

Approccio statistico alle cefalee psicosomatiche

M. TIMSIT - E. URBAIN
J. SABATIER - M. TIMSIT-BERTHIER

*Département de Psychologie Médicale
et de Médecine Psychosomatique
et Service des Applications Médicales
du Centre de Calcul et de Traitement
de l'Information
Université de Liège (Belgique)*

Estratto da **EUROPA MEDICA**

Vol. 15 - N. 1 - 1976

Suppl. a MINERVA MEDICA - Vol. 67 - N. 31 (23 Giugno 1976)

Approccio statistico alle cefalee psicosomatiche

M. TIMSIT - E. URBAIN
J. SABATIER - M. TIMSIT-BERTHIER

*Département de Psychologie Médicale
et de Médecine Psychosomatique
et Service des Applications Médicales
du Centre de Calcul et de Traitement
de l'Information
Université de Liège (Belgique)*

RIASSUNTO. — Tramite i calcolatori del Centro del Calcolo, gli Autori eseguono lo studio comparato di 3 gruppi di pazienti in visita nel Reparto di Psicologia Medica dell'Università di Liegi.

Il primo di questi gruppi comprende 79 soggetti colpiti da « cefalee psicosomatiche »; il secondo, 850 pazienti indenni da ogni cefalea, e il terzo 450 altri pazienti nei quali l'affezione psichiatrica è accompagnata da cefalalgia (cefalea-sintomo).

Partendo dai risultati ottenuti grazie a questo metodo statistico, gli Autori schizzano un profilo medio, una specie di « ritratto-robot » del paziente colpito da cefalee psicosomatiche: in genere sussiste un passato carico di precedenti psicosomatici, spesso si tratta del fratello più vecchio tra i fratelli (fratrie), e preferibilmente abita in città; sposato, ha due figli; possiede un livello intellettuale relativamente più elevato della media, ha proseguito abbastanza a lungo i suoi studi e valorizza il pensiero e la vita culturale. Sottoposto ad esame clinico si scopre un tipo mediamente aggressivo, piuttosto maturo, non depresso e, in confronto agli altri soggetti in visita, si è d'accordo nel considerare che il suo Io è relativamente forte, egli è poco emotivo, non ansioso, ma non ha propensione alcuna a lasciare in perpetuo vagabondaggio la sua immaginazione. Ambivalente, suddiviso in sentimenti contrari riguardo alla sua famiglia, alla quale tuttavia è apparentemente attaccato, si deprime sul piano professionale e tende a usare se non proprio ad abusare di farmaci orali.

Salvo i suoi mal di testa, alcuni disturbi dispeptici con nausea, vomiti o stipsi, non si lamenta per alcun altro organo e questa assenza di disturbi funzionali psicosomatici permette di distinguerlo dai nevrotici ansiosi e depressi nei quali la cefalalgia si manifesta solo come epifenomeno.

Infine egli appare con una struttura di personalità a tipo misto: con tratti contemporaneamente isterici e ossessivi.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI. — Cefalee psicosomatiche.

Il termine « psicosomatico » al quale facciamo ricorso può essere interpretato in due sensi diversi: nella sua accezione più vasta, sarebbe sinonimo di « psicogeno » e verrebbe applicato all'insieme dei casi di cefalee la cui caratteristica comune essenziale tenderebbe all'assenza di causa organica scopribile; e in un senso più ristretto, designerebbe per esplicito riferimento alla teoria

psicosomatica¹, le cefalee da tensione propriamente dette (muscle contraction headache)², le cefalee vascolari e quelle risultanti da una combinazione di questi due tipi³.

Abitualmente è in base alla propria pratica che ciascun Autore sceglie di porsi in una o nell'altra prospettiva: così la prima ha naturalmente i favori degli internisti e dei neurologi in particolare, mentre la se-

conda sarebbe adottata più volentieri dagli psicosomatici con formazione psicanalitica. Nel primo caso, l'approccio rimane soprattutto descrittivo e si basa sullo studio qualitativo dei disturbi accusati, mentre nel secondo è essenzialmente strutturale e dinamico e cerca di scegliere la realtà psicopatologica che condiziona il manifestarsi iniziale di queste cefalee croniche.

Sotto questo aspetto non si può fare a meno di sottolineare i lavori di Marty e Coll.^{5,6,7} la cui ipotesi esplicativa si è rivelata particolarmente feconda. Questi Autori considerano in effetti che il legame tra il sintomo cefalalgico con alcune situazioni della motilità rappresenta la via più originale per spiegare il passaggio dalla situazione conflittuale al meccanismo fisiologico cefalico. Le cefalee psicosomatiche costituirebbero un indice patologico di una svolta capitale nella vita di relazione nella misura in cui esse sarebbero determinate da una *inibizione psichica in stretto legame con l'inibizione motoria* del passaggio all'atto aggressivo e, in questi pazienti sono le *rappresentazioni pietrificate dei sogni* che sarebbero in qualche modo, « il risveglio visivo » di questo doppio blocco intellettuale e motorio blocco della rappresentazione d'azione, poi imore dell'azione). Questo meccanismo trova pure la sua espressione nel test di Rorschach, a livello delle distorsioni elettive delle risposte cinestesiche (cinestesie repressate, cinestesie risospinte e shock cinestesico¹²).

Nel quadro del nostro studio ci poniamo deliberatamente in questa seconda prospettiva opponendo alle cefalee psicogene sintomatiche, dietro a un piano di un quadro psichiatrico definito diversamente, queste cefalee psicosomatiche.

Materiale e metodo

Questa ricerca essenzialmente è stata eseguita per tentare di discernere tratti che apparterebbero in proprio ai soggetti con cefalee psicosomatiche. Essa è stata molto facilitata ricorrendo a un sistema di codificazione delle cartelle cliniche, utilizzato da oltre 7 anni nel Reparto di Psicologia Medica dell'Università di Liegi, e che si è già rivelato fruttuoso in altri campi della ricerca

psicopatologica^{3,4,11}. Non si tratta proprio qui di un sistema di codificazione che sarebbe proprio allo studio delle cefalee, bensì di un metodo di raccolta e di trattamento delle informazioni riunite in cartelle psichiatriche, in modo tale che il formulario degli Autori è centrato essenzialmente su un approccio psicopatologico dei casi studiati.

Se del caso, si rivelerebbe inoperante qualora si cercasse di paragonare le nostre osservazioni con casi di cefalee di natura organica, per mancanza di dati appropriati; si distingue dunque in modo radicale dai sistemi di codificazione concepiti per lo studio elettivo delle cefalalgie come quello di Barolin³, per esempio. Esso permette invece di abordarre con maggiore precisione gli studi comparati delle strutture della personalità.

I gruppi studiati sono rappresentati nella tabella 1. Il primo gruppo è composto da 79 soggetti — 35 uomini e 44 donne — che sono stati indirizzati nel Reparto o che sono venuti a farsi visitare spontaneamente per cefalee croniche rispondenti ai criteri che gli Autori hanno convenuto di utilizzare più sopra per definire le cefalee psicosomatiche. Gli esami neurologici, radiologici o elettroencefalografici eseguiti prima avevano eliminato ogni possibilità di carattere organico della cefalea. Si trattava di cefalee vascolari di tipo emicranica, di cefalee muscolari (« muscle contraction headache ») o di cefalee combinate e non abbiamo ritenuto necessario distinguere queste forme.

TABELLA 1. — *Popolazione studiata con calcolatore IBM 360-44.*

Categorie	N. casi	Uomini	Donne
Gruppo I			
Cefalee psicosomatiche	79	35	44
Gruppo II			
Popolazione di non cefalalgici	850	408	442
Gruppo III			
Cefalee sintomatiche	450	185	265

Il secondo gruppo è costituito da 850 pazienti indenni da ogni sintomo cefalalgico, e il terzo con 450 soggetti visitati per affezioni varie, ma che avevano la particolarità di presentare cefalalgie (« cefalea-sintomo ») dietro a una sintomatologia psichiatrica centrata su altre manifestazioni patologiche (depressione, angoscia, ossessioni, fobie, ecc...).

La ricerca è stata svolta più particolarmente su alcune varianti che ci sembrano comode, per chiarezze di esposizione, riunire in tre rubriche di cui la prima si riferisce agli « hard data » e le due altre ai « soft data »:

- 1) Dati obiettivi (parametri fondamentali ed elementi anamnestici).
- 2) Valutazione clinica (il « punto di vista del medico »).
- 3) Disturbi soggettivi (« il punto di vista del paziente »).

Nel trattamento statistico dei dati ci siamo deliberatamente limitati a un calcolo di correlazioni effettuato con l'aiuto del test del Chi-quadrato.

Questo modo di procedere certamente è grossolano, ma nella statistica non parametrica — come in questo caso — offre il vantaggio di evitare gli scogli dovuti all'assenza di una normale distribuzione.

1) I dati obiettivi.

Nessuna differenza significativa statisticamente appare rispetto all'età e alla stato civile. Invece, se ne mette in evidenza una con il numero di bambini (.025). I soggetti colpiti da cefalee psicosomatiche tendono maggiormente ad avere 2 figli. Ci è sembrato che questo profilo familiare potesse essere indice di un maggior conformismo, perchè una famiglia di questo tipo (padre, madre, due figli) risponde bene allo schema ideale moderno, per lo meno se ci si riferisce all'uso abbondante che la pubblicità fa di questo stereotipo. Tuttavia conviene temperare questo giudizio nella misura in cui, allorchè studiamo l'atteggiamento riguardo all'ambiente familiare attuale, constatiamo che questi stessi soggetti sono o proprio perfettamente adattati, oppure ambivalenti (una volta su due). Si sarebbe dunque indotti a

credere che tale conformismo apparente non soddisfi proprio del tutto il cefalalgico e che se egli « versa alla cassa di Risparmio » è proprio per difendere il suo corpo oppure più volgarmente per difendere la propria « testa ». Tuttavia è interessante notare che la cefalea psicosomatica, ma anche la cefalea sintomatica, colpiscono di preferenza il più vecchio di tutti i fratelli come se la cefalea, che essa sia entità psicosomatica o semplice epifenomeno, fosse collegata a questa situazione particolare che è conferita al più vecchio, vero e proprio « capo dei fratelli ».

Si rileva nell'anamnesi familiare e personale dei soggetti del gruppo I, una maggiore predisposizione, vorremmo dire classica, alle malattie psicosomatiche. Invece non si mette in evidenza un rapporto significativo a livello della contestazione familiare nell'infanzia e dei rapporti che questi soggetti hanno potuto stringere con la coppia dei genitori. La differenza è altresì notoria per quanto riguarda il livello di istruzione: esso è, in modo significativo più elevato nei soggetti colpiti da cefalee psicosomatiche, risultato che conferma la nozione di prevalenza del pensiero in questi soggetti.

Per quanto concerne l'habitat, il rapporto è ugualmente significativo (.01) (pochi soggetti colpiti da cefalee psicosomatiche sono nati in ambienti rurali), come lo è in parte il rapporto con l'adattamento professionale: se si paragona il gruppo I e il gruppo III (cefalea-sintomo) si rileva un disadattamento maggiore in quest'ultimo gruppo, e la nozione di un sovraccarico relativamente più frequente nel primo.

2) Valutazione clinica (« il punto di vista del medico »).

Il livello intellettivo del cefalalgico sembra al clinico più elevato di quello dei soggetti degli altri gruppi (.01 e .001) e, si ha l'impressione che sia meno emotivo e meno ansioso.

I soggetti del I gruppo sembrano relativamente più maturi. Infatti questi risultati potrebbero essere opposti a quelli ottenuti con l'aiuto dei test proiettivi, poichè quello di Rorschach mette in evidenza altrettanto bene un certo qual grado di immaturità: in realtà tale discordanza è soltanto appa-

rente, perchè anche i metodi per l'approccio differiscono circa i criteri a cui si riferiscono. I metodi proiettivi rimandano a una popolazione « normale », invece l'approccio statistico degli Autori è basato, soprattutto, su un gruppo di nevrotici. La « debolezza dell'IO » è nettamente minore.

L'aggressività aperta è alla stessa stregua relativamente meno spiccata nei soggetti del I gruppo, ma al contrario di quanto si avrebbe potuto credere, non si manifesta alcuna differenza significativa rispetto all'aggressività contenuta.

Non si evidenzia alcuna differenza per quanto concerne i comportamenti dei suicidi, ma i *disturbi timici* sono molto meno accusati nei soggetti dei gruppi I e II che negli altri (rapporto significativo a .001): una volta su due, il medico stima che essi non ne presentino affatto, e quando accade che il loro timismo è modificato, esso gli sembra andare nel senso di un umore disforico piuttosto che in quello di una depressione reattiva caratteristica, all'inverso di ciò che si verifica soprattutto nel gruppo delle « cefalee-sintomi ».

Ciò non significa di certo che in alcune circostanze questi pazienti non si scompen-sino in senso depressivo: la cefalea perde allora il suo carattere. Abbiamo personalmente seguito in psicoterapia parecchi di essi e abbiamo anche potuto osservare questa classica oscillazione psicosomatica. Tuttavia ci è parso interessante segnalare questi risultati statistici nella misura in cui sono, riteniamo una buona documentazione della funzione difensiva della repressione somatica.

Infine, non è privo di interesse sottolineare l'esistenza di un rapporto statisticamente significativo a livello della distribuzione dei tratti dominanti della personalità: in effetti, nei soggetti del gruppo I, si trovano tanto isterici che ossessivi, ma la proporzione dei soggetti con tratti dominanti ossessivi è ben maggiore che negli altri gruppi studiati. Senza dubbio si tratta, nei soggetti colpiti da malattie psicosomatiche, solo di una facciata quale ha potuto essere spesso descritta, poichè del resto, i test proiettivi attestano solo una prevalenza del ricorso all'intellettualizzazione, mentre il tipo di resistenza intima sul Rorschach è in genere extratensivo.

3) I disturbi soggettivi (« punto di vista del paziente »).

E' da rilevare come le tre categorie di soggetti si oppongano in un modo così netto: i soggetti sofferenti di cefalee psicosomatiche presentano solo assai poco spesso (a differenza dei non cefalalgici, ma soprattutto dei pazienti colpiti da cefalee-sintomi) palpitazioni, lipotimie, ipotensione, dispnea, senso di pressione toracica, spossamento, astenia oppure spasmi diversi. Si rileva spesso in essi solo una propensione alle nausea e i vomiti. D'altra parte dal punto di vista del comportamento si deve rilevare il rapporto significativo a livello della dieta; le tendenze *tossicofiliche* sono più frequenti nei soggetti sofferenti di cefalee psicosomatiche — tendenza da porre verosimilmente in rapporto con il polo orale la loro personalità (ma si tratta in questo caso di una nozione ben stabilita).

SUMMARY

M. Timsit, E. Urbain, J. Sabatier and M. Timsit-Berthier: *Statistical study in psychosomatic headache.* - Three groups of patients were compared statistically: 79 with the diagnosis psychosomatic headache' (in the strict sense of the term), 450 others whose headache was part of another disorder (termed symptomatic headache'), and 850 patients free from headache symptoms.

The following characteristics were found for the group with psychosomatic headache: More psychosomatic diseases in the family, usually the eldest in birth rank, usually living in towns, married, two children, intellectual level above average, overweight, ego-strength with compulsive features, tendency towards oral abuse of different kinds, few other psychosomatic complaints (contrary to the group with symptomatic headache).

In the discussion the Authors try to demonstrate the defensive function of this selective somatisation.

[« Min. Med. », 67, 2026-2030, (June) 1976 — M. Timsit, E. Urbain, J. Sabatier, M. Timsit-Berthier: « Approccio statistico alle cellule psicosomatiche »].

BIBLIOGRAFIA

- 1) Alexander F.: « La médecine psychosomatique ». Petite Bibliothèque Payot, Paris, 1962.
- 2) Barolin G. S.: « Headache and cervical spine ». Res. Clin. Stud. Headache, 1972/III.
- 3) Dongier M., Timsit M., Melon J., Dongier S.: « L'informatique dans l'enseignement et la recherche psychiatrique. Quelques exemples d'application ». Ann. Med. Psychol., 129, 99-107, 1971.
- 4) Martin M. J., Rome H. P., Swenson W. M.: « Muscle contraction Headache: a psychiatric review ». Res. Clin. Stud. Headache, 184-204, 1967.
- 5) Marty P.: « Aspects psychodynamiques de l'étude clinique de quelques cas de céphalalgies ». Rev. Franç. Psych., 15, 216-252, 1951.
- 6) Marty P.: « Les céphalalgies ». Encycl. Méd. Chirurg. Psychiatrie, 37, 480 G 10, 1955.
- 7) Marty P., M'Uzan (de) M., David C.: « L'investigation psychosomatique ». Ed. Presses Universitaires de France, Paris, 1963.
- 8) Melon J., Timsit M.: « Étude statistique sur la psychopathologie des immigrés ». Acta Psychiat. Belg., 71, 98-120, 1971.
- 9) Stenback A.: « Headache and life stress: a psychosomatic study of headache ». Acta Psychiat. Scand., 92, 1-143, suppl. 1954.
- 10) Timsit M., Timsit-Berthier M.: « Fondements expérimentaux de la médecine psychosomatique: les céphalées ». Rev. Méd. Liège, 23, 743-747, 1968.
- 11) Timsit M., Sabatier J.: « L'emploi des ordinateurs en clinique psychiatrique ». Acta Psychiat. Belg., 73, 272-301, 1973.
- 12) Timsit M.: « Test de Rorschach et céphalées ». Acta Psychiat. Belg., 72, 96-116, 1972.

[Indirizzo degli Autori:

M. Timsit, E. Urbain, J. Sabatier,
M. Timsit-Berthier - Reparto di Psico-
logia Medica, Divisione delle Appli-
cazioni Mediche del Centro del Cal-
colo e del Trattamento dell'Informa-
zione dell'Università - Liège]