Isteria e Disturbo Algico

Isteria

L’**isteria**, nota anche come disturbo di conversione o nevrosi isterica, è una condizione caratterizzata dalla presenza di uno o più sintomi neurologici, come paralisi, cecità o parestesie, che non possono essere spiegati da una malattia neurologica o internistica nota, ed in cui i sintomi d’esordio sono tipicamente associati a fattori psicologici.

La sindrome, oggi definita come disturbo di conversione, era in origine associata alla sindrome ora nota come disturbo di somatizzazione e generalmente definita isteria, reazione di conversione o reazione dissociativa. Attualmente si limita la diagnosi di disturbo di conversione ai sintomi che coinvolgono una funzione volontaria motoria o sensitiva, cioè ai **sintomi neurologici**, e laddove il medico non è in grado di spiegare i sintomi neurologici sulla base di qualche malattia neurologica nota.

La diagnosi di disturbo di conversione richiede dunque che il medico identifichi un’associazione necessaria e indispensabile tra la causa del sintomo neurologico ed i fattori psicologici.

**Manifestazione Cliniche**

Clinicamente, il disturbo di conversione si manifesta con paralisi, cecità e mutismo, che sono i più comuni sintomi di questa patologia, ma relativamente comuni sono anche i **sintomi sensitivi**, come l’anestesia e le parestesie, localizzate soprattutto agli arti. Tutti i sistemi sensitivi possono essere coinvolti e la distribuzione delle alterazioni è solitamente incongrua con quelle delle malattie neurologiche centrali o periferiche, per cui si possono osservare le caratteristiche anestesie “a calza” o “a guanto” oppure un’emianestesia che inizia esattamente lungo la linea mediana. I sintomi del disturbo di conversione possono anche coinvolgere gli organi speciali di senso, producendo sordità, cecità e visione “a cannocchiale”, e queste condizioni possono essere monolaterali o bilaterali, tuttavia l’esame neurologico rivela che le vie sensoriali sono integre, ad esempio, nella cecità da disturbo di conversione il soggetto riesce a camminare senza riportare urti o danni, e le pupille reagiscono alla luce, mentre i potenziali a livello corticale sono normali.

Per quanto riguarda i **sintomi motori**, questi comprendono i movimenti abnormi, i disturbi della marcia, al debolezza e la paralisi. Possono essere presenti anche dei tremori grossolani e ritmici, con movimenti coreiformi, tic e sobbalzi. I movimenti generalmente peggiorano quando l’attenzione è focalizzata su di essi. Un peculiare tipo di disturbo della marcia osservato nel disturbo di conversione è l’**astasia-abasia**, che è una deambulazione vistosamente atassica, vacillante, accompagnata da movimenti del tronco grossolani, irregolari e a scatti e da movimenti delle braccia a scatti e ondeggianti. I pazienti con questi sintomi raramente cadono, e se questo succede, in genere non si fanno male. Altri disturbi motori comuni sono le paralisi e le paresi, che possono interessare uno, due o tutti e quattro gli arti, anche se la distribuzione dei muscoli coinvolti non rispecchia quella delle vie neurologiche. I riflessi sono normali, e non ci sono fascicolazioni o atrofia muscolare, ed anche l’EMG è normale.

Si possono avere anche dei **sintomi simil-epilettici**, cioè delle pseudocrisi epilettiche che sono difficili da distinguere da quelle reali, anche perché circa un terzo dei soggetti con pseudo crisi ha anche un concomitante disturbo epilettico.

Infine, una particolare manifestazione clinica dell’isteria è il fenomeno noto come “**La Belle Indifférence**”, cioè l’atteggiamento del paziente inappropriatamente indifferente nei confronti di un sintomo grave, cioè il paziente non sembra preoccupato da quello che appare invece come un deficit importante.

La diagnosi differenziale di disturbo di conversione non è affatto semplice, poiché è alquanto complesso escludere in modo definitivo una malattia organica, per cui la diagnosi differenziale va posta con diversi **disturbi neurologici**, coi tumori cerebrali e le patologie che interessano i gangli della base, nonché con l’**ipocondria**, in cui il paziente non ha una vera e propria perdita o alterazione del funzionamento, ed i disturbi somatici non sono limitati ai sintomi neurologici, mentre si hanno dei caratteristici atteggiamenti e forte convinzione della propria patologia.

**Trattamento dell’Isteria**

La risoluzione dei sintomi del disturbo di conversione è di solito spontanea, anche se probabilmente è facilitata da una terapia di supporto introspettiva, per cui è fondamentale stabilire una relazione terapeutica nella quale il terapista guidi con autorità ed assista il paziente, per cui spesso si ricorre alla psicoterapia psicodinamica o a forme brevi di psicoterapia.

Disturbo Algico

Il **disturbo algico** (noto anche come disturbo da dolore somatoforme o disturbo da dolore psicogeno), è definito dalla presenza di **dolore** che è “l’oggetto principale dell’attenzione clinica”, per cui il sintomo principale è proprio il dolore, in uno o più distretti anatomici, che non viene completamente spiegato da un’affezione medica non psichiatrica o neurologica.

I sintomi algici sono peraltro associati a disagio emotivo e a limitazione del funzionamento del paziente, ed il disturbo ha una plausibile relazione causale con fattori psicologici; questa forma di disturbo, peraltro, è due volte più comune nelle donne che negli uomini, e l’età di esordio più frequente è tra la IV e V decade di vita, forse perché la tolleranza al dolore si riduce con l’età.

**Manifestazioni Cliniche**

I pazienti con disturbo algico non costituiscono un gruppo uniforme dal punto di vista clinico, ma piuttosto sono un gruppo eterogeneo con vari dolori, come lombalgia, cefalea, dolore facciale atipico e dolore cronico pelvico. Questi dolori possono essere post-traumatici, neuropatici, neurologici, iatrogeni o muscolo-scheletrici, tuttavia, per soddisfare la diagnosi di disturbo algico occorre che sia presente un fattore psicologico che possa essere considerato significativamente correlato ai sintomi algici e alle loro ramificazioni. I pazienti con questo disturbo hanno spesso una lunga storia di cure mediche e chirurgiche, con consulti presso molti medici e richiesta di numerose terapie, e in alcuni casi possono diventare anche piuttosto insistenti, arrivando a richiedere gli interventi, e sono completamente coinvolti dalla preoccupazione per il dolore, riferendolo come **fonte di ogni loro disagio e sofferenza**.

Inoltre, i pazienti con disturbo algico possono avere un quadro clinico complicato da un disturbo correlato a sostanze, perché tentano di ridurre il loro dolore con alcol o droghe, mentre tipici sono anche alcuni disturbi dell’umore, come la distimia o gli episodi depressivi maggiori, che in questi casi possono presentarsi nella forma definita di “**depressione mascherata**” della psicopatologia classica.