

**Zeitschrift:** Fisio active  
**Herausgeber:** Schweizer Physiotherapie Verband  
**Band:** 39 (2003)  
**Heft:** 4

**Artikel:** Implicazioni riabilitative nella nevrosi di conversione  
**Autor:** Monacelli, Luigi  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-929642>

#### Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

#### Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

#### Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 02.02.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# **Implicazioni riabilitative nella nevrosi di conversione**



Luigi Monacelli, Fisioterapista, Ospedale Distrettuale Faido

20

Fisioactive 4/2003

**Parole in cifra:**  
**Nevrosi, conversione**  
**sindromi somatoformi**

**Non frequente ma significativa e mutevole, da 11 fino a 300 casi su 100.000 [3], nell'ambito riabilitativo questa patologia ci pone di fronte a problematiche correlate con lo specifico non solo motorio ma altresì sensitivo che difficilmente riusciamo a dominare e che precludono al paziente le normali attività della vita quotidiana.**

**Si prenda atto di un caso in citazione per evidenziare alcuni aspetti peculiari della nevrosi di conversione e per far emergere implicazioni importanti ad essa connesse.**

## **ABSTRACT**

Infrequent yet significant and mutable – with between 11 and 300 cases in 100,000 [3] – in rehabilitation this pathology presents us with problems related to sensory pathology as well as motor pathology which are difficult to overcome and which prevent patients from going about their normal everyday life. One specific case mentioned highlights some of the aspects peculiar to conversion disorder, exposing its serious implications.

## INTRODUZIONE

Nella terminologia psicoanalitica possiamo definire la nevrosi o isteria, nelle forme più gravi, di conversione quella facilità particolare, quella predisposizione, che permette di tradurre così facilmente sul piano somatico un conflitto morale.

Attualmente si tende ad evitare il termine «isteria», considerati i suoi varianti e differenti significati, per sostituirlo con sindromi dissociative e/o somatoformi [5].

Ad ogni buon conto è qui che si apre il variopinto terreno psichico degli «isterici», terreno da cui deriva l'insieme della molteplicità dei disturbi che essi possono presentare e dotato, come ricordano Dupré e Logre, di «psicoplasticità» proprio per includere processi patologici del tutto diversi [1].

A J.M. Charcot (1825–1893), ritenuto il più grande neurologo europeo di quei tempi, il merito di aver sostenuto l'attenzione nei confronti dell'isteria, usando, nella sua famosa clinica all'ospedale Salpêtrière di Parigi, l'ipnotismo non come mezzo terapeutico, ma per creare i sintomi della malattia a fini sperimentali e per aver evidenziato la non obbligatoria peculiarità del sesso femminile.

A S. Freud (1856–1939) l'attribuzione di aver coniato il termine di nevrosi di conversione grazie alle indicazioni non solo dello stesso Charcot ma soprattutto alla collaborazione professionale con il medico viennese J. Breuer (1842–1925) il quale aveva fatto delle esperienze che, alcuni anni più tardi, sarebbero diventate il punto di partenza della psicoanalisi. Breuer aveva liberato dai suoi disturbi, con l'aiuto terapeutico dell'ipnosi, una ragazza isterica ed era riuscito ad analizzare a fondo lo sviluppo della sua malattia [2].

Anche se la nevrosi rappresenta il prototipo di patologia strettamente di pertinenza psicoanalitica non possiamo non prendere atto dei disturbi che comporta con sintomi ingiustificati di deficit relativi a funzioni motorie volontarie e sensitive.

Naturalmente, a priori, prima di formulare una diagnosi di nevrosi di conversione sono da escludere, tramite indagini mediche, patologie neurologiche ed organiche generali che giustifichino eventuali alterazioni anatomiche o funzionali [3].

## CENNI CLINICI

Le sindromi dissociative si presumono essere di origine psicogena in quanto strettamente correlate nel tempo con fattori traumatici, problemi intollerabili o relazioni altamente disturbate [5].

Più facilmente riscontrabile nelle donne, maggiormente colpite sono le persone immature e di «bassa» cultura che evidenziano soprattutto egoismo, egocentrismo, forte emotività, bisogno di dipendenza affettiva e costante ricerca di uno stratagemma per attirare l'attenzione su di se.

A seconda della natura dei sintomi o in base al deficit, si distinguono:

1. disturbi di conversione con alterazioni motorie. Paralisi di un arto (che incoerentemente ed inavvertitamente può essere mosso), difficoltà a mantenere l'equilibrio, complicazioni nel deglutire, ritenzione urinaria
2. disturbi di conversione con attacchi di tipo epilettico o convulsioni ma ben differenziati da questi poiché il paziente, nelle crisi istiche, non perde di solito i sensi, non si fa male e non perde il controllo degli sfinteri [4]
3. disturbi di conversione con problematiche sensitive. Perdita della sensibilità tattile o dolorifica, parestesie, diplopia, cecità, sordità ed allucinazioni
4. disturbi di conversione a carattere misto

In condizioni normali, sussiste un grado di controllo cosciente su quali ricordi e sensazioni possono e devono essere prescelti per l'attenzione immediata e quali, conseguentemente, movimenti dovranno essere eseguiti per soddisfare un determinato scopo.

Nella nevrosi di conversione si ipotizza che l'abilità suddetta ad esercitare un consapevole e selettivo controllo sia alterata, in una misura che può variare da giorno a giorno o anche da ora ad ora [5].

La situazione che ne deriva, dalla complessità di quanto innanzitutto, è alquanto drammatica e bizzarra ma nonostante tutto il paziente generalmente si mostra tranquillo. Vive sovente come recitando in una commedia e creandosi una visione tutta personale del proprio rapporto con il mondo.

La personalità di questi pazienti è contrassegnata dalla cosiddetta «belle indifferenze», cioè dalla imperturbabilità rispetto alla malattia anche se talvolta prevale un comportamento istrionico e teatrale [3]. La caratteristica fondamentale di questi individui è rappresentata dal bisogno smodato che essi hanno di attirare su di se l'attenzione degli altri, di essere ammirati, stimati assumendo atteggiamenti artificiosi e, appunto, teatrali per costringere in definitiva gli altri ad occuparsi di loro.

Possono inventare condizioni e situazioni per mettersi in evidenza come pure vestirsi o acconciarsi i capelli in modo alquanto stravagante; ricorrono a esagerazioni, a spaccanate; lamentano atroci dolori con lo scopo di suscitare compassione; evitano, se possono, responsabilità, impegni, sacrifici non graditi. Vantano formidabili successi amorosi ed anche la sessualità è spesso teatrale sia nel maschio (dongiovannismo) che nella femmina (messalinismo). Da sottolineare, infine, tentativi (o finti) di suicidio, a scopo principalmente ricattatorio, che vengono attuati nel modo e nel momento in cui sanno di essere prontamente soccorsi.

22

**fisio active** 4/2003

## PRATICA

La signora G.A., 1925, degente a suo tempo presso uno dei centri di riabilitazione dove ho lavorato, e con diagnosi di nevrosi di conversione accompagnante un grave disturbo della deambulazione (abasia) presentava numerosi di questi elementi descritti in letteratura.

Innanzitutto in stazione eretta si evidenziavano improvvise e brusche cadute (astasia) simili ad un attacco epilettiforme nel momento in cui l'attenzione del terapista (voi fisio o infermiera) veniva spostata su di un altro bersaglio.

Sottolineando che al proprio domicilio la paziente camminava sostenuta da due persone al fianco, la situazione, per così dire, si normalizzava soprattutto quando la signora veniva adulata nei suoi progressi esplicitamente da me dichiarati magari ad un collega presente in palestra ed in quel momento G.A. era in grado di camminare in modo autonomo e senza l'utilizzo di un ausilio.

Dotata di eloquenza da predicatore perseverava quotidianamente su di una presunta e fantastica relazione amorosa intrattenuta periodicamente e per molti anni nel momento in cui lasciava il marito a casa. Presumibilmente, ogni volta l'allontanamento della paziente da una situazione familiare «minacciosa» ha sortito un effetto benefico sulla sintomatologia.

Altamente influenzabile riponeva troppa fiducia nei miei confronti elogiandomi esageratamente in molte occasioni forse anche, a detta di lei, per la figura che rivestivo e alla quale attribuiva una importanza, tra l'altro, ingrandita ed ingiustificata.

Di seguito una frase che ho fatto scrivere alla paziente:

*Oggi è una bella giornata e forse andrò a cercare i funghi per fare un bel risotto da mangiare in compagnia.*

Interessante notare l'inclinazione discendente delle righe a dimostrazione di sintomi depressivi e altri dettagli di cui non entro in merito poiché esula dal mio campo d'azione.

La descrizione del caso specifico citato potrebbe continuare e dilungarsi ma a questo punto è opportuno porsi (o mi pongo) alcuni interrogativi a carattere generale e soprattutto in relazione strettamente ad una riabilitazione ben mirata nei casi come questo.

- a) È pur sempre corretta una degenza presso un Centro a casistica polivalente oppure dovrebbe un caso del genere essere dirottato verso una struttura a indirizzo prettamente psichico?
- b) Conseguentemente ad a): l'intervento riabilitativo deve essere a carico di un T.d.R. che si occupa, per esempio di una ipotetica paralisi senso/motoria o meglio di uno psicanalista che deve provvedere alla rimozione del conflitto psichico? Le due figure possono essere complementari?
- c) Un T.d.R. non conferma e rinforza l'inabilità al paziente trattandolo come un emiplegico (sempre come esempio)?

A questo punto mi domando se l'operato del terapista (intendo fisio e/o ergo ecc.) non è, per così dire, limitativo, o quali sarebbero le strategie d'intervento auspicabili per un approccio ottimale col paziente.

Personalmente ho cercato di intraprendere un avvicinamento di tipo «psicologico» seguendo quanto la paziente raccontava, quello che era in grado di fare (secondo lei), le sue aspettative dalla degenza presso di noi e la previsione del suo rientro a casa.

In quasi tutte le circostanze la signora G.A. si è dimostrata facilmente suggestionabile ed importante è stato il fatto di lavorare non in modo automatico e sistematico ma controllabile anche dal punto di vista di una pianificazione del programma da effettuare.

Pazienti di questo tipo devono essere fermamente persuasi ad impegnarsi in una qualsiasi attività fisica e dobbiamo considerare la loro naturale ed iniziale riluttanza a partecipare a cose «infantili» come giochi organizzati o esercizi di gruppo che, al contrario, migliorerebbero la loro performance [7].

Nella circostanza ho preferito non inserire la paziente in un gruppo perchè sussisteva il timore, da parte mia, che l'attenzione a lei rivolta si distribuisse sugli altri individui.

Con questi presupposti, e nel caso in citazione, ritengo che sia stato ideale ed opportuno il doppio intervento a carattere misto: basarsi sul problema psichico per sfumare quello sensitivo/motorio della paralisi consapevole del fatto che ogni disturbo psicogeno si riflette sullo stato fisico [6]. È fortemente trasparente, comunque, la mia limitatezza nel supporto psicologico e fino a che punto abbia potuto modificare il caso nella sua complessità.

Appare evidente che stiamo entrando nel campo della cosiddetta medicina psicosomatica, e non solo, la quale studia le correlazioni tra psiche e disturbi fisici del paziente, che prende sempre più consistenza oggigiorno e nella quale non mi addentro in quanto non mi sento competente in materia.

Con questo scritto tenevo esclusivamente ad evidenziare problematiche, come la nevrosi di conversione, che, forse, spesse volte non vengono sufficientemente considerate; al contrario, patologie come queste che precludono al soggetto una visione globale ed oggettiva di se stesso e sovente gli tolgonon ogni speranza di progresso [6], non devono in qualche modo essere sottovalutate in un ambito riabilitativo anche se restrittivamente si potrebbe pensare che siano di pura competenza psicoterapica.

## CONCLUSIONI

Resta incredibile il fatto che, rivedendo alcuni filmati relativi a G.A., quel braccio, quella gamba e tutto un corpo alternassero momenti di movimento così armoniosi ad altrettanti di completa immobilità.

Risulta difficile pensare che in letteratura è suffragata l'ipotesi che nella maggioranza delle donne isteriche si annoverano le rappresentanti più belle ed attraenti del sesso femminile; mentre d'altro canto, l'essere brutte, l'avere difetti ed altre infermità non aumenta l'incidenza delle malattie nevrotiche.

Forse ancora una volta il sottoscritto non riesce ad intravedere chiaramente le linee di demarcazione di un caso riabilitativo che, a mio avviso, ha tutti i requisiti per acquisire il termine di borderline anche se, in sede finale, il risultato del caso citato è stato alquanto soddisfacente ma con il beneficio del dubbio sulla «rimozione» del conflitto di conversione che aveva provocato l'emiparesi sensitivo-motoria della signora.

Ritengo che il terapista della riabilitazione debba essere coinvolto non solo negli effetti fisici del trattamento, ma anche con l'aggiustamento psicologico e sociale del paziente alla disabilità affinchè aiuti lo stesso al superamento di quella disarmonia interna che lo rende incapace all'adattamento ambientale. Prendiamo atto di questo consapevole che siamo di fronte ad un ammalato e non ad un progetto di inganno premeditato.

## BIBLIOGRAFIA

1. MINKOWSKI E (1973). Trattato di psicopatologia. Ed. Feltrinelli
2. KUTTER P, LOCH W, ROSKAMP H, WESIACK W (1975). Psicoanalisi medica. Ed. Feltrinelli
3. RIZZO G, CARTELLA G. Preliminari osservazioni sulla scrittura di pazienti isterici con disturbi di conversione.
4. CHUSID JG (1975). Neuroanatomia correlazionistica e neurologia funzionale. Ed. Piccin
5. KEMALI D, MAJ M, CATAPANO F, LOBRACE S, MAGLIANO L. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Ed. Masson
6. LUBAN-PLOZZA B (1973). Sistema nervoso e vita d'oggi. Ed. Paoline
7. JOAN CASH (1988). Neurologia per Terapisti della riabilitazione. Verduci Editore



## ALLENSPACH MEDICAL AG

Fabrikweg 294  
4718 Holderbank SO  
[www.allenspachmedical.ch](http://www.allenspachmedical.ch)

Tel. 062 390 18 88  
Fax 062 390 14 34  
[info@allenspachmedical.ch](mailto:info@allenspachmedical.ch)

### KOMPLETTES CPM-PROGRAMM

ARTROMOT-Bewegungsschienen



Mietservice: SO, AG, BS, BL, BE\*, ZH\*, LU\* (\*teilweise)

### Grosses Thera-Band® Sortiment

### Diverse Spezial-Produkte für die Physiotherapie.

Verlangen Sie unsere Produkteinformationen!



Wir wünschen Ihnen viel

# ERFOLG

## mit THERAPIE 2000

der Administrationssoftware für Physiotherapien

**Wir sind vor Ort wann immer Sie uns brauchen . . .**

Beratung / Schulung / Installationen / Erweiterungen / Reparaturen

DNR Inter-Consulting, Tel. 041 630 40 20

**Clap Tzu**

Europas führender Hersteller von Massagetischen aus Holz

Auf einen Blick...

- leicht & zusammenlegbar
- stabil & höhenverstellbar
- umfangreiches Zubehör
- fachkundige Beratung
- hohe Lebensdauer
- spezielle Cranio- & Reikitische

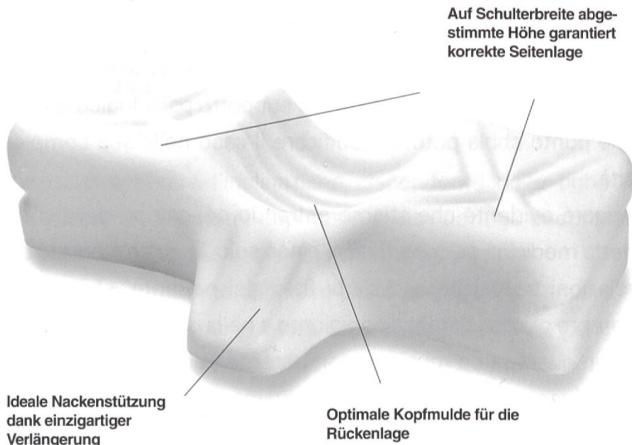


Massagetische aus Holz, die durch ihr lebendiges Design eine Freude fürs Auge sind und Funktionalität bieten.

Tao Trade®  
Mittlere Str. 151, 4056 Basel  
Tel./Fax: 061 381 31 81  
mail: [office@taotrade.ch](mailto:office@taotrade.ch)  
web: [www.taotrade.ch](http://www.taotrade.ch)

# Therapeutica®

**Das einzige Schlafkissen, das von der amerikanischen Chiropraktoren-Gesellschaft seit fünf Jahren empfohlen und unterstützt wird – nun auch in der Schweiz erhältlich!**



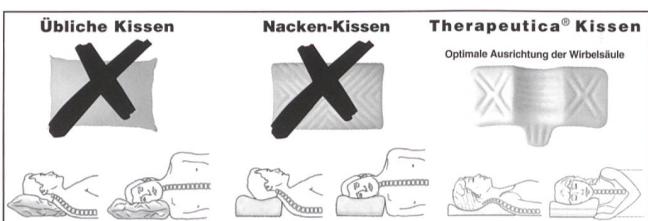
Ideale Nackenstützung  
dank einzigartiger  
Verlängerung

Auf Schulterbreite abge-  
stimmte Höhe garantiert  
korrekte Seitenlage

Optimale Kopfmulde für die  
Rückenlage

### Wird empfohlen bei:

- **Verspanntem Nacken- oder Schulterbereich**
- **Spannungs-Kopfschmerzen**
- **Übermässigem Schnarchen**
- **Schleudertrauma**



### Erhältlich in vier Größen



**KIND**  
6-10 jährig  
Abstand  
8 - 11 cm



**KLEIN**  
Erwachsene  
Abstand  
11 - 13.5 cm



**MITTEL**  
Erwachsene  
Abstand  
13.5 - 16 cm



**GROSS**  
Erwachsene  
Abstand  
ab  
16 cm

**Verlangen Sie unsere  
Wiederverkaufs-Konditionen!**

INHEALTH Aktive Gesundheitserhaltung  
Bürkli + Partner • 6206 Neuenkirch  
Tel. 041 469 60 70 • Fax 041 469 60 78  
[info@therapeutica.ch](mailto:info@therapeutica.ch) • [www.therapeutica.ch](http://www.therapeutica.ch)

