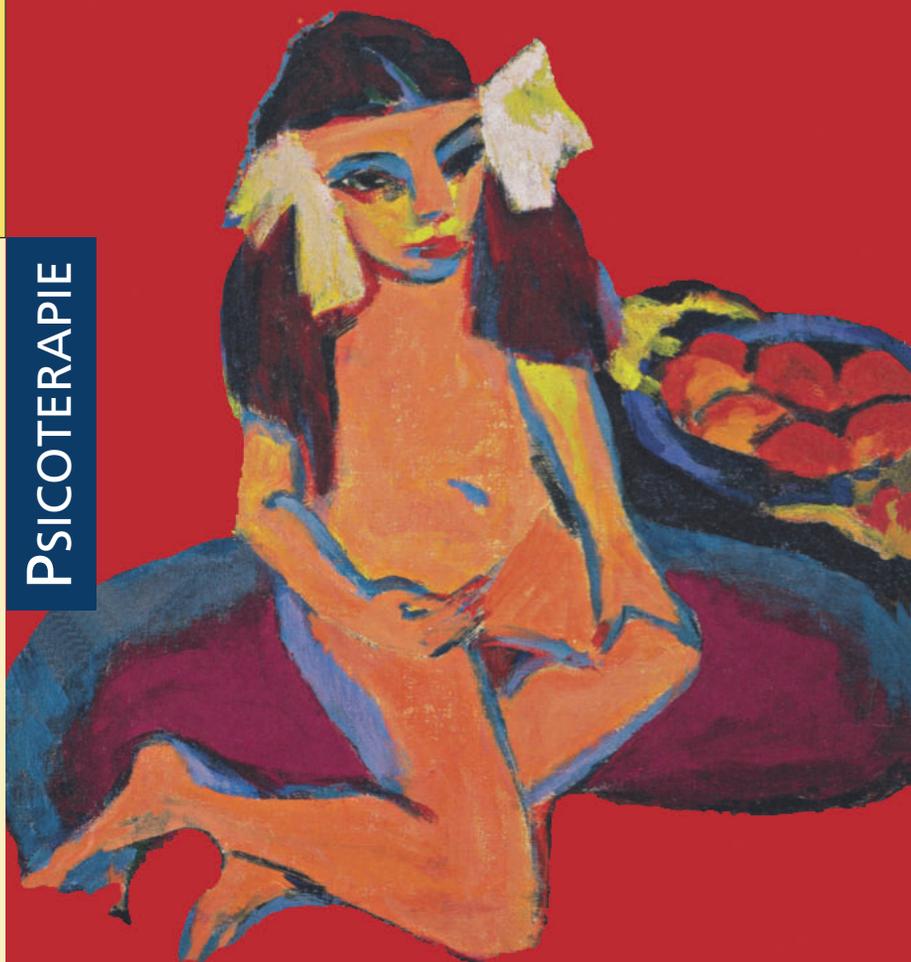
# Somatizzazione e adolescenza

Quando le emozioni  
sono sequestrate nel corpo

*Presentazione*  
di Giovanna Montinari

PSICOTERAPIE

**FrancoAngeli**



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Elisa Casini

# **Somatizzazione e adolescenza**

Quando le emozioni  
sono sequestrate nel corpo

*Presentazione*

di Giovanna Montinari

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

*In copertina: Ernst Ludwig Kirchner, Ragazza con gatto, 1910*

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.  
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le  
condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito  
[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# Indice

<b>Presentazione</b> , di <i>Giovanna Montinari</i>	pag.	7
<b>Introduzione</b>	»	11
<b>1. La somatizzazione: un costrutto controverso</b>	»	17
1. Le origini	»	19
2. Gli sviluppi storici	»	20
2.1 “Gli estremisti”	»	21
2.2 “I moderati”	»	25
2.3 I modelli della specificità	»	26
2.4 Un cenno alla psicologia sperimentale	»	30
3. Somatizzazione e conversione: un tentativo di distin- zione	»	32
<b>2. Il rapporto mente-corpo tra psicoanalisi e neuroscienze</b>	»	36
1. Il retaggio cartesiano	»	36
2. Il corpo in psicoanalisi	»	39
2.1 La “zona d’ombra” di Freud	»	40
2.2 Gli sviluppi post-freudiani	»	44
3. Il contributo delle neuroscienze	»	50
3.1 Note sul Sistema Nervoso Autonomo	»	51
3.2 L’integrazione possibile	»	53
4. L’organismo vivente come sistema complesso	»	59
<b>3. Somatizzazione ed emozioni: la prospettiva psicoanalitica contemporanea</b>	»	66
1. La relazione primaria e la regolazione degli affetti	»	67
2. La Scuola Psicosomatica di Parigi	»	74
3. L’alessitimia	»	79
3.1 Alessitimia, acting out e locus of control	»	80

3.2 Alessitimia, disturbi somatoformi e malattia	»	82
3.3 Alessitimia e dissociazione	»	84
4. La somatizzazione secondo la Teoria del Codice Multiplo	»	87
4.1 La Teoria del Codice Multiplo	»	88
4.2 Schemi emotivi e processo referenziale	»	89
4.3 La patologia secondo la Teoria del Codice Multiplo	»	92
<b>4. Adolescenza e somatizzazione</b>	»	96
1. Adolescenza: compiti di sviluppo e funzionamento difensivo	»	97
2. Il corpo adolescente	»	102
3. La somatizzazione adolescente	»	104
3.1 Una review bibliografica	»	105
3.2 Verso un modello integrato della patologia in adolescenza	»	110
3.3 La funzione articolante della parola	»	118
3.3.1 Gianluca: il sintomo somatoforme al crocevia tra infanzia e adolescenza <i>di Maria Elena Farchica</i>	»	122
3.3.2 Saverio, l'uomo di ghiaccio <i>di Paola Catarci</i>	»	128
<b>5. Giovani che somatizzano al Pronto Soccorso: un intervento-ricerca</b> <i>di Paola Carbone, Elisa Casini, Anna Ferrari</i>	»	140
1. Il modello dello "Sportello-Giovani"	»	142
A. LA RICERCA	»	143
2. Metodologia e strumenti	»	143
3. Presentazione e discussione dei risultati	»	145
B. LA CLINICA	»	163
4. Il lavoro allo Sportello-Giovani: "psi" in Pronto Soccorso	»	163
4.1 Gli incontri con i ragazzi	»	173
<b>Bibliografia</b>	»	183

# *Presentazione*

*di Giovanna Montinari*

Anche se negli ultimi anni la psicoanalisi dell'adolescenza ha posto la tematica del corpo al centro dell'esperienza evolutiva e delle diverse problematiche ad essa connesse, poco spazio è stato dato alla trattazione della somatizzazione e dei sintomi somatici che non presentano un riscontro medico obiettivo.

Il lettore scoprirà fin dalle pagine iniziali del libro le molteplici ragioni di questa carenza presente in letteratura: dalla difficoltà a definire lo stesso costruito di somatizzazione, al legame con l'altrettanto questione problematica del rapporto tra corpo e mente, fino alla scarsità dei dati clinici sui disturbi somatoformi in adolescenza. Come ci ricorda l'Autrice, sono infatti moltissimi i giovani che esprimono attraverso il corpo il loro disagio ma pochi quelli che si rivolgono agli "psi" per prendersene cura. Più frequentemente i ragazzi ricorrono ai servizi medici per curare i loro sintomi somatici alimentando quel vuoto rappresentativo che spesso è all'origine dei disturbi somatoformi.

Nel corso del libro è ampiamente spiegato perché l'adolescenza rappresenti un periodo particolarmente a rischio per l'espressione somatica del disagio psicologico. Con l'avvento della pubertà, il corpo diviene per l'adolescente luogo privilegiato delle trasformazioni ma anche punto di riferimento costante a cui potersi ancorare nell'oscillazione tra identità e cambiamento.

Dal punto di vista clinico, gli adolescenti ci convocano a non trascurare il corpo: sappiamo quanto sia importante decodificare le sue comunicazioni, quanto talvolta il corpo rappresenti senza rimandi luogo privilegiato dell'essere e quanto le sue vicissitudini e la relazione con esso divengano fattori costituenti dell'apparato psichico adolescente. Talvolta i sintomi somatici possono anche sostituirsi alla parola e all'organizzazione simboli-

ca rappresentando un ancoraggio verso cui precipitano contenuti psichici non governabili.

A partire da questi presupposti della teoria psicoanalitica dell'adolescenza, il libro propone un punto di vista originale rispetto alla somatizzazione secondo cui l'essere umano è costantemente coinvolto in un processo di autoregolazione psicobiologica. I sintomi somatoformi si manifestano qualora questo processo necessario al mantenimento dell'integrazione somatopsichica risulti deficitario. Come descritto nel secondo capitolo, le recenti scoperte delle neuroscienze dimostrano che la malattia sia internistica che psichica rappresenta una condizione di disorganizzazione funzionale cioè un disturbo della regolazione psicobiologica.

Se è vero che l'individuo è convocato per tutto il corso della vita a svolgere questo difficile lavoro di integrazione somatopsichica, realizzarlo in adolescenza è ancor più complesso. Per l'adolescente è molto alto il rischio di sperimentare il nuovo corpo sessuato come un estraneo che produce "rumori" disturbanti registrati a livello prevalentemente fisiologico come un moto viscerale privo di senso. Sono dunque preziosi i contributi clinici forniti da Paola Catarci e Maria Elena Farchica che nel quarto capitolo raccontano due percorsi di psicoterapia psicoanalitica, rispettivamente con un giovane adulto e con un adolescente, alle prese con un difficile lavoro di significazione dei sintomi somatoformi.

È infatti auspicabile, come sottolinea l'Autrice, offrire ai giovani occasioni per significare i "rumori" del corpo. Da questo proposito nasce il progetto di intervento clinico e ricerca presentato nel quinto capitolo.

Questo progetto è stato avviato nel 2002 presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma dalla Professoressa Paola Carbone con cui Elisa Casini e Anna Ferrari collaborano da molti anni nell'ambito dell'attività del "Laboratorio di Prevenzione; I Giovani e gli Incidenti", della Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università "La Sapienza" di Roma.

Leggendo il resoconto di questa affascinante esperienza clinica e di ricerca, si coglie quanto sia importante, per chi si occupa di adolescenti, affacciarsi in luoghi in cui poter andare attivamente alla ricerca di quei ragazzi che non hanno le risorse per rivolgersi in modo autonomo ad un servizio psicologico. Uno di questi luoghi è proprio il Pronto Soccorso. Come ci raccontano Paola Carbone, Elisa Casini e Anna Ferrari, in questo contesto sanitario è possibile incontrare i tanti giovani che somatizzano l'ansia e offrire loro un colloquio psicologico in cui riflettere "a caldo" sui sintomi che li li hanno condotti per riconoscere un eventuale collegamento con le loro difficoltà psicologico-esistenziali.

Il gruppo di lavoro coordinato da Paola Carbone è impegnato da molti

anni in questo luogo di cura (Ospedale e Pronto Soccorso) nella ricerca e sperimentazione clinica di un approccio terapeutico innovativo. Questo progetto si pone in continuità con la tradizione scientifica dell'ARPA che da sempre si propone di integrare la cura psicoanalitica classica dell'adolescenza con interventi alternativi al *setting* tradizionale (intermedi o estremi) rivolti ai giovani più difficili o a quelli che non si avvicinano ai servizi psicologici. Il modello di intervento proposto da Paola Carbone e dalle sue collaboratrici prevede in modo originale la presenza di uno psicoterapeuta dell'adolescenza in Pronto Soccorso per offrire ai giovani che esprimono attraverso il corpo il loro disagio l'occasione di un colloquio psicologico che superi quel dualismo mente-corpo che la stessa organizzazione della struttura sanitaria ripropone.

Ci auguriamo che la lettura del libro possa aiutare gli addetti ai lavori e non solo a riflettere sull'importanza di offrire una cura integrata dell'uomo e, in particolare dell'adolescente, che per le caratteristiche fase-specifiche di questo periodo della vita si trova particolarmente esposto al rischio di scissione in livelli biologici e psicologici.

L'adolescenza si propone come un amplificatore di questioni sempre presenti nel funzionamento umano. In questa fase della vita l'individuo si trova per la prima volta alle prese con un complesso lavoro di rimaneggiamento psichico finalizzato ad integrare il nuovo corpo pubere nella rappresentazione di sé come soggetto genitale: questo stesso meccanismo di integrazione somatopsichica, che in adolescenza si rivela con la massima intensità, sarà presente durante tutto il corso della vita, chiamando l'individuo ad un lavoro di autoregolazione psicobiologica indispensabile al buon funzionamento umano.



## *Introduzione*

A quasi cent'anni dalla sua nascita il costrutto di somatizzazione è ancora in via di definizione. Stekel introdusse questo termine negli anni '20 del secolo scorso per descrivere un meccanismo equivalente a quello che originariamente Freud e Breuer (1895) avevano chiamato "conversione", per poi estenderlo, oltre i confini dell'isteria, fino a includere le nevrosi attuali di origine somatica.

Le molteplici definizioni che attualmente vengono fornite della somatizzazione hanno come caratteristica comune il riconoscimento di una sintomatologia fisica, non adeguatamente spiegata da evidenze mediche organiche, che piuttosto pare espressione di difficoltà psicologiche o conseguenza dello stress (Trombini e Baldoni, 2001; Porcelli, 2009).

Nonostante questa spiegazione rappresenti lo sforzo di una soluzione condivisa, essa non appare pienamente convincente e lascia aperte numerose questioni che fanno della somatizzazione un ambito di studi tanto ampio e affascinante quanto incerto e controverso.

Tra le questioni ancora aperte cito le seguenti:

- La somatizzazione può essere intesa in senso eziologico, come un meccanismo psichico, e/o in senso nosologico, come il suo esito, cioè come sintomo e/o disturbo prodotto da questo meccanismo?
- Secondo la prima accezione, intendere la somatizzazione come meccanismo implica studiarne la relazione con il meccanismo di conversione da cui ha preso origine: la somatizzazione può essere considerata come un concetto sovra-inclusivo che comprende anche quello di conversione? Oppure si tratta di due concetti distinti?
- Intendere la somatizzazione come meccanismo eziopatogenetico implica inoltre interrogarsi sulla sua qualità: i disturbi ad esso connessi debbono essere concepiti come blocchi di sviluppo nell'integrazione somatopsichica e/o come regressioni o successive rotture di un complesso equilibrio da preservare dinamicamente per tutta la vita?
- Se invece seguiamo la seconda accezione proposta, quella di somatizza-

zione come sintomo e/o disturbo, si pone comunque il problema dell'individuazione di precisi criteri diagnostici. La sintomatologia fisica implicata nella somatizzazione è sempre non adeguatamente spiegabile da evidenze mediche-organiche? Ovvero, la presenza di una lesione medica obiettiva esclude necessariamente la diagnosi di un disturbo di somatizzazione?

- Se tuttavia poniamo il caso che la presenza di una lesione medica obiettiva escluda la diagnosi di somatizzazione, come è possibile l'alterazione di una funzione somatica senza che ciò trovi una corrispondenza anche in modificazioni di natura biologica?
- Infine, che ruolo può avere la parola, e in particolare, la parola della psicoterapia, nella cura dei sintomi di somatizzazione?

È proprio da queste molteplici e complesse domande che il mio lavoro di ricerca teorica e clinica ha preso le mosse.

A tali quesiti ho cercato di rispondere scoprendomi, nel corso dei miei studi, più volte alle prese con la difficoltà a dare coerenza all'ampiezza dei contributi teorici che affluiscono nell'ambito della somatizzazione.

A partire dalle ricerche delle neuroscienze mi sono avventurata verso discipline poco esplorate in ambito psicologico, a tratti con una sensazione di vertigine, con disagio, confusione e soprattutto con la preoccupazione di allontanarmi troppo dalla "terra madre" della psicoanalisi – su cui tutto il mio scritto intende fondarsi – ma altre volte invece con l'entusiasmante impressione di trovare conferme proprie in quelle zone di confine.

Questo sforzo integrativo mi ha avvicinato alla complessità del costrutto di somatizzazione che si radica nella stessa natura problematica del rapporto tra mente e corpo, questione tanto essenziale alla natura umana quanto intrinsecamente irrisolvibile poiché – come già osservava il filosofo e sociologo Plessner (1967, p. 35) – «siamo corporei ma al contempo sosteniamo di avere un corpo», ovvero siamo un corpo ma anche il risultato storico della progressiva decentralizzazione della nostra dimensione antropologica.

Studiare il costrutto di somatizzazione implica perciò cimentarsi con l'ardua sfida che l'integrazione mente-corpo ci pone; sfida che nel tempo, attraverso i decenni e le diverse prospettive teoriche, tra controversie e punti di incontro, avanzamenti e arretramenti, perdura a conferma della difficoltà e delle resistenze che essa attiva.

Se dunque occuparsi di somatizzazione è già di per sé complesso, lo è ancora di più in relazione alla fase dell'adolescenza in cui il corpo è "croce e delizia" del funzionamento umano poiché la plasticità psicologica di questa fase della vita è strettamente connessa alla sua plasticità fisiologica che pure, paradossalmente, ne rappresenta il motivo di crisi.

Malgrado l'adolescenza riserbi la preziosa opportunità di rimettere in

gioco e risolvere questioni infantili giaciate in latenza, la sintomatologia manifestata da molti giovani esprime proprio la difficoltà ad integrare il nuovo corpo pubere, a simbolizzare i vissuti emotivi e dunque a ricomporre un'unità di senso somatopsichica necessaria al buon funzionamento umano. La metamorfosi puberale e il complesso lavoro di rimaneggiamento psichico che questa comporta rendono perciò l'adolescenza una fase particolarmente a rischio per l'espressione somatica del disagio psicologico (Carbone, 2005; 2009a).

Di queste tematiche, e dei numerosi risvolti teorici e clinici che ad esse si accompagnano, si occupa il mio lavoro.

Questo scritto si organizza in cinque capitoli nel corso dei quali esamino la complessità del costrutto di somatizzazione, la sua comprensione in adolescenza per proporre infine un progetto di intervento e ricerca realizzato presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale Sant'Eugenio di Roma.

Nel primo capitolo descrivo il *background* storico-concettuale del costrutto di somatizzazione attraverso un breve *excursus* dalla sua nascita fino ai primi sviluppi storici che videro gli psicoanalisti del tempo schierarsi su due principali fronti: coloro che estesero radicalmente questo costrutto a tutta la fisiopatologia (Groddeck, 1923; Valabrega, 1954, 1965; Deutsch, 1959; Chiozza, 1976, 1986) e coloro che invece adottarono un approccio più moderato (Fenichel, 1945; Rangell, 1959; Engel, 1968) da cui si sono in seguito sviluppati i modelli teorici della "specificità" (Dunbar, 1943, 1947; Alexander, 1950), volti ad individuare le relazioni esistenti tra specifici tipi di personalità e lo sviluppo di specifiche malattie. Accenno in questo capitolo anche alla psicologia sperimentale, orientata soprattutto alla valutazione dei rapporti tra il verificarsi di determinati eventi di vita, la salute dell'individuo e il suo comportamento di malattia, per proporre infine un tentativo di distinzione del costrutto di somatizzazione da quello di conversione grazie ai contributi della riflessione psicoanalitica contemporanea (Taylor, 2003).

Nel secondo capitolo esamino l'origine storico-culturale del dualismo mente-corpo e, in particolare, come è stata affrontata la questione del corpo in ambito psicoanalitico, dalla nascita del pensiero freudiano fino agli sviluppi contemporanei. Si evidenzia come la tematica del rapporto tra *psiche* e *soma* rappresenti trama portante del pensiero psicoanalitico e al contempo un'area conflittuale che ne fanno la "zona d'ombra" della stessa vita di Freud oltre che della disciplina da lui fondata.

In seguito presento il contributo che le neuroscienze forniscono alla soluzione dell'unità somatopsichica umana e al superamento del modello eziopatogenetico di tipo dualistico e deterministico della malattia (Merciai

e Cannella 2005), alla ricerca di un difficile equilibrio tra lo “Scilla” dell’isolamento di un sapere della psiche dal sapere del corpo e il “Cariddi” di una psicoanalisi della verifica obiettiva.

Il terzo capitolo esamina il ruolo che il pensiero psicoanalitico contemporaneo attribuisce alla disregolazione affettiva nella genesi dei disturbi somatoformi (Gottlieb, 2003; Fornaro, 2007; Verhaeghe *et al.*, 2007).

A partire dai contributi teorici post-freudiani, relativi al ruolo della relazione primaria nello sviluppo della funzione di regolazione affettiva, descrivo la teorizzazione della Scuola Psicosomatica di Parigi e del suo concetto di “pensiero operatorio” (Marty e De M’Uzan, 1963; Marty, 1980). Da esso si origina il costrutto molto noto di “alessitimia” (Sifneos, 1973) di cui esploro i rapporti, rilevati in ambito empirico, con la tendenza all’*acting out* e al *locus of control* esterno, con la dissociazione, i disturbi somatoformi e la malattia organica. Presento infine la Teoria del Codice Multiplo (Bucci, 1997a,b) che rappresenta un interessante modello dell’elaborazione dell’esperienza utile alla comprensione della patologia somatoforme.

Il quarto capitolo si incentra sulla somatizzazione in adolescenza.

Dopo aver accennato ai compiti di sviluppo a cui l’adolescente deve far fronte e ai rimaneggiamenti difensivi che essi implicano, affronto la complessa tematica del corpo adolescente. Propongo un modello interpretativo della patologia che si fonda sul concetto di somatizzazione e raccoglie i contributi della ricerca neuroscientifica, biomedica e degli studi della psicoanalisi dello sviluppo. Proprio a partire da questo modello risulta di grande interesse la riflessione sulla funzione che la parola può assolvere nell’articolazione dei “rumori” del corpo adolescente in vissuti emotivi. A fini esemplificativi, sono presentati due casi clinici condotti dalla dottoressa Paola Catarci e dalla dottoressa Maria Elena Farchica.

Nel quinto ed ultimo capitolo, scritto in collaborazione con Paola Carbone e Anna Ferrari, è descritto il progetto di intervento-ricerca realizzato presso il Pronto Soccorso dell’Ospedale Sant’Eugenio di Roma nell’ambito dell’attività del “Laboratorio di Prevenzione; I Giovani e gli Incidenti” della Facoltà di Medicina e Psicologia dell’Università “La Sapienza” di Roma. Si tratta di un progetto finalizzato ad indagare le caratteristiche socio-relazionali e il funzionamento emotivo-difensivo di quei giovani che esprimono il loro disagio attraverso il corpo e giungono in Pronto Soccorso per far fronte all’urgenza somatica. I dati della statistica sanitaria evidenziano infatti che il Pronto Soccorso è uno dei servizi più utilizzati dai giovani (Knishkowsky *et al.*, 1995; Walzer e Townsend, 1998; Ziv *et al.*, 1998; Rosso e Pezzoni, 1999; Bertolotti *et al.*, 2001; Nimnuan *et al.*, 2001; Pennacchi e Anticoli, 2002). Questo contesto sanitario rappresenta perciò un

luogo privilegiato dove poterli contattare per offrire loro l'occasione di un colloquio psicologico in cui riflettere sull'evento che li ha condotti e riconoscere un eventuale collegamento con le loro difficoltà psicologico-esistenziali.

Il quinto capitolo è dunque organizzato in due sezioni: nella prima sono descritti la ricerca, la metodologia utilizzata e i principali risultati ottenuti dalle elaborazioni statistiche. Nella seconda sezione proponiamo alcune riflessioni cliniche relative al lavoro psicologico in Pronto Soccorso: dalla difficoltà di operare in questo contesto sanitario, ai limiti di un solo colloquio psicologico, fino ai suoi punti di forza e alla ricchezza dell'esperienza umana e professionale che a questo progetto si accompagna.

A conclusione del lavoro, sono presentati alcuni incontri clinici con ragazzi giunti in Pronto Soccorso a causa di sintomi somatoformi che mostrano come un unico colloquio possa consentire di cominciare a mettere in parola le emozioni sequestrate nel corpo.



## 1. *La somatizzazione: un costrutto controverso*

«Tutte le cose erano insieme; poi venne la mente e le dispose in ordine».  
(Anassagora)

La letteratura scientifica evidenzia come la nozione di somatizzazione sia connotata da una notevole ambiguità che si esprime attraverso una molteplicità di significati e definizioni, un uso impreciso del concetto e una impropria sovrapposizione alla nozione di malattia psicosomatica<sup>1</sup> (Van der Feltz-Cornelis e Van Dyck, 1997; Marin e Carron, 2002; Fornaro, 2007). Tuttavia la caratteristica comune alla maggior parte delle attuali definizioni di somatizzazione consiste nell'individuazione di una sintomatologia fisica che non può essere adeguatamente spiegata da evidenze mediche-organiche ma che piuttosto pare espressione di difficoltà psicologiche o conseguenza dello stress (Trombini e Baldoni, 2001; Porcelli, 2009).

Fornaro (2007) ha raccolto le numerose definizioni che si sono succedute nel corso del tempo in quattro gruppi principali che intendono la somatizzazione come:

1. *l'espressione di un disagio psichico nella forma di una sofferenza somatica*, incluse le patologie che risultano sia da conversione sia non;
2. *la tendenza ad esperire e comunicare il distress psicologico in forma di sintomi fisici* e a cercare consultazioni e cure mediche per essi;

<sup>1</sup> La definizione di "malattia psicosomatica", intesa come un insieme di disfunzioni fisiologiche e alterazioni strutturali originate da processi di natura psichica, risulta ambigua ed insufficiente ad operare precise distinzioni diagnostiche in quanto tutte le malattie presentano un'eziologia multifattoriale in cui sono necessariamente coinvolti aspetti psicologici, biologici, evolutivi e sociali (Hiller *et al.*, 2006; Baldoni, 2010).

Parlare di somatizzazione implica anche sfiorare la questione della "disciplina psicosomatica", un campo caratterizzato da contraddizioni e aporie sul cui statuto epistemologico non esiste un consenso unanime. In tale questione non mi addentro per la vastità dei contributi ad essa relativi e rimando, per una panoramica esaustiva sulla situazione passata e attuale della disciplina psicosomatica, alle seguenti fonti: "*Medicina psicosomatica e psicologia clinica*" (Porcelli, 2009), "*Tra mente e corpo. Come si costruisce la salute*" (Solano, 2013).

3. *l'insieme di sintomi fisici e lamentele somatiche privo di oggettivo riscontro medico;*
4. *un disturbo specifico* all'interno dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV-TR (APA, 2000), storicamente legato all'isteria o Sindrome di Briquet: un disturbo polisintomatico che comincia prima dei 30 anni, dura per più anni, ed è caratterizzato dall'associazione di dolore e sintomi gastro-intestinali, sessuali e pseudo-neurologici.

È possibile osservare che le prime due definizioni pongono l'accento sulla natura *processuale e multifattoriale* della somatizzazione (Kellner, 1994; Sensky, 1994), le altre due, invece, adottano un approccio di tipo *categoriale-nosografico*, sottolineandone maggiormente l'aspetto operativo e comportamentale (Kirmayer *et al.*, 1994). Il concetto di somatizzazione è dunque interpretato in modo duplice (Sensky, 1994; Marin e Carron, 2002):

- *in senso eziologico*, per indicare un processo;
- *in senso nosografico*, per indicare un sintomo e/o un disturbo.

Secondo la prima accezione, di matrice psicoanalitica, questo concetto si origina da quello di conversione, da cui ne consegue una difficile e controversa distinzione; nella seconda accezione, di matrice psichiatrica americana, l'attenzione è invece rivolta all'individuazione di precisi criteri diagnostici. Infine, lo stesso modello interpretativo secondo cui la sintomatologia fisica, presente nella somatizzazione, non possa essere adeguatamente spiegata da evidenze mediche-organiche è esso stesso oggetto di critiche e revisioni dal momento che le recenti ricerche biomediche e neuroscientifiche, coerentemente con gli studi sul ruolo dell'affettività e della sua regolazione, hanno evidenziato una possibile continuità tra alterazioni funzionali e tissutali. Quest'ultimo aspetto verrà approfondito nel secondo capitolo e ripreso in più punti dal momento che lo sforzo teso a definire in modo coerente questo costrutto traverserà tutto il mio lavoro e rappresenterà motivo costante di riflessione teorica.

Nel tentativo di comprendere meglio l'ambiguità concettuale della somatizzazione e di orientarmi nella polisemia della sua definizione mi è parso necessario esplorare la sua nascita e il *background* storico-concettuale da cui ha mosso i primi passi.

## 1. Le origini

Il termine “somatizzazione” fu introdotto da Stekel<sup>2</sup> negli anni '20 del secolo scorso per definire un meccanismo equivalente a quello di conversione, individuato da Freud e Breuer (1895) per spiegare la formazione della sintomatologia isterica.

Freud (1905) ritenne inizialmente che l'isteria fosse dovuta ad un trauma di natura sessuale ma successivamente comprese come tale sintomatologia fosse più frequentemente espressione di fantasie aggressive della prima infanzia e di fantasie inconscie originate dal complesso edipico.

Secondo il modello freudiano, l'energia libidica associata all'idea insopportabile deve essere rimossa e trasformata in un'espressione somatica che Freud chiamò conversione<sup>3</sup>. Il meccanismo difensivo di conversione consente di esprimere in modo mascherato o simbolico un'idea o una fantasia inconscia in conflitto con le convinzioni morali e sociali del paziente (Freud, 1896). I sintomi riguardano principalmente i distretti somatici innervati dal sistema nervoso sensoriale o volontario motorio ed esprimono simbolicamente il desiderio interdetto e le difese erette contro di esso. Questo processo fu definito da Freud *psiconevrosi* (isteria e nevrosi ossessiva) e distinto dalle *nevrosi attuali* (nevrosi d'ansia, nevrastenia; l'ipocondria fu aggiunta nel 1914) a cui fu attribuita origine somatica, considerando in questo caso il sintomo come una traduzione della carica pulsionale nel corpo. Freud riteneva che le nevrosi attuali, avendo origine somatica, non potessero essere analizzabili, mentre le psiconevrosi, di origine psicologica, potevano rispondere all'interpretazione del conflitto psichico in quanto

<sup>2</sup> Secondo una recente ricerca si tratterebbe di un'attribuzione erronea in quanto Teslaar avrebbe tradotto nel neologismo “*somatization*” il termine “*organsprache*” (*organ-speech*, cioè linguaggio d'organo) usato in origine da Stekel in una sua opera del 1922, tradotta in inglese da Teslaar nel 1925, e indicante la “suscettibilità ereditaria di un organo ad ammalarsi”, ma interpretato dal traduttore come “conversione di stati emozionali in sintomi fisici”.

Stekel usò per la prima volta la parola “somatizzazione” nel 1935, in un'edizione rinnovata della precedente opera e le attribuì il significato di conflitto psichico espresso in sintomi fisici. L'errata attribuzione sembrerebbe provenire dal *Psychiatry Dictionary* di Hinsie e Campbell. Questo fraintendimento potrebbe giustificare la doppia accezione di somatizzazione come “meccanismo psichico” o come “sintomi creati da questo meccanismo” (Marin e Carron, 2002).

<sup>3</sup> Sebbene si ritenga generalmente che Freud fu il primo medico ad introdurre il concetto di conversione, come sottolineato da Mace (1992), il termine “conversione isterica” fu usato per la prima volta nel 1795 dal medico inglese John Ferriar. L'idea di Ferriar non fu però raccolta dall'*establishment* medico e cadde nell'oblio finché fu adottata da Freud cento anni dopo, quando venne ritenuta un'innovazione.