

## **Passato, presente e futuro dei disturbi di conversione: una comprensione e ridefinizione neuropsicologica dell'unità corpo-cervello-mente**

*Michele Di Salvo\**

**SOMMARIO.** – I disturbi di conversione hanno accompagnato la storia della medicina dai tempi di Ippocrate e solo con Charcot, Freud e Breuer vengono “codificati”: i sintomi isterici non hanno cause organiche dirette, ma sono la somatizzazione di un disturbo psichico profondo, originato da un evento traumatico e inaccessibile alla consapevolezza del paziente. Da queste definizioni sono trascorsi oltre cento anni. Il disturbo di conversione appare essersi esso stesso convertito in nuovi sintomi, il che rende necessaria una ridefinizione ermeneutica ed al contempo una ri-comprensione da un’ottica più ampia, offerta non solo dalle recenti scoperte neuroscientifiche, ma soprattutto dalle nuove implicazioni e dalle cornici teoriche complessive che queste emergenze comportano. Attraverso una ricostruzione del contesto storico-sociale delle varie definizioni e manifestazioni del disturbo di conversione, e attraverso un parallelo con i disturbi e le patologie psicosomatiche, viene qui proposta un’interpretazione unitaria di confine per entrambe. Si manifesta con chiarezza un unico sistema corpo-cervello da cui emerge una mente incarnata. Il disturbo di conversione può quindi essere ri-compreso come un “messaggio” sullo stato della persona “a sua insaputa”, e la psicanalisi, intesa come “cura della parola”, può essere la via per dis-velare e comprendere un dialogo corpo-cervello-mente interrotto.

*Parole chiave:* disturbo di conversione, psicologia, psicoanalisi, psicosomatica.

### **Introduzione: la definizione di disturbo di conversione**

Per trarre giovamento da un qualsiasi discorso che abbia senso, oggi, su un disturbo di conversione, dobbiamo partire dalla sua definizione.

*“Il disturbo di conversione è una forma di somatizzazione in cui un disturbo mentale viene involontariamente convertito in un sintomo fisico paragonabile a quelli che insorgono in una patologia del sistema nervoso. Poiché vi è incompatibilità*

---

\*Direttore Neural Nexus, Ente Nazionale per l’Intelligenza Artificiale (ENIA), Milano, Italia. E-mail: mik.disalvo@gmail.com

*fra la manifestazione fisica del disturbo di conversione e la condizione neurologica del paziente, si ritiene comunemente che la causa di questo disturbo sia legata a fattori mentali quali per esempio stress, tensioni emotive, traumi psicologici o un conflitto. I sintomi sono sia motori sia sensoriali e possono compromettere le normali attività quotidiane del soggetto. Includono debolezza, tremori, paralisi degli arti, anomalie nella deambulazione, perdita di sensibilità tattile o del dolore, convulsioni, cecità, sordità, allucinazioni, perdita o riduzione del volume della voce, difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola e manifestazioni simili a crisi epilettiche.” (Istituto di Ricerca Maugeri)*

Questa è la definizione classica, che nella sua freddezza asettica più che dare risposte pone seri problemi interpretativi. Questa definizione, già dall’inizio, ha alla sua base una concezione chiara di divisione netta corpo-mente. Ce ne accorgiamo dall’espressione “*forma di somatizzazione in cui un disturbo mentale viene involontariamente convertito in un sintomo fisico*”, dove è chiaramente indicato che ciò che è mentale non è somatico e viceversa.

Non va meglio se ci apprestiamo a un’analisi ancor più fine.

Cosa può voler dire “*un disturbo mentale viene involontariamente convertito*”?

Ci può essere una forma di conversione volontaria (e qui faccio riferimento al paragrafo sui sintomi)? Perché se sì, allora siamo in presenza di una patologia per cui una persona converte volontariamente (e dovrebbe anche avere qualche potere o capacità attualmente ignoti) oppure dovrebbe simulare, il che comunque escluderebbe l’ipotesi di “volontaria conversione”.

Non va meglio con il secondo periodo, in cui si afferma “*poiché vi è incompatibilità fra la manifestazione fisica del disturbo di conversione e la condizione neurologica del paziente, si ritiene comunemente che la causa di questo disturbo sia legata a fattori mentali*”.

Qui è necessario “far pace con se stessi”, perché più che confusione e mancanza di chiarezza, è evidente che, nello scrivere questa definizione, è in atto un vero e proprio conflitto interiore.

L’espressione “*incompatibilità fra la manifestazione fisica del disturbo di conversione e la condizione neurologica*” riconduce immediatamente ad una visione meccanicistico-comportamentistica per cui, dato A, emerge B, ovvero, locazionisticamente parlando, ad un determinato stato di un preciso *locus* del cervello debba corrispondere uno status specifico nel corpo (considerato implicitamente altro-separato).

Ma in questo caso non stiamo parlando di una lesione fisica, e da qui discende il secondo periodo in cui si afferma che “*la causa di questo disturbo sia legata a fattori mentali*”.

Occorre davvero chiarire, a questo punto, cosa sia la mente. Qui la possiamo definire come “ciò che emerge da un cervello vivo”, dove per vivo dobbiamo imprescindibilmente intendere un cervello non semplicemente connesso, ma parte integrante di un corpo (per il concetto di emergenza qui faccio

riferimento in generale a Polanyi [1966] e nello specifico delle neuroscienze a Edelman [1992]).

Se dunque “i fattori mentali” sono l’emergenza del cervello, la distinzione operata nei due periodi della frase, ontologicamente e teleologicamente, non ha senso (anche se ne ha l’apparenza essendo scritta in termini rigorosamente medico-scientifici).

La causa di un disturbo emergente dalla mente altro non è che un disturbo che emerge dal cervello (che genera una mente).

A questo punto, se per neurologico si intende solo fisiologico, abbiamo un altro problema semantico: definire “fisiologico”.

È evidente che se ci si limita a considerare “le parti del cervello” come fossero singoli organi, la visione fisiologica si concentra sulle strutture neuronali-gliali, quindi ad un livello cellulare.

E tuttavia sappiamo – direi per certo – che il cervello non è come l’apparato digerente, in cui possiamo distinguere un fegato da un pancreas e da una milza (per quanto connessi).

La mente emerge da un cervello unico e connesso. E sappiamo bene che – mai come nel cervello – il tutto è ben maggiore, ma soprattutto è profondamente diverso dalla somma delle parti. Anzi, anche quando “tutte le parti sono a posto” (come vuole un’indagine fisiologica classica) molte patologie emergono da quella che è stata definita “connetttopatia”, ovvero disfunzioni e squilibri delle connessioni (Seung, 2012).

Il che non dovrebbe apparire strano, dati anche i numeri di cui parliamo: 150-180 miliardi di cellule (non solo neuroni) con da 100 a 20.000 connessioni ciascuna. E i numeri, già enormi, diventano pressoché incalcolabili se consideriamo l’intero sistema nervoso, che, come oggi sappiamo, è diffuso ovunque nel corpo (Kandel *et al.*, 2000; Seung, 2012).

Ed è proprio questa diffusione – che ha un preciso significato ed una precisa utilità evolutiva e fisiologica – che impedisce di poter considerare non solo il cervello “altro” rispetto al corpo, ma anche la mente – sua emergenza – separata da esso: la mente è incarnata (perché lo è il cervello) fisiologicamente, non solo concettualmente.

Del resto, anche da un punto di vista strettamente neuroscientifico, come ha affermato Vittorio Gallese (2015), lo studio del cervello, se disgiunto dall’analisi dello stretto rapporto d’interdipendenza tra cervello, corpo e mondo, non è sufficiente per studiare la natura umana e, in particolare, per gettare nuova luce sul tema dell’intersoggettività e delle sue forme mediate.

“Il corpo rappresenta per noi la fonte principale della consapevolezza pre-riflessiva di sé e degli altri e la radice e la base su cui si sviluppa ogni forma di cognizione esplicita e linguisticamente mediata degli oggetti stessi. Il corpo così concepito è l’*a priori* ultimo, la sorgente non ulteriormente riducibile dell’esperienza di noi stessi e del nostro rapporto col mondo.” (Gallese, 2015)

Non aiuta nemmeno proseguire nell'analisi, semmai si genera ulteriore confusione, quando leggiamo: *“si ritiene comunemente che la causa di questo disturbo sia legata a fattori mentali quali per esempio stress, tensioni emotive, traumi psicologici o un conflitto”*.

Innanzitutto, che il processo di conversione sia un “disturbo” va chiarito e cercherò di farlo più avanti; qui mi limito a definire sinteticamente la conversione come l'esplicitazione sintomatica di uno stato a livello di percezione somatica; in sintesi, un messaggio.

Una delle patologie – semantiche e procedurali – della clinica medica è la ricerca della causa a ogni costo e per ogni cosa: alle volte il fenomeno stesso è semplicemente un'emergenza.

Vi è infine un vero e proprio errore in questa parte dell'affermazione, quando si dice: *“fattori mentali quali per esempio stress, tensioni emotive, traumi psicologici o un conflitto”*.

Non è chiaro se l'espressione intenda che stress e tensioni emotive, come pure i traumi psicologici (“un conflitto” è offensivamente troppo generico per essere preso in considerazione), vengano qui indicati come “fattori mentali” ovvero “elementi della mente” o come “fatti che riguardano la mente”.

Molto sinteticamente è opportuno ricordare con LeDoux (1996) che i traumi psicologici, come il “disturbo da stress post-traumatico”, hanno correlati precisi fisiologici (Di Salvo, 2025), quindi più che fattori mentali sono vere e proprie “ferite cerebrali”. Così anche lo stress, attraverso il cortisolo che incide direttamente sull'amigdala e sull'ippocampo, crea un vero e proprio “trauma cerebrale”.

Quando le persone sono esposte a una situazione stressante, le ghiandole surrenali immettono nel sangue un ormone steroide (nello specifico il cortisolo, un glucocorticoide) (Gray, 1987; Selye, 1978). Gli steroidi surrenali aiutano il corpo a mobilitare le sue risorse energetiche per affrontare la situazione di stress e l'amigdala interviene in modo critico per controllare il loro rilascio. Quando l'amigdala avverte un pericolo, invia messaggi all'ipotalamo, che, a sua volta, li invia alla ghiandola pituitaria; la somma di tutta questa attività è il rilascio nel sangue di un ormone chiamato adrenocorticotropo (ACTH), che affluisce nelle ghiandole surrenali e stimola la produzione di ormoni steroidi (McEwen & Sapolsky, 1995).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Il percorso qui descritto è per ovvie ragioni semplificato. L'amigdala non controlla direttamente il rilascio degli ormoni surrenali, ma, come descritto, è un processo a cascata che dall'amigdala viaggia attraverso l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. L'ACTH viene rilasciato dall'ipofisi e raggiunge le ghiandole surrenali attraverso la circolazione sanguigna generale, stimolandole a produrre glucocorticoidi (come il cortisolo).

Nello studio pionieristico di Selye (originale 1938, rev. 1978) viene inoltre evidenziato come, avendo una circolazione generale, i glucocorticoidi e i mineralocorticoidi agiscono come elementi fondamentali della GSA (sindrome generale da stress) potenzialmente su tutti

Oltre a raggiungere le sue mete nel corpo, l'ormone steroide scorre nel sangue verso il cervello, dove si lega ai recettori dell'ippocampo, dell'amigdala, della corteccia prefrontale e di altre regioni. Siccome ACTH e cortisolo sono sostanze di regola suscitate da eventi stressanti, sono dette appunto ormoni dello stress.

Se lo stress dura troppo a lungo, diventando cronico, compromette la capacità dell'ippocampo di regolare, tramite feedback, il rilascio di cortisolo e di svolgere le sue funzioni di routine. I ratti stressati sono incapaci di apprendere e di ricordare le procedure comportamentali che dipendono dall'ippocampo (Jacobson & Sapolsky, 1991). Lo stress interferisce anche con la capacità di produrre un potenziamento a lungo termine nell'ippocampo, e questo potrebbe spiegare problemi di memoria, come, ad esempio, il fatto che negli esseri umani lo stress danneggia anche le funzioni della memoria esplicita cosciente.

Bruce McEwen (1992) ha dimostrato che uno stress grave ma temporaneo può far raggrinzire i dendriti dell'ippocampo. McEwen ha evidenziato inoltre che i cambiamenti sono reversibili soltanto se lo stress non perdura. Altrimenti le cellule dell'ippocampo cominciano a degenerare, e la perdita di memoria diventa permanente.<sup>2</sup>

L'ippocampo umano risulta più piccolo nei sopravvissuti a un trauma, nei bambini ripetutamente vittime di violenze o nei reduci della guerra del Vietnam con disturbi da stress post-traumatico: essi manifestano un deficit significativo della memoria, senza che ne sia sminuito né il QI né le facoltà cognitive. Degli eventi stressanti possono quindi alterare l'ippocampo e le sue funzioni mnemoniche. Sembra chiaro che gli steroidi surrenali spiegano i cambiamenti fisici dell'ippocampo e i problemi di memoria che ne risultano (per una disamina approfondita vedi Bremner *et al.*, 1993, 1995; Diamond & Rose, 1993, 1994; Diamond *et al.*, 1994a; Diamond *et al.*, 1994b).

Così come anche le genericamente indicate "tensioni emotive" non possono che avere un diretto correlato nei circuiti attinenti ai diversi stati emotivi, ed alle emozioni in generale (si vedano Changeux, 1983; Davis & Panksepp,

---

gli organi del corpo, oltre che come naturali elementi di rinforzo ed amplificazione dei processi infiammatori.

<sup>2</sup> Gli studi di McEwen e collaboratori mostrano che lo stress acuto può provocare una retrazione dei dendriti dei neuroni ippocampali e che tale effetto è reversibile se lo stress termina entro tempi relativamente brevi. Se lo stress è cronico, possono verificarsi danni strutturali più duraturi e perdita neuronale, con compromissione permanente delle funzioni mnestiche. La dichiarazione "la perdita di memoria diventa permanente" va intesa come rischio incrementato, non come esito certo in tutti i casi, dato che la neuroplasticità rende possibili anche adattamenti o recuperi parziali, specie in età giovane. In questo senso contano molto fattori soggettivi di resilienza, caratteristiche individuali, ambiente, alimentazione, strumenti di intervento adottati. Si vedano sulla memoria i lavori di Kandel (1983, 2005), il lavoro rivisto di Selye (1978) e il lavoro di Van der Kolk (2015).

2018; Kandel, 1983; LeDoux, 1996; Panksepp, 2010a, 2010b, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d; Solms & Turnbull, 2002).

Anche qui emerge una chiara visione, da un lato di separazione mente-corpo di cartesiana memoria e quasi di skinneriano approccio, e dall'altro una separazione ancor più forzata e non spiegata tra mente e cervello. Dal che lo psicologico è completamente scisso dal neurologico.

Il quadro sintomatico è significativo: *“I sintomi sono sia motori sia sensoriali e possono arrivare a compromettere le normali attività quotidiane del soggetto. Includono debolezza, tremori, paralisi degli arti, anomalie nella deambulazione, perdita di sensibilità tattile o del dolore, convulsioni, cecità, sordità, allucinazioni, perdita o riduzione del volume della voce, difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola e manifestazioni simili a crisi epilettiche”*.

A parte le macroevidenze che lasciano ben intendere l'approccio (parlare di soggetto e non di persona), i qui definiti sintomi costituiscono un insieme che insieme non sta.

Intanto viene tracciata e sottintesa una distinzione – purtroppo classica – tra corteccia motoria e cortecce sensoriali.

Sappiamo ormai che la corteccia motoria non si limita a gestire il “riflesso motorio”: dotata (anche) di neuroni specchio, è attiva anche quando si immagina un movimento o un'azione, quando si vede un'azione altrui, ma fa di più. Essa mappa l'intenzione dell'azione, e si attiva – anche quando l'animale non compie un'azione – simulando la ritrazione davanti a un pericolo solo visto imminente su un altro animale, e soffrendo il dolore “come se” stesse vivendo un'esperienza dolorosa (Gallese, 2005, 2007, 2008, 2013, 2017; Gallese & Morelli, 2024).

A loro volta, le cortecce sensoriali, oltre alla propria autonomia percettiva, sono integrate in un sistema che ha come protagonista il movimento. In questo senso costituiscono la fonte di accesso percettivo che fornisce l'informazione sulla base della quale, involontariamente o “ponderatamente”, grazie all'intervento della corteccia prefrontale, viene compiuta l'azione (Gallese, 2005, 2007, 2008, 2013, 2017).

In questo contesto, lo dico per inciso, è fuorviante parlare di azione volontaria e involontaria: il ritrarre spontaneo (non mediato dalla corteccia prefrontale) della mano da una fonte di calore o il “vagliare ponderatamente” l'opportunità e il beneficio di allontanare l'arto da una fonte di possibile ustione sono entrambe azioni “di volontà” del corpo (corpo-cervello) per compiere un'azione finalizzata alla sua difesa da un pericolo.

Nelle parole di Gallese (2024):

“La contingenza della nostra azione-percezione-risonanza nello spazio emerge dal rapporto fra il movimento, la propriocezione corporea e il contesto che ci osserva e include. La simulazione incarnata regolata dai sistemi di rispecchiamento del

nostro cervello candida il paradigma corporeo a rilevante via di conoscenza e comprensione dell'origine e del significato del paesaggio nella nostra esperienza.”

Il corpo vuole e agisce: se sceglie la via lunga o la via breve (Kahneman, 2012) è quasi più un problema di necessità ed efficacia, nell'esempio proposto, che non di cognizione.

In parallelo, ha altrettanto poco senso parlare di atto cosciente o non cosciente: il corpo per ritrarsi dalla fiamma ne deve essere cosciente, e non può compiere il movimento se non attraverso il cervello. Che l'esigenza dettata dall'imminenza del pericolo da evitare faccia compiere l'azione prima dell'emergenza del fenomeno mentale cosciente, attraverso l'intervento della corteccia prefrontale, è – semmai – qualcosa di cui essere grati: diversamente ci saremmo estinti da tempo.

L'esempio che ho proposto è immediatamente provato dal caso – per fortuna raro – delle persone che “non sentono dolore”: nei casi di analgesia congenita (Piña-Garza, 2013) si verifica com'è noto la condizione che non permette di provare dolore, mai, in nessun modo; la vita di queste persone è molto difficile, spesso muoiono giovani, perché la quantità di pericoli a cui sono esposti è enorme, soprattutto da piccoli. Tramite il dolore (qui inteso come esperienza sensoriale) il corpo “comunica al cervello” una situazione e il cervello si attiva per tutelare il corpo: spesso vi è l'emergenza di uno stato mentale, per valutare la risposta, ma altre volte il corpo-cervello agisce “a nostra insaputa”, ovvero senza un processo deliberativo.

Se adottiamo questo punto di vista più che olistico semplicemente di “un tutt'uno”, l'insieme dei sintomi elencati finalmente può stare insieme, e ci accorgiamo che “*debolezza, tremori, paralisi degli arti, anomalie nella deambulazione, perdita di sensibilità tattile o del dolore, convulsioni, cecità, sordità, allucinazioni, perdita o riduzione del volume della voce, difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola e manifestazioni simili a crisi epilettiche*” sono tutti sintomi motori. E anche laddove, apparentemente, il singolo sintomo considerato (cecità, sordità, perdita di sensibilità tattile) può apparire isolatamente meramente sensoriale, in realtà è sempre, nei “disturbi di conversione”, accompagnato dalla presenza di almeno un altro sintomo correlato, di natura motoria.

## Una nuova definizione unitaria del disturbo di conversione

Nel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision* (DSM-5-TR; American Psychiatric Association, 2022), il “disturbo di conversione” è stato ridefinito come “*disturbo da sintomi neurologici funzionali*” per descrivere in modo più accurato la condizione e sottolineare l'origine funzionale dei sintomi neurologici.

Non basta, ma è pur sempre un passo avanti.

Questa nuova definizione ha implicazioni precise: i sintomi sono neurologici (quindi sintomi prodotti dal cervello, ovvero correlati sintomatici di patologie cerebrali) e funzionali; toccano, cioè, aspetti legati alla funzione.

Dobbiamo adesso comprendere di quali funzioni stiamo parlando.

È vero che anche uno solo dei sintomi (meglio chiamarli fatti, nel senso di accadimenti che si verificano e vengono vissuti dalla persona) può rendere “una vita normale” difficile e dolorosa ma, se ci soffermiamo a osservare, nel loro insieme, nessuno di questi fatti tocca o riguarda “funzioni vitali”.

Non vi è una forma di disturbo di conversione che arresta il cuore (per quanto possa essere avvertita una certa tachicardia in alcuni casi), non vi è mai un arresto completo della respirazione (anche nei casi di difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola e manifestazioni simili a crisi epilettiche) e così via.

Questo rende il disturbo di conversione meno grave, non urgente, da sottovalutare?

Assolutamente no.

Tutto questo semmai lo rende, nel suo complesso, un disturbo che ha necessità di essere ridefinito.

Il disturbo di conversione non ha a che fare con la morte, con il pericolo di perdere la vita, ma ha a che fare, e ci dice qualcosa, proprio della vita.

È un messaggio della vita sulla sua qualità.

Il disturbo di conversione va letto e interpretato come il corpo che dialoga con il cervello e, quando da questo non scaturisce un'emergenza cognitiva (mentale) che possa “salvare la vita”, nel senso di renderla qualitativamente accettabile, il corpo-cervello si esprime sintomaticamente. Mandando un messaggio concreto che esprima un punto di vista (mentale-cognitivo) sullo stato delle cose, per porvi rimedio e agire concretamente (ancora una volta, una reazione motoria nel senso più ampio).

Allora, quasi fosse un gioco di parole, possiamo leggere il disturbo di conversione come la conversione di un disturbo.

Quello che non va e che non viene cognitivamente compreso viene tradotto in un sintomo “che la persona possa vedere” e quindi agire di conseguenza.

## Un ritorno all'isteria e a Freud

Nella versione tipica ottocentesca, l'isteria si manifestava con sintomi molto simili all'epilessia, paralisi degli arti, cecità momentanea, perdita di coscienza e della capacità di parlare (Bannour, 1992; Kandel, 2012). Finito l'attacco, seguiva spesso una fase emozionale molto intensa, in cui il soggetto

compiva azioni imprevedibili e si esprimeva con poche parole, gesti, o sentimenti profondi, in uno stato semi-allucinatorio.

Non è quindi molto distante – anzi forse è più concreto – dalla definizione da cui siamo partiti.

Il termine isteria deriverebbe dal greco ὑστέρα (*hystera*), cioè, utero. La ὑστέρα, però, per Ippocrate non significava quello che la fisiologia moderna indica come utero-organo, ma era una sorta di sineddoche, ovvero indicava “una parte per il tutto”: in questo caso l’intero organismo interno femminile.

Ci aiuta forse maggiormente l’aggettivo derivato, ὑστεραῖος, che ha ben tre significati: posteriore, che tiene dietro, seguente. Ecco che, nella sua accezione di aggettivazione etimologica, l’isteria acquisisce un nuovo significato: c’è un prima, un dopo e, in mezzo, “qualcosa”.

Anche da qui l’idea iniziale di Freud (1895, 1917), che individuò le cause in un trauma infantile rimosso dalla persona, che, grazie alla tecnica delle sedute di psicoanalisi, poteva essere riportato alla coscienza e neutralizzato.<sup>3</sup>

Se guardiamo a questa definizione con gli occhi e le conoscenze (che lo stesso Freud [1912] sapeva di non avere e che considerava al contempo assolutamente necessarie e da ricercare) di biologia e di neuroscienze che abbiamo oggi, possiamo fare un ulteriore passo.

L’isteria intesa nel senso di disturbo di conversione “attualizzato” è il prodotto-messaggio del corpo-cervello (e un messaggio di questo tipo non può che assumere la forma e la sostanza di un sintomo somatico!) dovuto a un fatto che è accaduto (*trauma* nei termini freudiani) e che non garantisce – in concreto – l’omeostasi e l’allostasi del corpo, condizioni indispensabili alla sopravvivenza.

## Breve evoluzione dell’isteria, ovvero un cervello incarnato nel proprio tempo

Le persone tipicamente colpite da attacchi di questo tipo erano donne di buona società. Sigmund Freud (1895, 1917) fondò buona parte delle sue teo-

---

<sup>3</sup> Va precisato che già nel 1997, nella famosa lettera a Fliess, Freud riformula la teoria traumatica, orientandosi verso la teoria delle pulsioni. Nelle lezioni tra il 15 e il 17 la “teoria traumatica” iniziale, che attribuiva le nevrosi esclusivamente alla presenza di traumi reali nell’infanzia, viene integrata dal riconoscimento del peso delle fantasie inconscie e dell’attività psichica soggettiva”.

In questo contesto anche il termine “neutralizzato” va esplicito. Nella prospettiva freudiana classica, il lavoro analitico mira a rendere conscio l’inconscio: tramite l’interpretazione e il ricordo, il soggetto può elaborare traumi e sintomi, ma “neutralizzazione” è un termine moderno; Freud parlava piuttosto di “elaborazione”, “integrazione” o “superamento” dei conflitti”.

rie sullo studio di tali casi. Il metodo psicoanalitico si formò nel tentativo di capirne il meccanismo scatenante e cercare una terapia.

Fermiamoci però qualche minuto.

Freud apparteneva al ceto medio della Vienna di inizio secolo (in proposito, invito a una lettura straordinariamente piacevole, oltre che istruttiva, di Kandel, *The Age of Insight*, 2012), e i suoi pazienti – quelli che potevano permettersi un medico come Freud – erano persone della sua stessa estrazione sociale ed economica, se non più elevata.

Perché le donne? Intanto, dalla lettura dei testi di Freud (lui stesso qualifica l'isteria esplicitamente come femminile), appaiono casi maschili tipicamente "isterici": il limite è dato dal fatto che all'epoca si considerava l'isteria come "diretta emanazione fisiologica" dell'utero, il che impediva ad un medico (quale Freud era!) di parlare di isteria maschile (suonerebbe come se oggi parlassimo di sindrome mestruale maschile).

I primi venti anni del Novecento sono cruciali, forse l'apice della consapevolezza della condizione diacronica della donna: l'emancipazione formale ha un lungo percorso, ma gli anni prima e dopo la prima guerra mondiale sono l'apice del disagio in cui può vivere una donna del ceto medio in Europa.

Consapevole delle proprie capacità e sempre più culturalmente indipendente, al contempo costretta nei limiti di una società familiare e di diritto, vecchi di oltre un secolo. Partecipi e talvolta motori primi della vita artistica e culturale di Vienna, le pazienti di Freud vivono una vita familiare che oscilla tra il repressivo e l'umiliante.

Non sembra strano, quindi, che la definizione tipica freudiana di isteria potesse essere "il mezzo" di concretizzazione del messaggio del corpo-cervello per comunicare questo disagio esistenziale.

Ci si può chiedere a questo punto perché – in quei pochi casi in cui lo era – l'isterectomia avesse una qualche efficacia.<sup>4</sup>

Secondo me basta chiedere a una donna. Prendiamo una donna che vive un fortissimo disagio esistenziale: più capace del marito, deve delegare i propri patrimoni alla sua gestione, mecenate dell'arte e spesso letterata, non può accedere alle università e alle professioni (se non in casi tanto rari quanto eccezionali che alimentano semmai maggiormente la diastasi percettiva generale).

Il suo corpo-cervello manifesta questo disagio esistenziale attraverso paralisi degli arti, cecità momentanea, perdita di coscienza e della capacità di parlare (che appaiono tutti coerenti e chiari) e al termine dell'attacco una fase emozionale molto intensa (segno della liberazione delle emozioni forzata-

---

<sup>4</sup> L'isterectomia (Wertheim & Micholitsch, 1906) è una tecnica chirurgica che comporta l'asportazione dell'utero. Può anche comportare la rimozione della cervice, delle ovaie, delle tube di Falloppio e di altre strutture circostanti.

mente represses), in cui la donna semmai compiva azioni imprevedibili e esprimeva con poche parole o gesti sentimenti molto profondi, in uno stato (che appariva) semi-allucinatorio... a questa donna che finalmente grazie all'attacco si libera e si sblocca... toglie con forza (semmai per sentenza o per "costrizione medica") e violenza l'utero, l'identità genitale primigenia.

Questa donna, credo io – ma ripeto, chiediamo a qualsiasi donna – non è curata: è annullata definitivamente.

Del resto è l'epoca in cui la cura estrema per la schizofrenia è la lobotomia (Burckhardt, 1891; Moniz, 1948).

Dalla seconda metà del Novecento (Veith, 1965), la sostanziale scomparsa di simili fenomeni e il mutamento dei paradigmi teorici in psicologia e medicina hanno portato a nuovi quadri interpretativi.

Si tende a considerare attacchi di questo tipo manifestazioni di stati depressivi o situazioni esistenziali di crisi che la persona esprime in una rappresentazione codificata che conosce. La persona utilizza la reazione isterica per comunicare uno stato emotivo estremamente negativo, nel quale si trova e dal quale non vede via d'uscita: tali aspetti sono presenti anche nella sindrome di Ganser (1994).

Possiamo in proposito fare le stesse riflessioni che abbiamo proposto per gli inizi del secolo scorso.

La seconda guerra mondiale completa una trasformazione radicale della società avviata con la prima. Le società con uomini al fronte richiedono che le donne "prendano il loro posto" a quasi tutti i livelli della produzione. Al loro ritorno la società è cambiata nel giro di tre-quattro anni.

Il mondo maschile è sconvolto, e la tensione per "riportare al focolare domestico" una donna ormai consapevole dei suoi mezzi e delle sue possibilità, motore della società, e capace di tenere su di sé il peso dell'economia, arriva a eccessi mai visti prima.

Nel ventennio immediatamente successivo alla fine della seconda guerra mondiale, da un lato aumentano i diritti formali, dal diritto di voto all'accesso alle università, all'accesso al lavoro, dall'altro, il divario salariale, l'accesso alle posizioni apicali ed intermedie, il diritto al divorzio e alla parità decisionale sono fortemente frustrati.

Il culmine sarà il decennio della "contestazione sociale" che sarà anche e prima di tutto contestazione culturale e della struttura istituzionale, economica e giuridica.

In questo contesto assistiamo alla convivenza di due frustrazioni: quella dell'uomo che si è visto togliere il suo dominio totale e la sua posizione economica esclusiva; dall'altro, quella di una donna ormai consapevole ma frustrata, della possibilità concreta di completare, nei fatti, un'emancipazione e un'uguaglianza conquistate di fatto e di diritto.

L'ultimo ventennio del secolo scorso è una macroscopica anestesia sociale di massa.

Il boom economico e l'iperliberismo danno l'illusione che tutto vada bene e che il modello socio-economico sia quello giusto e che non vada messo in discussione, spesso usando e citando il modello opposto del blocco sovietico come termine di paragone negativo, rivelatore di una verità autoprodotta.

In questa nuova versione di società di massa trionfano depressione e antidepressivi, l'alcolismo arriva a livelli di diffusione superiori anche alla grande depressione, l'uso, diffuso, di stupefacenti diventa massivo, la ricerca di strumenti di distrazione di massa è ricercata e prodotta ovunque, e in qualsiasi forma, ed è anche l'epoca in cui diventa imperante un modello di alimentazione in cui sono imprescindibili le aggiunte di glucosio, grassi idrogenati, zuccheri sofisticati (vedi più ampiamente Hillman & Ventura, 1993; Lembke, 2021).

L'epoca dell'anestesia di massa è anche l'era della dipendenza, in ogni sua forma.

In questo contesto e con questa chiave di lettura è possibile interpretare quanto affermato a proposito della trasformazione del complesso sintomatico in cui viene descritta l'isteria interpretata adesso come una manifestazione di stati depressivi o situazioni esistenziali di crisi che la persona esprime in una rappresentazione codificata che conosce... la persona utilizza la reazione isterica per comunicare uno stato emotivo estremamente negativo nel quale si trova e dal quale non vede via d'uscita.

Non è difficile radicare questa reazione nel suo contesto e vedere nuovamente come il corpo-cervello comunichi simbolicamente attraverso la conversione del disturbo un malessere "nel contesto del suo ambiente e del suo tempo".

Il disagio alla base dell'isteria di Freud è tanto coerente con il suo ambiente e il suo tempo quanto l'isteria contemporanea lo è con il nostro ambiente e il nostro tempo.

C'è sempre un'unità corpo-cervello che, non riuscendo a far emergere una mente consapevole di ciò che accade, del pericolo ambientale incombente per il benessere della persona, affinché produca una "strategia di movimento" che cambi lo stato delle cose, sceglie la via della conversione del disturbo per renderlo manifesto: visibile e tangibile; in una parola, somatico.

## Il confine tra disturbo di conversione e disturbo psicosomatico

I disturbi psicosomatici si possono considerare malattie vere e proprie che comportano danni a livello organico e che sono causate o aggravate da fattori emozionali (McDougall, 1982, 1989).

Il disturbo psicosomatico si definisce come la risposta fisica ad un disagio psicologico.

In particolare, situazioni di stress emotivo, ansia patologica, paura costan-

te o di forte preoccupazione possono portare il fisico ad esprimere un disagio più profondo.

I sintomi psicosomatici non derivano né da una condizione medica generale né dagli effetti diretti di una sostanza, ma dalla presenza di un disagio mentale.

Disturbi di tipo psicosomatico possono manifestarsi: i) nell'apparato gastrointestinale (gastrite psicosomatica, colite spastica psicosomatica, ulcera peptica); ii) nell'apparato cardiocircolatorio (tachicardia, aritmie, cardiopatia ischemica, ipertensione essenziale); iii) nell'apparato respiratorio (asma bronchiale, sindrome iperventilatoria); iv) nell'apparato urogenitale (dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce o anorgasmia, enuresi); v) nel sistema cutaneo (psoriasi, acne, dermatite psicosomatica, prurito, orticaria, secchezza della cute e delle mucose, sudorazione profusa); e vi) nel sistema muscoloscheletrico (cefalea tensiva, crampi muscolari, stanchezza cronica, torcicollo, fibromialgia, artrite, dolori al rachide, cefalea nucale).

Inoltre, i disturbi psicosomatici possono esprimersi anche sotto forma di problemi associati all'alimentazione.

Ad una prima disamina sembrerebbe esserci una sovrapposizione tra disturbo di conversione e disturbo psicosomatico, con una variazione limitata allo spettro di intensità del sintomo, alla sua frequenza ed alla durata.

Questa apparente similitudine è dovuta a due fattori: il primo è l'aspetto somatico, ma non dovrebbe stupire che il corpo essendo uno manifesti i suoi sintomi sulle sue parti, e in questo senso la sovrapposizione è topografica; il secondo è l'aspetto causale, nel senso che "situazioni di stress emotivo, ansia patologica, paura costante o di forte preoccupazione" sono tra le cause comuni ad entrambi i disturbi.

La somiglianza finisce qui, a questi due confini e queste due apparenze.

Stress, ansia, paura e preoccupazione sono declinazioni che hanno più di una matrice comune. Innanzitutto, ruotano attorno a piccole variazioni e variabili dello stesso circuito neurologico (LeDoux, 1996).

Inoltre, ansia, paura e preoccupazione sono emozioni legate a uno stress complessivo, dovuto essenzialmente – nelle varie declinazioni emotive – a fattori esterni che mettono in discussione la sicurezza e quindi la sopravvivenza dell'individuo (Davis & Panksepp, 2018).

Da cosa dipende quindi – date queste premesse comuni – la distinzione profonda tra disturbo di conversione e disturbo psicosomatico?

Nello schema e nell'interpretazione che ho proposto, cambiano i soggetti che comunicano.

Nel disturbo di conversione il corpo-cervello converte somaticamente una condizione di pericolo e di precarietà omeostatica in un disturbo che si manifesta essenzialmente attraverso sintomi comportamentali.

Il destinatario del messaggio è la mente.

Nel disturbo psicosomatico, il corpo comunica direttamente alla "mente

che non vede” una condizione di stress, disagio, preoccupazione e precarietà allostatica attraverso sintomi somatici, una situazione che il corpo vive e sente.

Il destinatario del messaggio è la mente.

Ovviamente questa distinzione non è tutto o niente e non serve per tagliare con l'accetta (o con il bisturi) e separare nettamente condizioni di stress che inevitabilmente sono collegate a vario livello e con varie intensità.

Però queste distinzioni aiutano a comprendere “il luogo della scissione dell'equilibrio”.

Se consideriamo il corpo-cervello-mente come un unicum, la mente, in quanto proprietà emergente di un cervello incarnato, ogni volta che si verifica un disequilibrio nei livelli di comunicazione interna dell'organismo, il corpo – che è ciò che vede, sente e sa, e di cui, a livello fisiologico, il cervello fa parte – comunica somatizzando lo stato di insicurezza, disagio o pericolo, affinché il cervello-mente si adoperi per un cambiamento della situazione.

In questo contesto ed entro questi limiti la distinzione tra disturbo di conversione e disturbo psicosomatico diventa talmente sottile che è quasi possibile leggere in trasparenza entrambi come messaggi dello stesso tipo.

A differenza del disturbo di conversione, che, per quanto potente, doloroso, pervasivo, disabilitante, non mette a repentaglio la vita biologica in sé, se guardiamo in profondità le aree protagoniste del disturbo psicosomatico, il discorso cambia.

Disturbi di tipo psicosomatico possono manifestarsi come abbiamo visto nell'apparato gastrointestinale, nell'apparato cardiocircolatorio, nell'apparato respiratorio, nell'apparato urogenitale, nel sistema cutaneo e nel sistema muscoloscheletrico: si tratta di apparati vitali.

Possiamo ulteriormente distinguere due complessi sintomatici: gastrite, colite spastica, tachicardia, aritmie, asma bronchiale, sindrome iperventilatoria, dolori mestruali, impotenza, eiaculazione precoce o anorgasmia, enuresi, psoriasi, acne, dermatite, prurito, orticaria, secchezza della cute e delle mucose, sudorazione profusa, cefalea tensiva, crampi muscolari, stanchezza cronica, torcicollo, fibromialgia, artrite, dolori al rachide, cefalea nucale ed altre, sono tutte patologie organiche che quando hanno origine psicosomatica possono solo essere attenuate dai farmaci.

In questi casi si può constatare che il problema reale non risolto acuisce il problema e lo trasforma progressivamente nella sua forma degenerativa più grave, come ulcera peptica, cardiopatia ischemica, ipertensione essenziale.

Dobbiamo ritenere in questi casi che la situazione di disagio e pericolo “a nostra insaputa” che il corpo sta vivendo sia così profonda che il corpo stesso ritenga “più sano” e meno pericoloso un messaggio somatico in queste forme, che non continuare “anestetizzato” nell'attuale condizione.

Questo ci dà la dimensione – concreta e somatica – di quanto possa essere debilitante e dolorosa una situazione psicologicamente “non sana”.

Nelle parole di Gallese e Morelli (2024):

“Nella nostra esperienza ci capita spesso di non vedere. Anche cose che sono evidentemente davanti ai nostri occhi. Non è una situazione agevole, ma nel momento in cui qualcuno ci segnala che non stiamo vedendo, per esempio un ostacolo, possiamo ravvederci ed evitare un pericolo. Altra cosa è la condizione di non vedere di non vedere. In quel caso ad agire non sono solo gli organi della vista ma quello che potremmo chiamare lo sguardo mentale o sguardo interiore. Per certi aspetti si tratta di un paradosso, ma scambiamo quello che stiamo vedendo per quello che non è o, addirittura, ci disponiamo a negare anche l'evidenza.”

## I luoghi e le forme della conversione

Dio non gioca a dadi, diceva Einstein, ma nemmeno il corpo lo fa.

Se partiamo da queste considerazioni, dobbiamo chiederci in base a cosa e secondo quali criteri qualcuno manifesterà alcuni sintomi somatici diversi rispetto ad altri.

La risposta, ancora una volta, è: “il corpo lo sa”.

La sintomatologia del disturbo da conversione appare ad una analisi superficiale abbastanza eterogenea: debolezza, tremori, paralisi degli arti, anomalie nella deambulazione, perdita di sensibilità tattile o del dolore, convulsioni, cecità, sordità, allucinazioni, perdita o riduzione del volume della voce, difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola e manifestazioni simili a crisi epilettiche.

In realtà, un primo insieme di sintomi (debolezza, tremori, paralisi degli arti, anomalie nella deambulazione, convulsioni e manifestazioni simili a crisi epilettiche) attengono tutti a situazioni di blocco, incapacità di movimento, stasi ed indicano con chiarezza l'incapacità di “andar via” da una situazione.

Un secondo insieme di sintomi (perdita di sensibilità tattile o del dolore, cecità, sordità, allucinazioni) indica un blocco nella ricezione percettiva, quasi a voler dire “non stai sentendo, non stai vedendo” che la situazione in cui stai è dolorosa, non va bene (su questa forma di cecità vedi anche Mazziotti, 2000).

Il terzo insieme di sintomi (perdita o riduzione del volume della voce, difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola) attiene alla capacità di dire, affermare, metabolizzare, comunicare, come a significare che la persona non sa rispondere al suo ambiente, non riesce a “mandarlo giù” (vedasi più ampiamente Lowen, 1958, 1972, 2005).

Il corpo sa, abbiamo detto prima, e “lo sa” perché utilizza un senso in particolare, la proprioccezione, non solo in termini di “conoscenza del suo posto nello spazio” ma anche in termini di omeostasi, e per farlo utilizza

due sistemi: il tronco cervicale, involontario, di controllo complessivo dell'equilibrio fisiologico, e un organo specifico del corpo, anche noto come cervello.

Il riconoscimento spaziale, con la differenziazione tra propriocezione, esterocezione e spazio peripersonale, è uno degli esiti dell'elaborazione della nostra neotenia (come ha sostenuto e chiarito, ad esempio, Mazzeo, 2003, 2014, 2019).

Il corpo-cervello sa, e percorre due vie di significato, non attraverso una grammatica linguistica, ma attraverso una sintassi fisiologica. Come lo sappiamo? Perché è la stessa attraverso cui viene mantenuto in vita l'organismo "mentre noi siamo impegnati a fare altro". Respirazione, battito del cuore, temperatura, sono tutti regolati e gestiti senza che intervenga una mente cosciente: il corpo-cervello "lo sa e lo fa". Lo fa attraverso i processi del sistema nervoso autonomo e vegetativo radicati nel tronco cervicale e nel cervelletto e attraverso il sistema vagale (per quest'ultimo, in senso più ampio, si veda la teoria polivagale di Porges, 2011).

Attraverso la stessa sintassi il corpo sa quali sono "i punti deboli", i punti fragili, e li usa per comunicare, così come sa "il cosa" e quindi "il dove" comunicare.

Se impariamo a leggere questa sintassi, possiamo dialogare con il nostro corpo-cervello chiedendoci "come sto?", e se impariamo ad ascoltare, possiamo anche sentire le risposte del nostro corpo. In questo dialogo interiore, che ci chiede "come stai?" e di cui sentiamo la risposta dal corpo-cervello, emerge una mente connessa e consapevole del "nostro stato" nella sua interezza e complessità.

## Il contributo della "cura della parola"

Da quando Freud ha introdotto il metodo psicoanalitico, inteso come cura della parola, la sua efficacia è stata spesso attaccata e messa in discussione essenzialmente su un punto: il correlato neurofisiologico.

Nessuno ha mai trovato "il luogo dell'IO o la sede dell'ES", né aveva la minima idea di come "con la parola" potesse essere curato il correlato somatico del disturbo di conversione o del disturbo psicosomatico, o di qualsiasi altro disturbo.

In realtà, l'efficacia della parola nel cambiare la Storia (quella con la S maiuscola) era evidente, semplicemente per il fatto che altrimenti non avrebbe avuto così risalto il "miracolo del linguaggio", al punto di essere considerato una caratteristica unica e preziosa al confine del dono divino.

Parlare significa rendere esplicito e rendere esplicito significa trasformare qualcosa che facciamo in qualcosa che possiamo dire (si veda Gargani, 2005).

Il linguaggio ci rende unici ed al contempo forgia la Storia, modifica gli eventi.

Ma come?

Attraverso il linguaggio possiamo “convincere le altre persone”, spostare le masse, cambiare esiti elettorali, smuovere e motivare eserciti.

Che dire delle storie, quelle di ciascuno di noi, le storie definite troppo spesso con la s minuscola?

Con il linguaggio possiamo consolare e spronare nostra figlia, corteggiare la nostra donna affinché scelga di essere nostra moglie, ma anche attaccare un avversario, offendere e quindi ferire profondamente qualcuno. Anche in questo il linguaggio segna e quindi cambia le storie, quelle con la s minuscola.

Tutto questo è evidente ed appartiene al nostro quotidiano, qualcosa di così semplice che non ci fermiamo nemmeno più ad osservarlo.

Non è solamente lo scambio di un messaggio “da una mente ad un'altra”, ma è uno scambio relazionale tra corpi; nel linguaggio parlato tutto l'apparato fono-sonoro è “movimento” in invio e ricezione. Un messaggio mente-cervello-corpo con i suoi correlati neurologici impegnati nell'acquisizione, interpretazione e trasmissione di significato.

Il correlato neuronale del linguaggio non è semplicemente un insieme di aree coordinate tra loro per assolvere, svolgere, affinare e determinare questa funzione.

Il cervello è più della somma delle sue cellule e la mente umana non emerge semplicemente da queste, ma soprattutto dalle connessioni tra neuroni (Seung, 2012).

Queste connessioni sono per tutta la vita plastiche: cambiare un pensiero, cambiare idea, formare ricordi, modificare una narrazione, rivivere e ricostruire il proprio passato, ridefinire le proprie attese, i propri atteggiamenti, le proprie intenzioni, i propri sogni, le proprie aspettative e desideri, reinterpretare e dare un nuovo o semplicemente diverso senso a queste cose ha un suo correlato neuronale: la trasformazione dei collegamenti sinaptici.

Ecco cosa fa “la cura della parola”, oggi, ai tempi di Freud e in una caverna, alla luce di un fuoco, milioni di anni fa, tra due *Homo sapiens* dotati di linguaggio intenti a parlarsi.

La parola ridefinisce il connettoma, aiuta a raccontare l'esperienza vissuta, a dare la risposta al “come stai?”, a connettere i vissuti di una stessa esperienza o esperienze simili, a condividere ricordi visti e vissuti da punti di vista differenti, ci confuta il nostro formale “sto bene” con un “non sembra, non ti vedo bene”.

Lo scambio di vita che avviene nel dialogo è la chance del cambiamento dell'unico corpo-cervello che può trasformare la mente come fenomeno emergente.

Secondo Giorgio Agamben (2023), “la voce è la soglia antropogenetica che segna l’articolazione tra natura e cultura, tra suono e senso, tra vivente e linguaggio”.

## Conclusioni: dalla sopravvivenza alla vita

Sino a che con “la cura della parola” la nostra mente non vedrà “ciò che gli altri vedono”, ovvero il nostro star male, e così vedendolo saremo indotti a cambiare ciò che deve essere cambiato, il nostro corpo-cervello continuerà a comunicare attraverso una qualsiasi forma prescelta di disturbo di conversione, con fenomeni estroversi dirompenti e debilitanti, o il nostro corpo attraverso uno o più disturbi psicosomatici, in quest’ultimo caso anche con derive gravissime sotto l’aspetto organico.

Non è certo la più semplice delle possibilità, per noi umani, il riconoscimento.

Ci disponiamo prima di tutto alla reificazione, cioè a rendere tutto in forma di oggetto, come via di conoscenza e di azione nel mondo (Honneth, 2017). Immersi nella realtà, la viviamo come se fosse cosa ordinaria e data. Il paesaggio, tra tutte le realtà della nostra vita, è quanto di più reificato esista, fino a ritenerlo scontato.

Sono necessari il trauma, la distanza, la mancanza, la meraviglia, l’esperienza estetica per riconoscerlo. Deve intervenire un disapprendimento della forza dell’abitudine, un’interruzione del senso comune, per giungere a una forma di riconoscimento. Serve una crisi della nostra definizione.

Ho conosciuto una donna, che chiamerò A., che continuava a entrare e uscire dall’ospedale per problemi anche gravi all’apparato urogenitale; questi si sono manifestati finché “la sua mente” non ha compreso che la violenza che subiva dal partner (che lei a parole giustificava affermando alternativamente che lei aveva sbagliato o che lui era solo stressato per il lavoro) era non solo sbagliata ma che metteva a repentaglio la sua stessa vita.

Uscita da un matrimonio violento, dopo pochi mesi non ha più avuto alcun disturbo di quel genere, ed anzi ha interpretato (da sola!) che “in fondo quelli [del ricovero] erano gli unici giorni di tranquillità che avevo vissuto” in quegli anni.

Psoriasi e gastriti sono molto comuni tra persone che vivono situazioni di disagio nel posto di lavoro, per le più svariate ragioni (stress, ritmi, orari, ambiente, colleghi), e spesso vengono “tappati” con farmaci (cortisone e gastroprotettivi) e con antidepressivi, o alcol... la via cambia e da psicosomatico il disturbo diventa organico: problemi cardiocircolatori, cirrosi, dipendenze.

Se la vediamo in questa proiezione forse psoriasi e gastrite possono

essere un segnale decisamente migliore e meno debilitante per indurci a “vedere ciò che non vediamo”, porci il problema di ascolto del nostro corpo (che sa sempre cose che noi non sappiamo) e cambiare, nel senso di “muoverci dalla situazione attuale verso un’altra”, non per sopravvivere, ma per vivere.

Se nel disturbo psicosomatico “sembra” ovvero “appare come se” ci sia qualcosa che non va, una patologia organica fisica, nel disturbo di conversione “sembra” ovvero “appare come se” ci sia qualcosa che non va a livello neurologico.

Come abbiamo ricordato all’inizio, i sintomi sono sia motori sia sensoriali e possono arrivare a compromettere le normali attività quotidiane. Includono debolezza, tremori, paralisi degli arti, anomalie nella deambulazione, perdita di sensibilità tattile o del dolore, convulsioni, cecità, sordità, allucinazioni, perdita o riduzione del volume della voce, difficoltà nella deglutizione, sensazione di nodo alla gola e manifestazioni simili a crisi epilettiche.

Il disturbo di conversione, anche definito “disturbo da sintomi neurologici funzionali”, si verifica quando il corpo-cervello prende in prestito non già sintomi meramente somatici, ma sintomatologie che “normalmente” appartengono alla grammatica ed alla sintassi delle neuropatologie.

Se le vediamo frontalmente, sono tutte manifestazioni che impediscono il movimento. Se le vediamo in trasparenza, indicano che la natura del problema da risolvere risiede esattamente nell’immobilità, nel non prendere atto della necessità di un cambiamento radicale.

Nelle parole di Eric Kandel (1998): “Nella misura in cui la psicoterapia ha successo nel condurre a cambiamenti sostanziali nel comportamento, ciò avviene attraverso modificazioni nell’espressione genica che producono cambiamenti strutturali nel cervello”.

Ed ancora più incisivamente (Kandel, 2005):

“La psicoterapia non solo contribuisce al trattamento dei disturbi mentali, ma ci fornisce uno strumento per studiare il funzionamento della mente spogliando il comportamento dei suoi strati superficiali e svelando i motivi più profondi. Fino a qualche anno fa, erano pochi gli strumenti a disposizione per sottoporre le teorie psicoanalitiche a verifica empirica o per valutare l’efficacia relativa di un approccio rispetto a un altro. Il *brain imaging* può essere prezioso in tal senso, perché ci consente di rivelare le dinamiche psichiche e il funzionamento del cervello *in vivo*. Fosse stata disponibile nel 1894, anno in cui Freud scrisse il *Progetto di una psicologia scientifica*, questa tecnica avrebbe potuto dirigere diversamente il corso della psicoanalisi, mantenendola in stretto contatto con la biologia, come Freud cercò di fare in quel saggio. [...] Probabilmente, la psicoterapia serve a creare un ambiente in cui le persone imparano a cambiare. Se questi cambiamenti permangono nel tempo, è ragionevole concludere che essa conduca a trasformazioni strutturali nel cervello, proprio come avviene per altre forme di apprendimento. Già oggi, per

certi disturbi, possiamo visualizzare il cervello del paziente prima e dopo la terapia e osservare le conseguenze dell'intervento psicoterapeutico."

Ciò ci porta a ri-vedere e ri-considerare e ri-ponderare la nostra esistenza, il nostro passato, il nostro presente-ricordato (Edelman, 1989), e quindi ri-valutare la nostra posizione, offrendoci la chance di agire, di muoverci per cambiare posizione, per passare da uno stato in cui "sopravviviamo nella sofferenza" che il nostro corpo ci comunica con i suoi messaggi, ad una vita piena, libera, lontana dal dolore: una vita viva.

Il disturbo di conversione, grazie a quello che sappiamo oggi sulle basi neurobiologiche del cervello-mente, diventa "la conversione del disturbo", la via ultima e potente che il nostro corpo-cervello trova, nei luoghi e con i mezzi più limitrofi alle nostre fragilità fisiologiche individuali, per comunicarci ciò che la mente non vede: che non stiamo bene.

La conversione del disturbo, in definitiva, ci chiede una conversione dalla sopravvivenza alla vita autentica.

#### BIBLIOGRAFIA

- Agamben, G. (2023). *Filosofia prima filosofia ultima. Il sapere dell'Occidente fra metafisica e scienze*. Torino: Einaudi.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). American Psychiatric Publishing.
- Bremner, J. D., Randall, T., Scott, T. M., Brunen, R. A., Seibyl, J. R., Southwick, S. M., Delaney, R. C., McCarthy, G., Charney, D. S., & Innis, R.B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related PTSD. *American Journal of Psychiatry*, *152*, 973-981.
- Bremner, J. D., Scott, T. M., Delaney, R. C., Southwick, S. M., Mason, J. W., Johnson, C. R., Innis, R.B., McCarthy, G. E., & Charney, D. S. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, *150*, 1015-1019.
- Burckhardt, G. (1891). Ueber Rindenexcisionen, als Beitrag zur operativen Therapie der Psychosen [About cortical excision, as a contribution to surgical treatment of psychosis]. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, *47*, 463-548.
- Bannour, W. (1992). *Jean-Martin Charcot et l'hystérie*. Paris: Ed. Métaillé.
- Changeux, J.-P. (1983). *L'homme neuronal*. Paris, France: Fayard.
- Davis, K. L., & Panksepp, J. (2018). *The emotional foundations of personality: A neurobiological and evolutionary approach*. New York, NY: W. W. Norton & Company.
- Di Salvo, M. (2025). Psicoterapia e plasticità cognitiva e neuronale. Cervello sociale e disturbo post-traumatico da stress. *Ricerca Psicoanalitica*, *36*(1).
- Diamond, D. M. & Rose, G. M. (1993). Psychological stress interferes with working, but not reference, spatial memory. *Society for Neuroscience Abstracts*, *19*, 366.
- Diamond, D. M. & Rose, G. M. (1994). Stress impairs LTP and hippocampal-dependent memory. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *746*, 411-414.
- Diamond, D. M., Branch, R. J., Rose, G. M., & Tocco, G. (1994a). Stress effects on memory and AMPA receptors are abolished by adrenalectomy. *Society for Neuroscience Abstracts*, *20*, 12-15.

- Diamond, D.M., Fleshner, M., & Rose, G. M. (1994b). Psychological stress repeatedly blocks hippocampal primed burst potentiation in behaving rats. *Behavioural Brain Research*, 62, 1-9.
- Edelman, G. M. (1989). *The remembered present: A biological theory of consciousness*. New York, NY: Basic Books.
- Edelman, G. M. (1992). *On the matter of the mind*. New York, NY: Basic Books.
- Freud, S. (1892-1895). *Studi sull'isteria*. O.S.F. 1. Torino: Boringhieri.
- Freud, S. (1912). *Zur Einleitung der Onanie. Diskussion*. In *Die Onanie: Diskussionen der Wiener Psychoanalytischen Vereinigung*. Wiesbaden, Germany: Bergmann.
- Freud, S. (1915-1917). *Introduzione alla psicoanalisi*. O.S.F. 8. Torino: Boringhieri.
- Gallese, V. (2005). Embodied simulation: From neurons to phenomenal experience. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 4(1), 23-48.
- Gallese, V. (2007). Intentional attunement: Embodied simulation and its role in social cognition. In M. Mancina (Ed.), *Psychoanalysis and neuroscience* (pp. 269-301). Berlin, Germany: Springer.
- Gallese, V. (2008). Mirror neurons and the social nature of language: The neural exploitation hypothesis. *Social Neuroscience*, 3(3-4), 317-333.
- Gallese, V. (2013). Corpo non mente. Le neuroscienze cognitive e la genesi di soggettività ed intersoggettività. *Educazione Sentimentale*, 20, 8-24.
- Gallese, V., & Guerra, M. (2015). *Lo schermo empatico*. Milano: Raffaello Cortina.
- Gallese, V. (2017). Visions of the body. Embodied simulation and aesthetic experience. *AISTHESIS*, 10(1), 41-50.
- Gallese, V., & Morelli, U. (2024). *Cosa significa essere umani*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Ganser, M. G. (1994). Sindrome di Ganser. In *Dizionario di psicologia e psichiatria* (1<sup>a</sup> ed., p. 41). Newton Compton.
- Gargani, D. (2005). *La nascita del significato. Linguaggio ed esperienza nell'ontogenesi del significato verbale*. Perugia: Guerra Edizioni.
- Gray, J. A. (1987). *The Psychology of Fear and Stress*, Vol. 2. New York: Cambridge University Press.
- Hillman, J., & Ventura, M. (1993). *We've had a hundred years of psychotherapy—and the world's getting worse*. HarperCollins.
- Honneth, A. (2017). *La libertà negli altri. Saggi di filosofia sociale*. Bologna: Il Mulino.
- Ippocrate. (V sec. a.C.). *De morbis mulierum; De natura muliebri; De sterilibus*. In *Corpus Hippocraticum*.
- Istituto di Ricerca Maugeri. Disturbo di conversione; disturbo da sintomi neurologici funzionali: debolezza, paralisi, movimento anomalo, perdita della sensibilità. Disponibile da: <https://web.archive.org/web/20250613194245/https://www.icsmaugeri.it/patologie/disturbo-di-conversione-disturbo-da-sintomi-neurologici-funzionali-debolezza-paralisi>
- Jacobson, L., & Sapolsky, R. (1991). The role of the hippocampus in feedback regulation of the hypothalamic-pituitary-adreno-cortical axis. *Endocrine Reviews*, 12(2), 118-134.
- Kahneman, D. (2012). *Thinking, Fast and Slow*. Penguin Books Ltd.
- Kandel, E. R. (1983). From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. *The American Journal of Psychiatry*, 140(10), 1277-1293.
- Kandel, E. R. (1998). A new intellectual framework for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 155(4), 457-469.
- Kandel, E. R. (2005). *Psychiatry, Psychoanalysis, and the New Biology of Mind*. Psychiatric Publishing, Inc.
- Kandel, E. R. (2012). *The age of insight: The quest to understand the unconscious in art, mind, and brain, from Vienna 1900 to the present*. Random House.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (2000). *Principles of neural science* (4th ed.). McGraw-Hill Professional.

- LeDoux, J. (1996). *The emotional brain*. Simon & Schuster.
- Lembke, A. (2021). *Dopamine nation: Finding balance in the age of indulgence*. Dutton.
- Lowen, A. (1958). *The language of the body*. Macmillan.
- Lowen, A. (1972). *Depression and the body: The biological basis of faith and reality*. Macmillan.
- Lowen, A. (2005). *The voice of the body*. Bioenergetic Press.
- Mazzeo, M. (2003). *Tatto e linguaggio: Il corpo delle parole*. Roma: Editori Riuniti.
- Mazzeo, M. (2014). When less is more: Neoteny and language. In *Cahiers Ferdinand De Saussure*, 67, 115-130.
- Mazzeo, M. (2019). *Capitalismo linguistico e natura umana. Per una storia naturale*. DeriveApprodi.
- Mazziotti, M. (2000). *Stili della sublimazione: usi psicoanalitici dell'arte*. Milano: Franco Angeli.
- McDougall, J. (1982). *Theatre of the Mind: Illusion and Truth On the Psychoanalytical Stage*. Free Association Books.
- McDougall, J. (1989). *Theatres of the Body: A Psychoanalytic Approach to Psychosomatic Illness*. W. W. Norton & Company.
- McEwen, B. S. (1992). Paradoxical effects of adrenal steroids on the brain: Protection versus degeneration. *Biological Psychiatry*, 31, 177-199.
- McEwen, B., & Sapolsky, R. (1995). Stress and cognitive functioning. *Current Opinion in Neurobiology*, 5, 205-216.
- Moniz, A. E. (1948). *How I came to perform prefrontal leucotomy*. Lisbon: Livraria Luso-Espanhola.
- Panksepp, J. (2010a). The basic affective circuits of mammalian brains: Implications for healthy human development and the cultural landscapes of ADHD. In *Formative Experiences. The Interaction of Caregiving, Culture, and Developmental Psychobiology*. Cambridge University Press, pp. 470-502.
- Panksepp, J. (2010b). Evolutionary substrates of addiction: The neurochemistries of pleasure seeking and social bonding in the mammalian brain. In J. D. Kassel (Ed.), *Substance abuse and emotion* (pp. 137-168). American Psychological Association.
- Panksepp, J. (2011a). The basic emotional circuits of mammalian brains: Do animals have affective lives? *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(1), pp. 791-1804.
- Panksepp, J. (2011b). Cross-species affective neuroscience decoding of the primal affective experiences of humans and related animals. *PLOS ONE*, 6, e21236.
- Panksepp, J. (2011c). Empathy and the laws of affect. *Science*, 334, 1358-1359.
- Panksepp, J. (2011d). The primary process affects in human development, happiness, and thriving. In *Designing Positive Psychology. Taking Stock and Moving Forward*. New York: Oxford University Press, pp. 51-88.
- Piña-Garza, J. E. (2013). *Fenichel's Clinical Pediatric Neurology* (6th ed.). Elsevier, pp. 207-214.
- Polanyi, M. (1966). *The tacit dimension*. Routledge & Kegan Paul.
- Porges, S. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. Norton Series on Interpersonal Neurobiology.
- Selye, H. (1978). *The Stress of Life*. McGraw-Hill.
- Seung, S. (2012). *Connectome: How the Brain's Wiring Makes Us Who We Are*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Solms, M., & Turnbull, O. (2002). *The brain and the inner world: An introduction to the neuroscience of subjective experience*. Other Press.
- Van der Kolk, B. A. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

- 
- Veith, I. (1965). *Hysteria: The history of a disease*. The University of Chicago Press.
- Wertheim, E., & Micholitsch, H. (1906). *Die Technik der vaginalen Bauchhöhlen-Operationen*. Leipzig.

---

Conflitto di interessi: l'autore dichiara che non vi sono potenziali conflitti di interessi.

Approvazione etica e consenso a partecipare: non necessario.

Ricevuto: 9 giugno 2025.

Accettato: 22 settembre 2025.

Nota dell'editore: tutte le affermazioni espresse in questo articolo sono esclusivamente quelle degli autori e non rappresentano necessariamente quelle delle loro organizzazioni affiliate, né quelle dell'editore, dei redattori e dei revisori o di qualsiasi terza parte menzionata. Tutti i materiali (e la loro fonte originale) utilizzati a sostegno delle opinioni degli autori non sono garantiti o avallati dall'editore.

©Copyright: the Author(s), 2025

Licensee PAGEPress, Italy

*Ricerca Psicoanalitica* 2025; XXXVI:1047

doi:10.4081/rp.2025.1047

*This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial International License (CC BY-NC 4.0) which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited.*