



Il Disturbo di Somatizzazione

di Salvatore Di Salvo

Il Disturbo di Somatizzazione è una sindrome cronica costituita da sintomi somatici che non hanno cause di tipo organico, sono associati ad un disagio psicologico e sociale e sono comunque tali da indurre il paziente ad assumere farmaci, a consultare medici e ad alterare il proprio stile di vita.

Quadro clinico

I pazienti con Disturbo di Somatizzazione presentano tipi diversi di disturbi somatici e storie cliniche lunghe e complicate. I sintomi più comuni sono gastro-intestinali, specie nausea e vomito, difficoltà a deglutire, dolori agli arti, dispnea indipendente da sforzo, amnesie, disturbi mestruali. E' comune la convinzione di essere stati malati per la maggior parte della propria vita.

Quando questi pazienti raccontano la loro storia clinica sono di solito vaghi, imprecisi, “non vengono al dunque”. Tendono a descrivere i loro disturbi in modo drammatizzato, amplificato ed esagerato, con un linguaggio vivido e colorato. Facilmente confondono le sequenze temporali e non riescono a distinguere chiaramente i sintomi in atto da quelli del passato.

La manifestazione essenziale del disturbo è costituita dalla lamentela per la presenza di disturbi somatici di vario tipo, della durata di diversi anni e che esordiscono prima dei 30 anni. Secondo il DSM-IV per fare diagnosi di Disturbo di Somatizzazione è necessaria la presenza di almeno otto sintomi appartenenti rispettivamente: quattro al gruppo dei sintomi dolorosi, due al gruppo dei sintomi gastro-intestinali, uno al gruppo dei sintomi sessuali e uno al gruppo dei sintomi pseudo-neurologici. Tali sintomi non devono inoltre essere collegati alla presenza di patologia organica e nemmeno manifestarsi solamente nel corso di attacchi di panico. Le persone con questo disturbo di solito sono state già in cura da molti medici, talora contemporaneamente. Ansia e umore depresso sono comuni e spesso l'aiuto psichiatrico viene cercato a causa di questi sintomi e non perché si riconosce una base psicologica ai sintomi di somatizzazione.

Sono quasi sempre presenti difficoltà lavorative, interpersonali e coniugali.

La lamentela più frequente è quella di “stare male”, di avere dolori, sintomi sessuali e sintomi riguardanti gli apparati neurologico, gastro-intestinale, cardiaco.

Per quanto riguarda il decorso, il disturbo esordisce il più delle volte tra i 10 e i 20 anni e comunque prima dei 30. Nelle donne possono essere i problemi mestruali a segnare l'esordio. Il disturbo è cronico, anche se presenta fluttuazioni del numero e della gravità dei sintomi: è comunque difficile che trascorra un anno senza che il paziente ricerchi aiuto medico o effettui esami diagnostici. I sintomi possono essere molto gravi e persistenti, al punto da risultare invalidanti per quel che riguarda la situazione lavorativa e le relazioni interpersonali. La continua ricerca di cure mediche comporta il rischio di complicanze iatrogene: il mancato riconoscimento delle basi psicogene del quadro clinico può sfociare in interventi chirurgici inutili o nella prescrizione di medicinali che possono a loro volta causare effetti indesiderati o complicanze. Vi è pure il rischio di indurre un eccesso di assunzione di farmaci.

A causa della frequente presenza di umore e pensieri depressivi possono manifestarsi minacce o tentativi di suicidio e quando questo si verifica, di solito è messo in atto tramite abuso di sostanze. Il decorso del disturbo è abitualmente fluttuante.

Diagnosi differenziale

Il medico deve sempre escludere che vi siano cause organiche dei sintomi del paziente. Le maggiori difficoltà vengono poste dai *disturbi che si manifestano con alterazioni non specifiche*, come ad esempio nel caso della Sclerosi Multipla o delle infezioni sistemiche croniche.

Quando si tratta di pazienti molto anziani si deve presumere la presenza di una causa organica fino a quando i necessari accertamenti non la escludano.

Anche i pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzato si lamentano sovente di sintomi somatici, ma nel GAD il quadro clinico è dominato dalle manifestazioni ansiose.

Sintomi somatici sono riscontrabili anche nel corso dei disturbi depressivi: tendono comunque ad avere decorso episodico e non si cronicizzano.

I sintomi di conversione possono essere presenti nel Disturbo di Somatizzazione, per cui reazioni di conversione multiple e ricorrenti che esordiscono prima dei 30 anni dovrebbero essere diagnosticate come Disturbi di Somatizzazione.

L'Ipocondria si distingue per il fatto che comporta la convinzione e la paura di avere una malattia, oltre che la preoccupazione per la propria salute fisica; inoltre esordisce solitamente dopo l'età di 30 anni.

Anche nel Disturbo da Attacchi di Panico sono presenti sintomi fisici, ma solo durante gli attacchi di panico.

Prognosi

Il trattamento è difficile e la prognosi deve considerarsi non buona.

Si tratta di una condizione cronica che presenta un decorso fluttuante, cosicché i pazienti sono raramente senza alcun sintomo.

Non risulta comunque un tasso di mortalità significativamente più elevato rispetto alla popolazione generale.

La remissione spontanea è rara e facilmente si sviluppa una modalità cronica di ricerca di attenzione medica, che a sua volta va a interferire con altri aspetti della vita. E' tipico di questi pazienti considerare se stessi più malati dei malati affetti da malattie fisiche croniche propriamente dette.

Terapia

Questi pazienti necessitano di una relazione "intensa" e a lungo termine con un singolo medico. Più medici sono coinvolti, più aumentano le possibilità di manipolazione.

Nel trattamento del Disturbo di Somatizzazione andrebbero evitate il più possibile le prescrizioni di psicofarmaci e di analgesici, anche se ansiolitici e antidepressivi sono necessari quando ansia e depressione sono presenti. In ogni caso le somministrazioni di farmaci devono essere attentamente monitorate, perché i pazienti tendono ad usarli in modo irregolare ed inaffidabile.

In sintesi il trattamento dovrebbe consistere *nell'assistenza continuativa (medica e psicologica) da parte di un singolo medico* che, limitando al minimo indispensabile l'assenso alle richieste di accertamenti, può riuscire a ridurre l'utilizzazione da parte del paziente dei servizi medici e aiutarlo a migliorare il suo funzionamento.

Un supporto psicoterapeutico è da ritenere utile: è stato dimostrato che può riuscire a diminuire le loro spese per la salute anche del 50%, soprattutto per il decremento delle spese di ospedalizzazione, senza che risulti abbassato il loro grado di funzionamento o quello di soddisfazione per le cure ricevute. Attraverso la psicoterapia possono inoltre essere aiutati a "gestire" i loro sintomi e talora ad eliminarli. I pazienti però spesso non riescono a vedere e ad accettare la relazione tra i loro sintomi e i loro problemi psicologici e i trattamenti psicologici, sia individuali che di gruppo, finiscono facilmente per avere anch'essi efficacia limitata.

Il più delle volte è il medico generico ad avere le maggiori possibilità di agganciare il paziente in una relazione terapeutica: egli dovrà mostrare sensibilità nei confronti dei bisogni e dei problemi psicologici e sociali del paziente ed essere in grado di tollerare le croniche lamentele di "incurabilità".

Un'abile gestione del caso può allora prevenire la moltiplicazione delle consultazioni mediche, i trattamenti somatici non necessari, i relativi costi e le complicanze iatrogene. In casi selezionati,

quando il medico individua nel paziente una possibilità di capacità introspettiva o qualche motivazione al cambiamento, è senz'altro più indicato l'invio allo specialista psichiatra-
psicoterapeuta.

Occasionalmente, in presenza di sintomatologia ansiosa e/o depressiva, possono essere efficaci trattamenti a breve termine con ansiolitici e/o antidepressivi. Tra questi la sulpiride e la levo-
sulpiride, a basso dosaggio, hanno mostrato una buona efficacia.

Con le tecniche di rilassamento si ottengono risultati soddisfacenti in alcuni pazienti particolarmente collaborativi.