DALLA LIBERA PROFESSIONE

CENNI DI PSICOSOMATICA ODONTOIATRICA

Dott. M. CASONATO - Psicologo Dott.ssa G. VANNINI - Neuropsichiatra

ella storia delle teorie etiopatogenetiche è possibile individuare un momento in cui le spiegazioni tradizionali evolutesi con alterne vicende dalla medicina greca, vennero fondendosi con l'impianto epistemologico della fisica newtoniana, conducendo a spiegazioni ed a modelli generativi etiologici caratterizzati da causalità lineare, reversibilità, temporalità etc. È stato principalmente lo svilupparsi delle ricerche sulla patologia tumorale a stimolare una riconsiderazione globale dei modelli etiologici e l'introduzione di modelli polideterministici, del principio di equifinalità, dell'idea di irreversibilità nella interpretazione dei dati fisiopatologici.

Durante il periodo di transizione. non ancora terminato, tra i due paradigmi di spiegazione in medicina, sotto la pressione di copiosi dati provenienti dall'osservazione clinica, è venuta definendosi un'area di patologia che si distaccava dai raggruppamenti tradizionali: la patologia psicosomatica.

Benché il termine evochi posizioni dualistiche difficilmente accettabili, esso è ormai adottato diffusamente e di fatto irrinunciabile, venendo a definire un'area vasta di interessi clinici in cui fattori della personalità possono influenzare l'insorgenza ed il decorso di processi morbosi. A onor del vero oggi è accettato anche il fatto che i medesimi processi possano influenza-

re l'insorgenza ed il decorso di patologie prettamente organiche, quali ad esempio disturbi infettivi, attraverso l'influsso diretto sul sistema immunitario, o direttamente spingendo il paziente a trascurare inconsciamente i suoi disturbi, o magari ad esporsi eccessivamente al contagio e così via.

Il grande sviluppo degli studi fisiologici ed immunologici ha aumentato grandemente la nostra conoscenza dei rapporti e degli equilibri delle regolazioni delle attività viscerali nonostante la grande complessità delle interconnessioni neuroendocrine.

Ci basti sottolineare la convergenza tra le ricerche neurofisiologiche di Maturana e Varela (1976) con quanto Alexander (1950) sottolinea, cioè l'adattamento dello stato funzionale degli organi con la situazione complessiva in cui l'organismo si trova.

Tale concettualizzazione tipicamente cibernetica porta a sottolineare particolarmente la natura ricorsiva del funzionamento del SNC, in cui il cervello proietta i suoi stati operativi sul contesto del suo stato operativo più lato, così che le regolazioni operate dal SNC su di un organo o un complesso muscolare sono inglobate ed influenzate dallo stato operativo più generale dell'attività del SNC.

Ogni equilibrio locale influenza ed è influenzato dallo stato alobale, attraverso la costituzione reciproca di vincoli sistemici, i auali d'altra parte vengono a costituirsi come determinanti strutturali delle possibilità operative che si possono individuare in ciascun stato operativo globale, dato e possibile.

Nel soggetto sotto stress nello stato di sonno REM possono verificarsi le parafunzioni (bruxismo e serramento).

Tali parafunzioni possono apparire anche nella veglia, seppure spesso al difuori di un controllo cosciente e della consapevolezza di quanto sta accadendo. In questo caso viene recuperato in un nuovo contesto uno schema arcaico di reazione a stimoli improvvisi ed intensi. Se in taluni animali esiste una reazione aggressiva consistente nel ringhiare, parallelamente all'attivazione di altri sistemi stimolanti alcune attività metaboliche, altrettanto non può dirsi dell'uomo soagetto ad inglobare questi schemi primitivi in strutture cognitive più ampie e articolate. Così nel caso dei nostri pazienti l'ansia non ha contenuto e pertanto non possono instaurarsi le reazioni in serie che giungono, passo dopo passo, all'esaurimento dei piani attivati attraverso il feedback ottenuto dai risultati del proprio comportamento. Tali procedure si attuerebbero attraverso la serie TOTE (Test-Operate-Test-Exit) per la quale dopo una prima ricognizione della situazione (Test) si attua una procedura (Operatel al termine della quale si attua

una nuova ricognizione della situazione (Test). Se a questo punto l'obbiettivo ricercato risulta ottenuto si verificherà l'estinzione del Piano.

Invece nella situazione anomala dell'ansia priva di contenuto si innesca un processo di feedforward che amplifica ed estende la reazione coinvolgendo, a seconda dei contesti organico-biologici in cui si svolge, alcuni possibili organi: stomaco (gastriti e forse ulcere, comunque in contesti diversil, colon (coliti e, nel medesimo rapporto indicato tra gastriti ed ulcere, colite ulcerosal, colecisti e vescica (discinesie e calcolosi), bocca (herpes diffuso, e, in contesti in cui non risulta coinvolto il sistema immunitario, distruzione meccanica dei denti e dei loro tessuti di sostegno). Infatti accade di frequente che siano coinvolti più organi con contemporanea presenza di una polisintomatologia o di una alternanza di sintomi e lesioni che migrano nell'arco della vita da un luogo all'al-

Per quel che concerne più strettamente il campo di azione dell'odontoiatra possiamo constatare quanto siano numerosi i soggetti che presentano disturbi legati ad iperfunzione muscolare o lesioni parodontali, dentali o articolari ad essa correlati.

Recenti statistiche mostrano come quasi il 50% della popolazione presenti disturbi più o meno importanti, ed in una rilevante percentuale (dall'8 al 28% a seconda deali studi) le lesioni sono tanto evidenti da richiedere una terapia. La causa scatenante della reazione di iperfunzione può essere un difetto occlusale (anche piccolo) o articolare (raro) su terreno psicologicamente predisposto. Tutto ciò comprende una capacità di mobilitare l'attenzione attivando ed amplificando processi autoscopici ad un grado tale da evocare in seconda istanza vissuti arcaici che a loro volta aumentano l'angoscia ed il bisogno di difendersi, con un'evidente ulteriore accentuazione della tensione muscolare e del tentativo di esaurirla attraverso un'attività autocentrata sui denti. La reazione può scatenarsi dopo un trauma psichico, la cui entità deve essere valutata sulla base della struttura del soggetto piuttosto che sulla base di ciò che il medico è portato a ritenere traumatico sulla base della propria personalità. Solo attraverso questo modo di esplorare il problema diviene infatti possibile decodificare taluni sintomi in cui non è evidenziabile l'origine traumatica, infatti il trauma è un aualcosa che per il medico è marginale, mentre per il paziente dotato di una certa diversa struttura psicologica esso appare grave ed insanabile. Le moderne teorie dell'evento ed il loro ricollegamento con la fenomenologia e le conoscenze psicoanalitiche portano a riconoscere che un evento apparentemente banale lad esempio l'incontrare un negozio di pompe funebri di un celebre caso trattato da Freud) può per un soggetto particolare avere un effetto significativo svolgendo la funzione di releaser di un processo altrimenti quiescente, al contrario ciò che il buon senso porterebbe a ritenere "trauma" può non attivare alcuna reazione in determinati sog-

Comunque nei pazienti che giungono alla nostra osservazione è possibile riconoscere taluni comportamenti caratteristici e peculiari stati, consistenti in sindromi mio-fasciali, dolori fantasma (non costanti come insorgenza né come localizzazione), oppure più articolati disturbi nervosi in senso proprio.

Tipicamente il paziente è attento alla chiusura dei suoi denti, come scruta con attenzione possibili variazioni, interferenze od anche modificazioni della loro forma o del loro colore

In tali pazienti assume pertanto una particolare rilevanza l'aspetto psicologico piuttosto che quello occlusale, ed il medico deve, pur entrando nel mondo del paziente, mantenere anche modi di valutazione più distaccati tali da impedire conferma da parte sua delle modalità del paziente di rappresentarsi il proprio corpo come deteriorato e malato.

Nei pazienti appartenenti a queste categorie approssimativamente definibili come psicosomatiche, una

volta instauratasi la somatizzazione o la discinesia neuromuscolare. compaiono sintomi a carico delle articolazioni temporo mandibolari, degli orecchi, degli occhi, del plesso cervico brachiale ed ovviamente dei denti e dei loro tessuti di sosteano, dovuto a disfunzione neuromuscolare. Questa si manifesta come iperfunzione (bruxismo) o come spasmo (serramento, spasmi dei muscoli della nuca, del collo etc.). Ad esempio è abbastanza frequente l'emicrania o il dolore da contrattura di masseteri e temporali che svealia il bruxista nel corso della notte o della mattina. Sia lo spasmo del muscolo che il suo affaticamento da iperfunzione provocano accumulo di metaboliti che fungono da irritanti innescando un feedback con numerosi loops successivi che coinvolge il SNC e l'apparato vascolare loco ragionale, in assenza della possibilità di mobilitare i meccanismi di compenso coscienti o preconsci usualmente disponibili, ma inibiti nella situazione in oggetto dalla dinamica nevrotica in atto. In ogni caso il trattamento non può prescindere da un intervento di natura psicologica che spazia da quella attività suggestiva esercitata tradizionalmente in modo irriflesso dalla figura stessa del medico a interventi più specifici e specializzati di competenza dello psicologo clinico o dello psicoanalista nella situazioni più gravi ed articolate. Il dolore e lo stesso sintomo, come le autolesioni, svolgono infatti molto spesso la funzione di depotenziamento di un sottostante senso di colpa inconscio, come delle correlate tendenze aggressive dirette nei confronti di fantastiche figure genitoriali vietanti o persecutorie. Il disturbo può divenire d'altra parte un vero e proprio strumento per comunicare in modo ritualizzato con figure sanitarie, le uniche cui il paziente sente di potersi rivolgere; in tali casi la richiesta sottostante è quella di una considerazione umana che al paziente manca, oppure che non è in grado di sopportare nelle situazioni affettive o sociali

Secondo ricerche condotte negli anni '70 (Slaskin e coll.) i dolori del-

DALLA LIBERA PROFESSIONE

l'ATM in molti casi sono correlati a tensione psichica, e difficilmente insorgono in pazienti senza significativi conflitti psichici attivi.

Pertanto quando ci troviamo di fronte ad un problema articolare od organico è opportuno ricercarne anche le componenti etiologiche psicologiche, data l'importanza della disattivazione delle interferenze amplificatrici dell'assetto psicologico del paziente sui disturbi più strettamente accessibili al nostro intervento

Infatti molte persone hanno discrepanze occlusali, ma non se ne accorgono perché interpongono la lingua tra i denti, che perciò non si toccano quasi mai, e non danno modo alla discrepanza di divenire evidente al SNC; altre persone, come abbiamo detto si accorgono del loro modo di chiudere avendo una particolare attitudine a focalizzare i denti ad ogni microstress. In questo circuito è poi rilevabile una correlazione significativa tra entità dello stress e forza ed insistenza nello stringere i denti, ciò deriva dalla naturale tendenza dei soggetti biologici a trattare ogni evento nelle modalità che hanno avuto successo con eventi analoghi precedenti, così se stringere i đenti ha prodotto un sollievo nella propria reazione muscolare di fronte ad un attacco dell'ambiente, ad ogni attacco successivo o a ciò che viene vissuto come attacco viene contrapposta una reazione già sperimentata ed efficace. Ma in tal modo può instaurarsi un meccanismo di incrementi successivi automatici che ben presto l'odontoiatra riconoscerà nei suoi effetti meccanici attraverso le tipiche lesioni.

D'altra parte possiamo evidenziare come i denti e le unghie esprimano in contesti quotidiani talune tensioni o tendenze ferine inibite, ma pur attive, dell'essere umano. Il sistema muscolare, parallelamente, diviene il "contenitore" concreto dell'aggressività etero ed autodiretta e nel contempo l'esecutore delle azioni aggressive.

Nell'ambito delle condotte autoerotiche distruttive occupano un posto significativo, data la loro diffusione nella popolazione, bruxismo e serramento che coinvolgono denti ed apparato muscolare in un complesso intreccio di loops di feedbacks fortemente modulati dalla struttura della personalità del paziente, da conflitti attivi o attivati da eventi, o da vere e proprie patologie psichiatriche.

Allorquando un soggetto è teso, irritato, frustrato accade che la sua aggressività, inizialmente diretta nei confronti di qualcuno, sia utilizzata viceversa contro di sé sulla base di specifiche personali reazioni ad uno stato aggressivo proprio o altrui. Al riparo dai divieti sociali e personali nei confronti dell'espressione aggressiva, il soggetto si costruisce una limitata dimensione nascosta, anche a se stesso. in cui le azioni evocate hanno effettivamente luogo: questa dimensione nascosta può ben situarsi all'interno della cavità orale intesa sia in senso fenomenico che, successivamente, transfenomenico. In parole povere la "bocca vissuta" del paziente che si traduce in particolari azioni della bocca obbiettivabile dall'odontoiatra, il quale riconoscerà a questo punto gli effetti pratici di una attività originatasi in un ambito prettamente immaginativo pur fruendo della potenziale traducibilità in azioni di quanto viene fantasticato più o meno coscientemente o incosciamente. In auesto dominio fenomenico che il paziente si costruisce coinvolgendo la cavità orale ed i denti di giorno e di notte si verifica a vari livelli di consapevolezza un "attacco dei denti" ai denti che permette un libero esercizio dell'aggressività altrimenti repressa. In questa modalità autoriferita il paziente ritrova e si costruisce il nemico da combattere all'interno della rappresentazione che si dà della propria cavità orale. E in questo spazio virtuale immaginario che può concretizzarsi una attività somatica coi consequenti danni che ci è dato di osservare, con la quale il paziente tenta di superare ed elaborare, con opportune reazioni, le sue difficoltà. Queste

possono essere un senso di vuoto che impone di "stringere i denti per tirare avanti", come la rabbia furente diretta più o meno chiaramente contro figure affettivamente significative per la loro capacità di incarnare le valenze persecutorie del soggetto derivanti dalle sue memorie più arcaiche.

Oltre a ciò possiamo individuare un'attività che potremmo chiamare, riprendendo l'espressione di taluni pazienti, "masticar veleno" espressione che veicola nel discorso il senso di frustrazione e di persecuzione che il paziente accetta dentro di sé attraverso un doloroso atteggiamento di sottomissione.

Possiamo poi aggiungere anche i ruminatori che masticano un cibo immaginario, ossia che svolgono un'attività masticatoria inappropriata, la quale risulta comprensibile solo nel momento in cui, magari nel contesto di una psicoterapia, questo masticare a vuoto diviene accessibile al paziente che prima ne acquisisce consapevolezza, poi tenta di contrastarlo, finendo col rappresentarsi successivamente una scena "interna" in cui qualcosa è effettivamente masticato in una situazione fantastica che riprende e riassume con modalità simili a quelle del sogno talune esperienze infantili sulla cui base sono organizzate le esperienze attuali della situazione stressante.

È da ricordare parimenti il recupero virtuale di "contenuti"/esperienze dallo stomaco, con una sorta di rievocazione masticatoria dell'esperienza di mangiare dei contenuti investiti di valenze positive, o più facilmente persecutorie, che il soggetto tenta invano di elaborare e superare attraverso detta riproduzione mnestico/motoria, di una esperienza recente che congloba in sé esperienza e stati più antichi e profondi "non digeriti".

In questa prospettiva il pattern masticatorio apparterrebbe ad una modalità di "agire" che impedisce la costruzione di un ricordo di numerose esperienze spiacevoli, nel momento stesso in cui appartiene ad un tentativo di superarla ed esorcizzarla mediante una attività completamente controllabile di persona, anche se mediante regolazioni che sfuggono alla coscienza.

A questo punto ci pare di poter definire Bruxismo e Serramento come manifestazioni obiettivabili dall'odontoiatra delle Distonie Muscolari Psicogene: sindrome psichiatrica comunissima anche se ingiustamente trascurata. Tale quadro può manifestarsi come tensione muscolare generalizzata, o come spasmo doloroso circoscritto ad una particolare zona o ad uno specifico fascio muscolare.

Sia a causa della pluriennale distrazione psichiatrica riguardo, sia a causa della natura polimorfa e variabile del disturbo, la diagnosi è frequentemente resa difficoltosa.

La diagnosi può essere fatta attraverso alcuni dati fisici e fisiologici: i pazienti presentano spesso un portamento incurvato, contratto, e un'espressione del volto tesa, una mimica che coinvolge la bocca in un'espressione talvolta torva, sono concomitanti segni di ansia.

I muscoli coinvolti sono intensamente contratti, duri e dolenti; il dolore generalmente è urente o a "unghiata del Diavolo".

Sono interessati prevalentemente i fasci muscolari occipitali, paracervicali, paralombari, sacrali. Spesso tali pazienti hanno personalità rigide, la cui tensione coincide con la rigidità prossemica e muscolare.

La distonia muscolare mostra nella pratica clinica contemporaneamente i caratteri della conversione isterica sia della nevrosi vegetativa. L'aspetto di conversione porta al riconoscimento di un particolare valore simbolico della zona dolorante e ad una più ampia e articolata ripresa simbolica dello stato di disagio globale.

L'aspetto vegetativo porta ad evidenziare la contrazione muscolare come reazione corporea innata allo stress, condizionata a persistere nel tempo a causa di eventi traumatici, identificatori o causali, successivi all'insorgenza, che condizionano il protrarsi nel tempo dello stato ipertonico.

Wilhelm Reich (1945) ha studiato a più riprese i tratti caratteriali corrispondenti a questa sintomatologia, infatti nel "carattere rigido" è stata individuata la costante presenza di una tensione mascellare, di una mimica ridotta, di tensione costante nella muscolatura della testa, della nuca e del collo.

Le tecniche bioenergetiche, benché fortemente criticabili per i loro fondamenti teorici antiquati e inaccettabili, forniscono comunque strumenti di intervento localizzato sulla muscolatura in questione, tramite tecniche manipolatorie integrate ad interventi verbali di tipo psicoterapeutico. Attraverso questi interventi sembra risulti mobilizzabile progressivamente l'apparato muscolare fissato in patterns immodificabili di reazione agli eventi, con il contemporaneo emergere di fantasie che traducono sul piano immaginativo ciò che prima si esprimeva unicamente sotto forma di regolazioni stereotipe dell'attività muscolare

Alexander Lowen (1981) ha ulteriormente sviluppato con i suoi collaboratori questo approccio ottenendo miglioramenti tecnici, ma purtroppo estremizzando contemporaneamente l'adesione acritica alla teoria metapsicologica dell'energia psichica, oggi ritenuta da moltissimi autori totalmente inaccettabile.

Come appare evidente si dispone oggi di svariati approcci psicoterapici che possono toccare le parafunzioni del bruxismo e del serramento, ma manca una teoria unitaria che permetta di supportare tali tecniche con un apparato teorico congruente con altre branche scientifiche e con altri settori della ricerca medica. La teoria generale dei sistemi contemporanea sembra fornire ali strumenti teorici di auesta auspicabile integrazione di saperi disparati; la concezione modulare delle funzioni del SNC, il concetto di autopoiesi, ricorsività, autoreferenza etc. divengono così strumenti a monte dell'attività dell'odontoiatra che permettono però di correlare talune lesioni ben note nella pratica clinica con le attività di pensiero delle persone, con la loro condotta in situazioni normali o di stress, con la struttura del carattere, con l'insorgenza di sintomi circoscritti e

con la loro eventuale migrazione a seguito di interventi locali. Tutto questo ci pare sufficiente a giustificare l'importanza di un approccio psicosomatico supportato da una mentalità sistemica da parte dell'odontoiatra nello studio e nel trattamento dei disturbi funzionali della masticazione.

Pott. M. Casonato

Psicologo Via della Rocca, 1 54100 Massa

Dott.ssa G. Vannini

Neuropsichiatra Via A. Bertani, 18 50137 Firenze

Bibliografia

ALEXANDER F.: "Studies in psycosomatic medicin", Norton, New York, 1950.

MATURANA H., VARELA F.: "Autopoiesi e cognizione", Marislio, Padova, 1984.

REICH W.: "L'analisi del carattere", Sugar Co. Milano, 1945.

LOWEN A.: "Bioenergetica", Feltrinelli, Milano 1983.