

Un caso di dolore psicogeno ?

Leonardo Fei
Psichiatra

Dipartimento Scienze Neurologiche e Psichiatriche
Università di Firenze - U.O. Psichiatria (Prof. G.F. Placidi)

Il Convegno nazionale del G.R.P.
"La medicina psicosomatica nella clinica e nella ricerca"

Monopoli, 14 maggio 2005

**Il dolore psicogeno
al pari dell'alexitimia :**

prototipo di funzionamento psicosomatico,
entità clinica o semplice dimensione
epistemologica ?

In Medicina Psicosomatica, come in ogni altra
branca delle scienze umane che si ponga come
obiettivo quello di integrare differenti approcci
conoscitivi allo stesso oggetto d'indagine, è
fondamentale la prospettiva epistemologica da cui si
intende costruire il nostro campo d'osservazione.

Il caso forse più emblematico di come incertezze
rispetto a questi presupposti abbiano condotto a
visioni di un stesso fenomeno contraddittorie e per
certi versi aleatorie, è quello del concetto di
alexitimia e del suo percorso dagli anni '70 fino ai
giorni nostri.

Vedremo come alcune attuali visioni del concetto di
dolore psicogeno sembrano ricalcare determinati
passaggi del percorso suddetto.

Alexitimia

- caratteristiche dell'espressività emozionale di soggetti affetti da malattie psicosomatiche, manifestate nel corso di psicoterapia dinamica (Sifneos, 1970). Concetto equivalente a quello di *pensiero operatorio* manifestato nel corso di interventi psicodiagnostici di gruppo ad orientamento psicoanalitico.
- caratteristiche omologabili ad un tratto di personalità (Freyberger, 1975) stabilmente caratterizzanti *la maggior parte* dei soggetti psicosomatici. Caratteristica peculiare della natura psicosomatica di una affezione organica (Nemiah, 1978).
- dall'introduzione nel ventennio 80-00 nell'uso clinico dei test (Sifneos I e II, T.A.S., I.B.Q., DCPR), si conferma l'alexitimia come target di psicosomaticità fino ad arrivare a parlare di "soggetti alexitimici".... In sostanza si finisce per affermare che *si somatizza perché non si mentalizza*

Alexitimia - 2

- le caratteristiche alexitimiche finiscono per configurare una tipologia psicopatologica omologabile ad un Disturbo di Personalità anche se nel corso degli anni 90 si assiste dapprima ad un disarticolamento del fenomeno (alexitimia primaria e secondaria), in seguito al riscontro di tali caratteristiche nel corso di eventi psicopatologici: dal panico alla depressione maggiore, da disturbi dello spettro schizofrenico alla patologia ossessiva. **Nessuna altra condizione nota è in grado di riscontrarsi potenzialmente in patologie psichiatriche così lontane tra loro . . .**

Come si vede, siamo approdati in ambiti assai distanti dalle iniziali osservazioni di Sifneos e Marty; da osservazioni cliniche puntiformi ad una posizione che pare assomatica, attraverso una estensivizzazione che a tratti sembra arbitraria o aleatoria (rapporto con la psicopatologia). Senza considerare che il soggetto affetto da una patologia psicosomatica giunge ad una valutazione psicologica dopo un lungo iter fatto di molteplici paradigmi diagnostici, di ipotesi di psicogenicità, nonché di sofferenza fisica; in sostanza di un vissuto di malattia quantomeno non indifferente.

Non è plausibile che vi siano le condizioni perché si modifichi l'espressività delle emozioni in un soggetto che si sente anzitutto malato ?

E in un soggetto con dolore cronico che cosa può accadere ?

Il dolore psicogeno

- le prime osservazioni sistematizzate di gruppi di pazienti affetti da dolore *sine materia* riguardano patologie algogene a **diagnosi non definita**: sindromi da dolore miofasciale, fibromialgie, vulvodinie ecc. In questi studi vengono stressati ora i concetti di alexitimia, ora la presenza di elementi sintomatologici di tipo psichiatrico, ora determinati assetti psicologici, **per lo più a seconda di ciò che viene ricercato**. Si giunge spesso a risultati non conclusivi e, a volte, contraddittori. Viene spesso **bypassato il problema del vissuto di malattia**, nonostante si tratti di pazienti con una lunga storia di dolore, approfondimenti diagnostici per lo più senza esito, ipotesi psicopatogenetiche spesso controverse.

- negli ultimi anni si assiste ad una estensivizzazione del concetto di dolore psicogeno, analogamente a quanto accaduto per il concetto di alexitimia, che trova la sua massima espressione nel concetto di Disturbo Algico secondo il DSM IV.

Disturbo Algico secondo il DSM IV

- Il dolore in uno o più distretti anatomici rappresenta l'entità principale del quadro clinico ed è di gravità tale da giustificare l'attenzione clinica.
- Il dolore causa malessere significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre importanti aree.
- Si valuta che qualche fattore psicologico abbia un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore.
- Il sintomo o deficit non viene intenzionalmente prodotto o simulato.
- Il dolore non è meglio attribuibile ad un Disturbo dell'Umore, d'Ansia o Psicotico.
La rinuncia a qualunque criterio patogenetico, alla valutazione della soglia individuale, alla considerazione del possibile ruolo di fattori organici, alla concomitanza di sintomi psicopatologici target, al riscontro finanche di life events, rendono ragione di una estrema erraticità di tale riscontro diagnostico.

... un caso clinico ... 1

- 36 anni, sesso maschile, coniugato da 6 anni con coetanea, senza figli, di origini toscane ma vive per lavoro in una metropoli del Nord Italia. Lavora come rappresentante di videogiochi. Livello cognitivo buono. Scolarizzazione medio-superiore. Famiglia di origine di tradizioni contadine, tuttora relativamente coesa. Apparentemente sano. Anamnesi negativa.
- Il pz. soffre da 8 anni di un dolore, insorto subdolamente nel giro di 2-3 mesi, descritto come *atroce* localizzato a livello delle aree innervate dalla branca mascellare del trigemino di destra. Il dolore è di entità tale da impedire la fonazione e l'apertura del cavo orale, per cui il pz. si nutre con sondino n.g. Si manifesta all'incirca 3-7 volte all'anno per un periodo di 3-4 settimane e scompare senza reliquati. Il paziente ha effettuato, ovviamente, tutti i trattamenti possibili per nevralgia trigeminale senza apprezzabili miglioramenti. Assume, con modestissimo beneficio, FANS per via generale.
- Il pz. viene visto per la prima volta in NCH dove è stato ricoverato per accertamenti. Il pz. ha subito 2 anni orsono un impreciso intervento di ablazione gangliare che non ha sortito beneficio alcuno. Il neurochirurgo esclude la possibilità di qualsiasi ulteriore intervento chirurgico e sospetta una componente psicogena.

... un caso clinico ... 2

- All'E.O.P. il pz. si mostra, nei limiti di una accessibilità ridotta (fonazione abolita), gravemente demoralizzato e rallentato sul piano psicomotorio. Viene prescritta una terapia a base di clomipramina 75mg cv. Il quadro algico si risolve *in pochi giorni*. Al colloquio successivo viene somministrato il test di Sinesos II che rivela cospicui tratti alexitimici. Viene posta allora la diagnosi di Dolore da somatizzazione in pz. con depressione mascherata e personalità alexitimica. Dimesso asintomatico.
- Si ripresenta dopo 6 mesi con identica sintomatologia algica e psichiatrica; aveva sospeso la clomipramina per insorgenza di marcato viraggio maniaco. Si reintroduce a basse dosi la clomipramina associata a carbamazepina, con lento miglioramento del quadro depressivo ma senza piena risoluzione del dolore; la fonazione appare ripristinata; il paziente si alimenta autonomamente, ma con transitorie, acutissime riesacerbazioni del dolore (definito ora come *lancinante*). Sul piano trattamento psicopatologico viene posta la diagnosi di Disturbo bipolare tipo II. Il paziente viene seguito mediante farmacoterapia e intervento psicoterapico di sostegno (a orientamento cognitivo) nell'ambito del quale si può sconfermare del tutto la presenza di tratti alexitimici e altresì riproporre la diagnosi di Dolore da somatizzazione (dell'ansia in corso di Disturbo bipolare).
- Il paziente viene regolarmente seguito per oltre 2 anni durante i quali il dolore, comunque mai ai livelli del passato, persiste e tende pertanto a mostrare un decorso alquanto sganciato dalle fluttuazioni dell'umore. La clomipramina deve essere di tanto in tanto sospesa perché il paziente, aumentando le dosi a scopo antalgico, si procura regolarmente switch ipomaniacali.

... un caso clinico ... 3

- Dopo quasi 4 anni dal primo contatto col paziente, si ha una brusca esacerbazione del dolore quasi ai livelli del passato, in assoluta assenza di fluttuazioni dell'affettività. Lo psichiatra decide, d'accordo col paziente, di valutare i Potenziali Evocati somato-estesici trigeminali della regione masseterina dell'emilato colpito ed emerge una netta sofferenza neuropatica come da compressione del tronco nervoso periferico. Un odontostomatologo, posta la diagnosi di "sindrome da incarceration", propone una resezione limitata del tronco nervoso. Il paziente rifiuta; accetta invece un trattamento non meglio identificato con stimolazioni faradiche nella zona colpita, trattamento che dopo 8 mesi porta ad un consistente miglioramento. Nel frattempo la terapia psichiatrica era stata sospesa autonomamente dal paziente d'accordo coi familiari, senza apprezzabili peggioramenti delle condizioni psichiche.
- Dopo un anno circa dalla diagnosi definitiva, il paziente viene rivisto dallo psichiatra che lo trova asintomatico. Il paziente viene "dimesso" dopo una paziente opera di mediazione al fine di scongiurare una mega denuncia, evitata, in realtà, solo grazie alla stabile relazione medico-paziente creatasi negli anni..... Il caso si conclude pertanto con
- ... TANTE SCUSE ...

EPICRISI

- La gravità della sindrome algica protrattasi nel tempo nonché le reiterate incertezze diagnostiche avevano modificato il vissuto di malattia tanto da comportare un vero e proprio Disturbo dell'Adattamento a umore depresso. La presunta alexitimia erano "solo" gli esiti sul piano fantasmatico, relazionale nonché adattativo, della sofferenza cronica..... Di base *solo* un temperamento ipertimico.
- La clomipramina svolgeva un'azione antalgica del tutto prevalente: infatti si era manifestata in meno di una settimana.
- La bipolarità era reale, sì, ma peculiarmente IATROGENA (da inappropriato trattamento con clomipramina) in soggetto con tratti temperamentalmente predisponenti. La CBZ, oltre ad un verosimile effetto timostabilizzante sinergizzava l'effetto antalgico della clomipramina con azione diretta sul tronco nervoso periferico.
- Il grave vissuto di malattia a carattere depressivo, a detta dello stomatologo, era in grado di comportare una ipertonia masseterina (questa una *vera* somatizzazione dell'ansia) tale pertanto da potenziare l'effetto algogeno dell'incarceramento delle fibre nervose.

Riproposizione di una logica della
complessità

Riconsiderazione attenta di ogni
approccio olistico e
omnicomprensivo

*Il primo dovere di un medico è
quello di chiedere perdono ...*

I. Bergman, *Il posto delle fragole*, 1958