

DISTURBI SOMATOFORMI

Sono inclusi sette disturbi in cui la caratteristica determinante è una lamentela fisica o una preoccupazione somatica che non è meglio attribuibile ad una condizione medica generale o ad un altro disturbo mentale.

- **Disturbo di Conversione**
- **Disturbo di Somatizzazione**
- **Disturbo Somatoforme Indifferenziato**
- **Disturbo Algico**
- **Ipocondria**
- **Disturbo di Dismorfismo Corporeo**
- **Disturbo Somatoforme Non Altrimenti Specificato**

Sono disturbi al limite tra le condizioni mediche generali e i disturbi mentali, e i soggetti che presentano questi quadri tendono a fare la spola tra ambienti medici e psichiatrici. Questo può portare a diagnosi errate da entrambe le parti (per es., un soggetto con disturbo di somatizzazione può subire molti interventi chirurgici non necessari, e ad un paziente con sclerosi multipla può essere diagnosticato un disturbo di conversione).

Importante è la diagnosi differenziale con: 1) Sintomi fisici attribuibili ad una condizione medica generale che non si è ancora manifestata con reperti obiettivi chiaramente distinguibili; 2) Sintomi fisici meglio attribuibili ad un altro disturbo psichico (per es., Disturbo di Panico, Disturbo Depressivo Maggiore, Astinenza da Cocaina); 3) Sintomi fisici prodotti intenzionalmente dal soggetto (Disturbo fittizio, Simulazione).

Disturbo di Conversione

Diagnosi DSM-IV

La diagnosi del disturbo di conversione prevede la presenza di uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale **[criterio A]**. Questi sintomi o deficit devono inoltre essere associati con qualche fattore psicologico, nel senso che un conflitto o un altro tipo di fattore stressante deve precedere l'esordio o l'esacerbazione del sintomo o del deficit **[criterio B]**. Il sintomo o deficit non deve essere prodotto volontariamente o simulato **[criterio C]**, e non deve essere meglio spiegato da una condizione medica generale o dagli effetti di una sostanza o da un'esperienza o da una esperienza o comportamento culturalmente determinato **[criterio D]**. I sintomi, infine, devono causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti, o richiedere assistenza medica **[criterio E]**, e non devono limitarsi a disfunzioni sessuali, o manifestarsi durante un disturbo di somatizzazione, o essere meglio spiegabile con qualche altro disturbo mentale **[criterio F]**.

A seconda della tipologia dei sintomi il disturbo viene codificato: 1) con sintomi di tipo motorio, 2) con attacchi epilettiformi o convulsioni, 3) con deficit sensitivi, 4) con una sintomatologia mista.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 246-247].

Il disturbo di conversione ha un ruolo di grande importanza nella storia della psicologia clinica, perché dallo studio di questo disturbo (allora conosciuto con il nome di isteria) ha preso le mosse la psicoanalisi come teoria e come terapia. Rispetto ai quadri clinici descritti da Freud e alle ipotesi eziologiche da lui formulate, la diagnosi proposta dal DSM-IV (che ha come detto un orientamento ateorico) ha mantenuto l'ipotesi che la causa del disturbo sia di natura psicologica, senza comunque riferimenti a motivazioni inconsce, mentre per quel che riguarda il quadro clinico si limita a considerare i sintomi di tipo neurologico che interessano le funzioni motorie volontarie (per es. paralisi, senso di debolezza, tremori, posture anomale, afonia) o sensitive (per es. anestesie, ipoestesia, iperestesia, sensazioni di caldo e di freddo, cecità, campo visivo tubolare, anosmia).

Altri sintomi di tipo neurologico (es. perdita di coscienza), o mediati dal sistema nervoso autonomo (es. vomito), o non neurologici (es. pseudociesi), che erano compresi nella descrizione classica dell'isteria, vengono inclusi dal DSM-IV in altre categorie diagnostiche (disturbo dissociativo non altrimenti specificato, disturbo somatoforme non altrimenti specificato, disturbo somatoforme indifferenziato).

Fondamentale per una corretta diagnosi è l'esclusione di una causa attribuibile ad una condizione medica generale che non si è ancora manifestata con reperti obiettivi chiaramente distinguibili.

Il disturbo di conversione di solito esordisce in adolescenza o all'inizio dell'età adulta, può terminare con una remissione spontanea improvvisa, così come all'improvviso era comparso, anche se tende poi a ripresentarsi, a volte con sintomi differenti.

Nella concezione psicoanalitica il disturbo di conversione è la conseguenza del meccanismo di difesa della conversione attivato per fronteggiare l'angoscia segnale che si sviluppa a seguito di eventi di vita che hanno animato desideri di natura sessuale o aggressiva vissuti come inaccettabili e fonte di senso di colpa e di vergogna, perché collegati associativamente con traumi e/o conflitti infantili rimossi della fase edipica. La conversione consiste nella trasposizione e rappresentazione simbolica sul corpo del desiderio e della proibizione, e interessa parti del corpo collegate fattivamente o simbolicamente al desiderio, o implicate nella relazione che lo ha attivato, o collegate con tracce di memoria relative ad eventi in cui il desiderio era stato appagato. Di solito il sintomo è plurideterminato e la parte del corpo prescelta è quella che si presta a rappresentare simbolicamente più cose.

Nella prospettiva comportamentale è stato proposto di considerare il disturbo di conversione come l'assunzione consapevole del ruolo di malato, cioè verrebbero imitati sintomi fisici in precedenza

sperimentati o osservati in altri con la finalità di ridurre lo stress collegato ad eventi di vita o di ottenere comunque conseguenze positive. Le ricerche di ambito cognitivo depongono a favore del fatto che questi comportamenti siano determinati a livello inconscio.

Disturbo di Somatizzazione

Diagnosi DSM-IV

Nell'anamnesi della persona deve essere presente una storia di molteplici lamentele fisiche, con esordio precedente i 30 anni, che si sono manifestate lungo un periodo di numerosi anni e che hanno condotto alla ricerca di una cura o hanno comportato menomazioni significative nel funzionamento sociale, lavorativo, o in altre aree importanti **[criterio A]**. Tutti i sintomi elencati di seguito devono essere stati presenti in qualche momento nel corso del disturbo: 1) almeno quattro sintomi dolorosi (storia di dolore riferita ad almeno quattro localizzazioni o funzioni come testa, addome, schiena, articolazioni, arti, torace, retto, dolori mestruali, dolore nel rapporto sessuale o durante la minzione); 2) almeno due sintomi gastrointestinali (storia di almeno due sintomi gastrointestinali come: nausea, meteorismo, vomito al di fuori della gravidanza, diarrea, intolleranza a numerosi cibi diversi); 3) almeno un sintomo sessuale (storia di almeno un sintomo sessuale o riproduttivo come: indifferenza sessuale, disfunzioni dell'erezione o dell'ejaculazione, cicli mestruali irregolari, eccessivo, sanguinamento mestruale, vomito durante la gravidanza); 4) almeno un sintomo pseudoneurologico (storia di almeno un sintomo o deficit che fa pensare ad una condizione neurologica non limitata al dolore, come: alterazioni della coordinazione o dell'equilibrio, paralisi o ipostenia localizzate, difficoltà a deglutire o nodo alla gola, mancamenti, afonia, ritenzione urinaria, allucinazioni, perdita della sensibilità tattile o dolorifica, diplopia, cecità, sordità, convulsioni, sintomi dissociativi come amnesia, o perdita di coscienza con modalità diverse dai mancamenti) **[criterio B]**. A seguito di indagini mediche appropriate deve emergere che ciascun sintomo non è meglio spiegabile con l'assunzione di sostanze o con la presenza di una condizione medica generale conosciuta, o nel caso quest'ultima sia collegata, le lamentele fisiche o la menomazione in ambito sociale o lavorativo sono sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare **[criterio C]**. Inoltre, i sintomi non devono essere stati riprodotti intenzionalmente o simulati **[criterio D]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 243-244].

Si tratta, dunque, di un disturbo caratterizzato da una storia di lunga durata di molteplici lamentele relative a sintomi che interessano vari organi ed apparati, sintomi che non sono spiegabili da una condizione medica o, se questa è presente, che comportano menomazioni sociali e lavorative, e lamentele sproporzionate rispetto all'obiettività clinica. La diagnosi di solito viene posta dai medici di famiglia che seguono nel tempo questi pazienti malati da sempre, e abituali frequentatori dei loro ambulatori, spesso a causa di nuovi sintomi. Anche per questo disturbo è fondamentale la diagnosi differenziale, spesso difficile, rispetto alle eventuali cause mediche, evitando parimenti procedure mediche o chirurgiche non necessarie e potenzialmente pericolose. Complessa è anche la diagnosi differenziale rispetto al disturbo d'ansia generalizzato e alle forme croniche di disturbo dell'umore. Frequente è la comorbidità con i disturbi d'ansia e dell'umore. Un rischio che corrono questi pazienti è quello di non essere ascoltati qualora compaia una lamentela legittimata da una causa organica.

Nell'approccio psicoanalitico al disturbo di somatizzazione sono presenti due diverse concezioni, non inconciliabili, sull'origine del disturbo. Una prima concezione fa riferimento ad un concetto esteso di conversione, secondo il quale la trasposizione e la rappresentazione simbolica sul corpo dei conflitti intrapsichici può riguardare anche organi e apparati innervati dal sistema nervoso autonomo, e riguardare desideri e bisogni collegati alle vicende pre-edipiche della relazioni primaria (conversione pregenitale). Una seconda concezione non considera i sintomi da cui originano le lamentele del paziente come espressione di significati simbolici, ma li considera come l'espressione a livello fisico di stati emotivi cronici, collegati ad eventi di vita e a conflitti specifici, e che attivano le innervazioni motorie o sensitive o del simpatico o del parasimpatico, a seconda che le emozioni siano finalizzate a comportamenti di lotta-fuga o di ricerca della dipendenza. Più recentemente è stato ipotizzato in questi pazienti un deficit nel processamento delle emozioni (alesitimia) che comporta una difficoltà ad esprimere sentimenti ed emozioni, una difficoltà a distinguere le emozioni dalle sensazioni somatiche che le accompagnano, e uno stile di pensiero utilitaristico e orientato all'esterno.

Nella prospettiva cognitivo-comportamentale il disturbo di somatizzazione è ricondotto ai correlati fisiologici dell'ansia prodotta da eventi di vita stressanti, a una tendenza accentuata a prestare attenzione alle sensazioni corporee e ad amplificarle (comportamento abnorme di malattia), e ai successivi rinforzi ambientali che la persona riceve in quanto malato (es. attenzione, vantaggi ed esenzioni di ordine sociale).

Disturbo Somatoforme Indifferenziato

Diagnosi DSM-IV

Devono essere presenti una o più lamentele fisiche, come stanchezza, perdita di appetito, problemi gastrointestinali o urinari **[criterio A]**, che dopo appropriate indagini mediche, non sono pienamente spiegabili con gli effetti diretti di una sostanza, o con una condizione medica generale conosciuta, o nel caso quest'ultima fosse presente, le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa conseguente sono sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico o dai reperti di laboratorio **[criterio B]**. I sintomi devono causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti **[criterio C]**. Il disturbo deve durare almeno sei mesi **[criterio D]** e l'alterazione non deve essere meglio spiegabile con un altro disturbo mentale **[criterio E]**. I sintomi, infine, non devono essere intenzionalmente prodotti o simulati **[criterio F]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 245-245].

Rispetto al disturbo di somatizzazione, questo disturbo si caratterizza per il minor numero di lamentele fisiche, e per la minore durata richieste per la diagnosi. Secondo molti clinici dovrebbe essere compreso nella categoria non altrimenti specificato.

Disturbo Algico

Diagnosi DSM-IV

È caratterizzato da dolore in uno o più distretti anatomici, di gravità sufficiente a giustificare un'attenzione clinica **[criterio A]**. Il dolore deve causare malessere clinicamente significativo oppure menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti **[criterio B]**. Qualche fattore psicologico deve avere un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore **[criterio C]**. Il dolore non deve essere intenzionalmente prodotto o simulato **[criterio D]**, e non deve essere meglio attribuibile ad un disturbo dell'umore, d'ansia o psicotico, o a dispareunia. **[criterio E]**.

Il disturbo può essere di tipo acuto se ha una durata inferiore a sei mesi, o cronico se ha una durata maggiore, di tipo associato con fattori psicologici, o di tipo con fattori psicologici e con una condizione medica se si valuta che anche quest'ultima abbia un ruolo nell'esordio, gravità, esacerbazione o mantenimento del dolore.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 247-249].

Questa categoria diagnostica deve essere usata solo quando il dolore è l'oggetto principale dell'attenzione clinica e quando si valuta che i fattori psicologici abbiano un ruolo importante.

Nella prospettiva psicoanalitica il disturbo algico viene ricondotto all'espressione simbolica nel corpo di conflitti, in cui sono implicati, nello specifico di questo disturbo, il dolore per la perdita o il timore della perdita di persone significative o l'appagamento di un senso di colpa inconscio o il controllo di impulsi ostili rimossi.

Nella prospettiva cognitivo-comportamentale si ipotizza che un iniziale stimolo che provoca dolore possa esacerbarsi o evolvere in dolore cronico a causa di rinforzi positivi provenienti dall'ambiente e collegati al ruolo di malato. Viene data inoltre importanza a fattori cognitivi collegati al concetto di comportamento anormale di malattia, cioè al modo con cui il sintomo viene percepito, valutato e manifestato.

Ipocondria

Diagnosi DSM-IV

È caratterizzata dalla preoccupazione o dalla convinzione di avere una grave malattia, basata sulla interpretazione erranea dei sintomi somatici da parte del soggetto **[criterio A]**. Questa preoccupazione, inoltre, persiste nonostante le valutazioni e le rassicurazioni mediche appropriate **[criterio B]** e non deve assumere un'intensità delirante (come nel disturbo delirante di tipo somatico) o essere circoscritta all'aspetto fisico (come nel disturbo di dismorfismo corporeo) **[criterio C]**. La preoccupazione deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti. **[criterio D]**; deve durare almeno sei mesi **[criterio E]**, e non deve essere meglio attribuibile al disturbo d'ansia generalizzato, al disturbo ossessivo-compulsivo, al disturbo di panico, al disturbo depressivo maggiore, al disturbo d'ansia di separazione o ad altro disturbo somatoforme **[criterio F]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 249-250].

Si tratta di un disturbo caratterizzato da un'erronea interpretazione di segni e sintomi fisici reali che dà luogo alla preoccupazione o alla convinzione persistente di avere una malattia grave, e dalla non responsabilità alle appropriate rassicurazioni del medico. La persistenza dei pensieri tormentosi nonostante le rassicurazioni mediche differenzia il disturbo dalle comuni preoccupazioni per la salute fisica e paure di avere una malattia. Sono pazienti che si sottopongono incessantemente a visite mediche alla ricerca di una conferma alle loro paure, e che difficilmente si rivolgono agli operatori della salute mentale.

Disturbo di Dismorfismo Corporeo

Diagnosi DSM-IV

Consiste nella preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico, o nel caso sia presente una lieve anomalia corporea, l'importanza che le viene data è significativamente eccessiva **[criterio A]**. Questa preoccupazione deve causare disagio clinicamente significativo, o menomazione nel funzionamento lavorativo, sociale o in altre aree importanti **[criterio B]**, e non deve risultare meglio attribuibile ad un altro disturbo mentale **[criterio C]**.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 250-250].

Il confine fra questo disturbo e le normali preoccupazioni e insoddisfazioni per il proprio aspetto fisico è difficile da definire, e la diagnosi dovrebbe limitarsi a quelle persone che sono dominate e tormentate dalla preoccupazione, fino a passare molte ore allo specchio o evitarli accuratamente, o dedicare molto tempo a cercare di nascondere il presunto difetto con la convinzione che tutti lo notino. La diagnosi viene fatta di solito dai chirurghi plastici, a quali questi pazienti si rivolgono nella speranza, spesso vana, di trovare sollievo alla loro angoscia.

Dal punto di vista psicoanalitico il disturbo può essere letto come uno spostamento del segnale d'angoscia su una parte del corpo. Questo spostamento permette di mantenere la rimozione, ma la non possibilità di un successivo evitamento fobico, e pertanto l'ansia persiste collegata alla parte del corpo.

Dal punto di vista comportamentale il disturbo può essere spiegato con il tentativo di sopprimere il pensiero spiacevole affacciandosi casualmente nella mente e la creazione di un effetto paradossale di forte concentrazione su di esso, o con il rinforzo positivo della preoccupazione dato dalla distrazione da emozioni e pensieri ancora più negativi. Fattori sociali e culturali possono svolgere un ruolo facilitante.

Da alcuni clinici è stato avanzato il dubbio che questo disturbo non abbia una sua specificità, ma che debba essere considerato un sintomo di altri disturbi psichici.

Disturbi Somatoformi non Altrimenti Specificati

Diagnosi DSM-IV

In questa categoria comprende tutti i disturbi somatoformi che non incontrano i criteri diagnostici per nessuno dei disturbi somatoformi specifici. Esempi sono: la pseudociesi, cioè il falso convincimento di gravidanza associato con segni obiettivi di gravidanza, che possono comprendere dilatazione addominale, riduzione dei flussi mestruali, amenorrea, sensazione soggettiva di

movimenti fetali, nausea, ingorgo e secrezioni mammarie, e doglie alla data prevista per il parto; un disturbo che presenti sintomi ipocondriaci non psicotici di durata inferiore ai 6 mesi; un disturbo che presenti lamentele fisiche non giustificate (per es., stanchezza o astenia fisica) di durata inferiore ai 6 mesi e non collegate a un altro disturbo mentale.

[Fonte: adattamento da Mini DSM-IV, Masson: Milano, 1997, pag. 251-251].