

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- Una posizione particolare rispetto all'area della psicosomatica occupano i disturbi somatoformi, così definiti: *i disturbi somatoformi sono disturbi con sintomatologia somatica, in cui non sono riconoscibili lesioni anatomiche o alterazioni fisiopatologiche di sufficiente gravità da giustificare la severità dei sintomi e la compromissione funzionale che ne deriva.*
- Nel caso dei disturbi somatoformi si tratta di disturbi psichici in cui il soma è coinvolto solo in quanto esprime dei sintomi, delle disfunzioni, ma senza subire lesioni organiche significative.
- È inoltre noto che non in tutti i disturbi somatoformi le lesioni organiche o le alterazioni fisiopatologiche sono effettivamente assenti: in molti casi, infatti, tali alterazioni sono presenti e riconoscibili, ma sono giudicate di gravità insufficiente per giustificare la sintomatologia riferita dal paziente.

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- **Disturbo di somatizzazione** Una storia di molteplici lamentele fisiche, cominciata prima dei 30 anni, che si manifestano lungo un periodo di numerosi anni, e che conducono alla ricerca di un trattamento o portano a significative menomazioni nel funzionamento sociale, lavorativo o in altre aree importanti.

Devono essere presenti:

4 sintomi dolorosi;

2 sintomi gastrointestinali;

1 sintomo sessuale;

1 sintomo pseudo-neurologico

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- Disturbo di somatizzazione
- **Disturbo somatoforme indifferenziato** Categorie residuali poiché i criteri si applicano in condizioni cliniche che non raggiungono i criteri-soglia per il disturbo maggiore di somatizzazione.

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- Disturbo di somatizzazione
- Disturbo somatoforme indifferenziato
- **Disturbo di conversione** Uno o più sintomi o deficit riguardanti funzioni motorie volontarie o sensitive, che suggeriscono una condizione neurologica o medica generale.

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- Disturbo di somatizzazione
- Disturbo somatoforme indifferenziato
- Disturbo di conversione
- **Disturbo algico** Presenza di dolore persistente non spiegato da alcun processo fisiopatologico o in eccesso rispetto a una patologia di base e associato a specifici fattori psicologici giudicati come strettamente inerenti l'intero decorso clinico, incluso il mantenimento della condizione di dolore nel tempo.

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- Disturbo di somatizzazione
- Disturbo somatoforme indifferenziato
- Disturbo di conversione
- Disturbo algico
- **Ipocondria** La preoccupazione legata alla paura di avere, oppure alla convinzione di avere, una malattia grave, basata sulla erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto. La preoccupazione persiste nonostante la valutazione e la rassicurazione medica appropriate.

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- Disturbo di somatizzazione
- Disturbo somatoforme indifferenziato
- Disturbo di conversione
- Disturbo algico
- Ipocondria
- **Disturbo da dismorfismo corporeo** Intensa e ingiustificata preoccupazione per un difetto in alcune parti del proprio corpo che è inesistente o, se presente, sproporzionato rispetto all'entità delle preoccupazioni del paziente.

I DISTURBI SOMATOFORMI NEL DSM-IV

- La categoria dei disturbi somatoformi appare piuttosto eterogenea in quanto riunisce tre gruppi concettualmente distinti di problemi clinici:
 - 1) Pazienti con eccessiva preoccupazione per la propria salute, attenti alle proprie condizioni cliniche o infondatamente convinti di essere malati;
 - 2) Pazienti con MUS o sindromi somatiche funzionali (fibromialgia, intestino irritabile, fatica cronica);
 - 3) Pazienti che riferiscono sintomi somatici ma che devono essere diagnosticati per un disturbo psicopatologico (depressione, ansia) (Kirmayer, Sartorius, 2007).

Medically unexplained Symptoms MUS

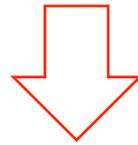
Specialità medica	Diagnosi
Cardiologia	Dolore toracico atipico o non cardiaco
Odontoiatria	Sindrome temporomandibolare. Dolore facciale atipico
Otorinolaringoiatria	Acufeni
Endocrinologia	Sindrome ipoglicemica
Gastroenterologia	Sindrome dell'intestino irritabile. Dispepsia funzionale
Medicina interna	Sindrome da fatica cronica
Neurologia	Sindrome vertiginosa. Cefalea tensiva
Ginecologia	Dolore pelvico. Sindrome premestruale
Medicina del lavoro	Ipersensibilità chimica multipla
Ortopedia	Dolore lombare
Pneumologia	Sindrome da iperventilazione
Riabilitazione	Trauma cranico chiuso (conseguenza del)
Reumatologia	Fibromialgia

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

- Con il **DSM-5**, per ricevere una **diagnosi di disturbo con sintomi somatici** è necessaria la presenza di *almeno un sintomo somatico capace di creare forti limitazioni nella vita di tutti i giorni, per un periodo di almeno sei mesi.*
- Al sintomo somatico, devono associarsi almeno una di queste risposte psicologiche o comportamentali:
 - A) *Pensieri eccessivi riguardanti la gravità dei sintomi;*
 - B) *Elevati e persistenti livelli di ansia o impiego eccessivo di tempo ed energie spese a causa delle preoccupazioni per il proprio stato di salute.*

APPROFONDIRE LA QUESTIONE DIAGNOSTICA DEI DISTURBI DI SOMATIZZAZIONE

«..Oggi, se il medico non può diagnosticare una malattia organica, ci si aspetta che faccia diagnosi di malattia mentale» (Thomas Szasz p.23 ediz. Del 1997)

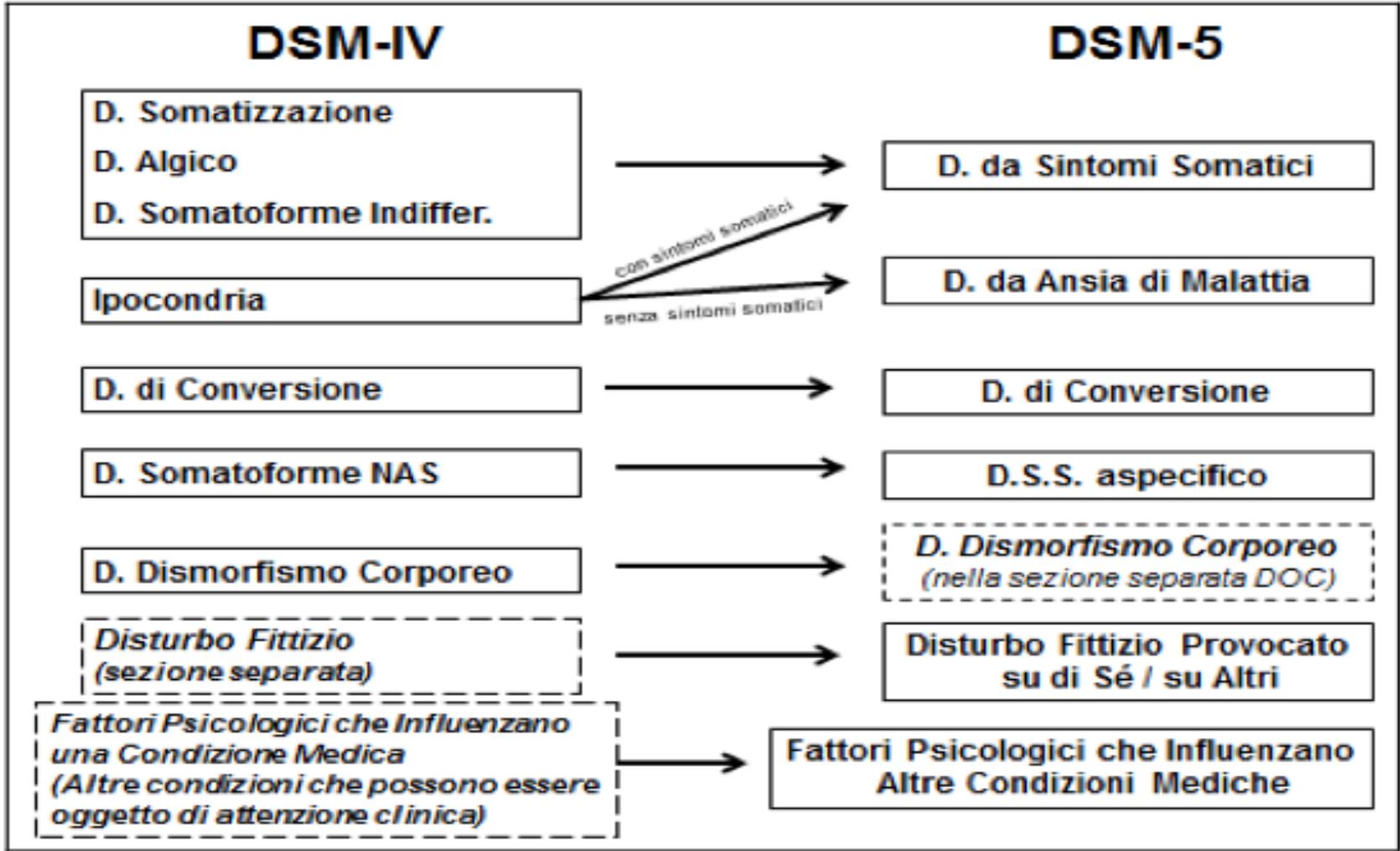


Questa citazione è stata ripresa da Allen Frances per criticare l'approccio alla diagnosi dei disturbi di somatizzazione adottato dal nuovo DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), definito come una « spietata macchina che produce disturbi e patologizza gli estremi della normalità» (J.Gornall 2013).

Il *Work Group* del DSM-5 ha deciso di cambiare radicalmente la sezione dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) a cominciare dal nome: **Disturbi da Sintomi Somatici** (Somatic Symptom Disorders [SSD]).

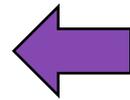
LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

Figura 1. Cambiamenti dai Disturbi Somatoformi del DSM-IV al Disturbo da Sintomi Somatici del DSM-5

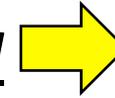


LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

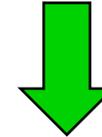
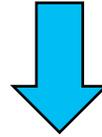
(a) Raggruppamento di gran parte degli ex-Disturbi Somatoformi in un'unica etichetta di *Disturbo da Sintomi Somatici*



CAMBIAMENTI PIU' IMPORANTI



(b) Sdoppiamento della ex-Ipocondria nelle diagnosi di *Disturbo da Sintomi Somatici* e *Disturbo da Ansia di Malattia* a seconda della presenza o assenza di sintomi MUS



(c) Conservazione del *Disturbo di Conversione* ma eliminando il criterio di associazione con stress psicologico

(d) spostamento del *Disturbo da Dismorfismo Corporeo* nella sezione dei Disturbi Ossessivo Compulsivi

(e) inclusione di due categorie considerate a parte del DSM-IV, ossia il *Disturbo Fittizio* (provocato su sé o su altri) e i *Fattori Psicologici che Influenzano Altre Condizioni Mediche*

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

(1) Raggruppamento della maggior parte dei Disturbi Somatoformi in un'unica categoria

- ❑ L'intera sezione dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV è stata rinominata "Disturbi da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati". Si è probabilmente voluto indicare che la sezione è composta da un disturbo principale (SSD) insieme ad altri minori che rientrano in una stessa classe di sindromi che implicano la presentazione clinica di sintomi fisici e/o elevata preoccupazione per le malattie.
- ❑ Frances (2012) critica duramente la diagnosi di SSD come un "pericoloso errore". Basta un sintomo somatico particolarmente pervasivo, l'impressione del clinico che il paziente ne sia eccessivamente preoccupato e una durata di almeno 6 mesi (anche non consecutivi) perché si venga etichettati con una diagnosi di disturbo mentale
- ❑ Il pericolo maggiore sottolineato da Frances è quindi quello di aver dato eccessivo peso alla correzione dei falsi negativi e aver così aperto le porte a una possibile inflazione di falsi positivi, pericolo costantemente presente in psichiatria (Wakefield, 2010).

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

(2) Sdoppiamento dell'Ipocondria in due diagnosi distinte

- ❑ La vecchia diagnosi di Ipocondria non esiste più, essendo stata “sdoppiata” in due tronconi.
- ❑ Il Work Group del DSM-5 ha stabilito che il 75% dei pazienti ipocondriaci presenterebbero in modo predominante sintomi fisici su cui concentrare le preoccupazioni per la salute. In presenza di sintomi fisici, quindi, questi pazienti vengono riclassificati con la diagnosi di SSD. Nel 25% dei casi, invece, i pazienti ipocondriaci avrebbero pochi o nessun sintomo somatico e la loro ansia riguarderebbe essenzialmente il sospetto di avere una malattia medica seria, il più delle volte non diagnosticata. Questa tipologia di pazienti con “ipocondria senza sintomi fisici” viene classificata con la diagnosi di Disturbo da Ansia di Malattia (Illness Anxiety Disorder [IAD]).

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

3) Spostamento di alcune diagnosi in altre sezioni

- Vi sono stati spostamenti di alcune diagnosi fra varie sezioni.
- Il Disturbo Fittizio, che nel DSM-IV aveva una sezione a se stante, rientra ora pienamente nei disturbi SSD-correlati, distinguendo il danno fisico procurato a se stesso o ad altri.
- I Fattori Psicologici che Influenzano una Condizione Medica passano dalla sezione “Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica” del DSMIV a quella dei disturbi SSD-correlati.
- Il Disturbo da Dismorfismo Corporeo è transitato dai Disturbi Somatoformi del DSM-IV alla sezione delle sindromi correlate del Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

LA CLASSIFICAZIONE DIAGNOSTICA DELLA SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

4) Il Disturbo di Conversione

- ❑ Il Disturbo di Conversione è l'unico disturbo rimasto inalterato all'interno di questa sezione rispetto al DSM-IV, indicando nella formula "Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali" un possibile sinonimo. Da questo disturbo è stato eliminato il criterio di associazione con fattori psicologici per quanto riguarda esordio o riacutizzazione. Si tratterebbe quindi di un disturbo pseudoneurologico.
- ❑ Nelle note cliniche che accompagnano i criteri DSM-5 del Disturbo di Conversione viene affermato che i segni clinici classici della conversione (stretta relazione temporale con situazioni di stress o trauma psicologico o fisico, sintomi dissociativi, belle indifférence, guadagno secondario di malattia) possono essere presenti ma non necessari alla diagnosi.

LA DIAGNOSI IN PSICOLOGIA CLINICA

Diagnosi = processo *per mezzo del quale* (dia-) cerchiamo di *conoscere* (gnosis) un fenomeno.

In psicologia clinica è una «mappatura» del funzionamento psichico dell'individuo ed ha l'obiettivo di:

- 1) descrivere il paziente in modo sistematico e formulare il caso clinico;
- 2) condividere le informazioni raccolte con altri professionisti;
- 3) pianificare il trattamento.

Lo psicologo clinico può fare riferimento ad una **molteplicità di tipologie diagnostiche**, che riflettono le tre principali tradizioni di pensiero che hanno plasmato la valutazione psicologica:



quella *psichiatrica*, orientata ad un approccio nomotetico (basato su costrutti teorici che fanno riferimento ad un gruppo di individui), attenta alle classificazioni e alle descrizioni sindromiche



quella *psicodinamica*, orientata ad un approccio idiografico (basato sulla valutazione delle caratteristiche del singolo paziente), attenta alla comprensione delle specificità individuali



quella *psicometrica*, orientata allo studio delle caratteristiche metodologiche e statistiche degli strumenti diagnostici

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

LA VALUTAZIONE PSICOLOGICA DELLA SOMATIZZAZIONE PUO' ORIENTARSI SU DUE LIVELLI

DIMENSIONE ESPLICITA

Indagata con una procedura diagnostica incentrata sui sintomi «oggettivi» che implica la necessità di arrivare a una diagnosi in senso biomedico di identificazione di patologia.



DIAGNOSI PSICHIATRICA
(descrittiva, categoriale)

DIMENSIONE IMPLICITA

Indagata con una procedura diagnostica incentrata sulla formazione dei sintomi (generazione, esordio, persistenza, cronicizzazione, presentazione, gestione clinica, esito).



DIAGNOSI PSICOLOGICA
(*Assessment*)

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

DIMENSIONE ESPLICITA



Compito dello psicologo è quello di valutare quanto i sintomi espliciti siano in relazione con i fattori psicologici e in che modo, ossia valutarne il peso relativo

DIMENSIONE IMPLICITA



Richiede una valutazione orientata non alla descrizione dei sintomi riferiti dal paziente ma agli elementi impliciti del suo modo di comportarsi: personalità, schemi cognitivi, affettività, modelli comportamentali relazionali



diagnosi dimensionali e strutturali

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

- ❖ Come descritto da Migone (2013, p.569), l'impostazione «ateorica» del DSM, inaugurata nella terza edizione del 1980, consiste nell'ignorare completamente le ipotesi eziopatogenetiche e affidare la diagnosi dei disturbi psicopatologici esclusivamente ai sintomi osservabili dal clinico.

Compito **dell'assessment**, quindi, è quello di individuare quali sono i fattori psicologici con **peso relativo** importante rispetto a o in associazione con i fattori biomedici nello spiegare la patologia X in un paziente specifico.



- ❑ Per Porcelli (2009) il problema non consiste nella natura della sindrome, se organica o funzionale, ma nel peso relativo da attribuire ai diversi fattori psicologici, biologici e sociali.
- ❑ In dettaglio, ogni malattia viene concepita come il risultato finale comune di sistemi interagenti a livello di cellule, tessuti, organismo, rapporti interpersonali e relazioni con l'ambiente. Ciascuno di questi fattori ha il proprio peso relativo nel facilitare, mantenere o modificare il decorso della patologia il quale può variare da malattia a malattia, da un individuo all'altro e anche da un episodio all'altro della stessa malattia nello stesso individuo (Fattori psicologici che influenzano le malattie Porcelli 2008).

APPROCCIO CATEGORIALE E APPROCCIO DIMENSIONALE

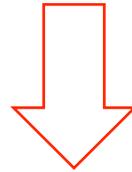
- Una diagnosi basata sulla valutazione dei pesi relativi delle differenti variabili biopsicosociali, che tiene conto dei livelli di severità, frequenza e durata di ciascun fattore è definita come approccio dimensionale.
- Questo approccio presenta una migliore comprensione della natura complessa dei fenomeni psicosomatici.
- La necessità di categorizzare le informazioni, la facilitazione della comunicazione fra specialisti rientrano tra i motivi per cui una diagnosi secondo l'approccio categoriale è utile e necessaria.

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

Attualmente, in ambito psicologico-clinico, non si fa più riferimento ai disturbi psicosomatici con valore di entità cliniche specifiche, quanto a un modello clinico psicosomatico che prende in considerazione gli aspetti qualitativi e quantitativi dell'influenza dei fattori psicosociali in ogni fase di malattia.

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

Lipowski (1987) definisce il costrutto di *somatizzazione come la tendenza a vivere e comunicare il disagio psicologico in termini di sintomi fisici e a cercare aiuto medico per essi.*



In questa definizione, l'accento viene posto non sui sintomi fisici in sé ma sul fatto che essi sono un linguaggio usato dal paziente per rappresentarsi una condizione di disagio psichico.

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

➤ La somatizzazione è concettualizzabile come un continuum dimensionale piuttosto che come una o più categorie discrete caratterizzate da sintomi distinti.

Luisa è una donna di 49 anni che vive con l'anziana madre. Non ha mai avuto una famiglia sua ed ha subito la perdita del padre a 26 anni. Descrive numerosi sintomi che ha vissuto nel corso della sua vita e che l'hanno portata a fare numerosi interventi chirurgici, tutti urgenti. Nega la sua sofferenza corporea ed emotiva, arrivando a non percepire il sintomo se non quando esso diventa così impellente da non poter fare a meno di intervenire.

Riferisce di sentirsi incapace di risolvere i suoi problemi di vita quotidiana, anche se chi le sta intorno sembra considerarla un punto di riferimento, rivolgendosi a lei per questioni pratiche e problemi di ogni genere.

SINTOMI FISICI TRA MEDICINA E PSICOLOGIA

➤ La somatizzazione è concettualizzabile come un continuum dimensionale piuttosto che come una o più categorie discrete caratterizzate da sintomi distinti.

«Nel 1975 come mi hanno visitata mi hanno detto che poteva essere appendicite, ma non era detto..., 20.000 globuli bianchi, un intervento che ha segnato la storia della chirurgia[...] nel '92 si è scoperta l'endometriosi, una cisti ovarica di 9 cm [...] nel '97 una febbre alta e ho deciso di togliere le tonsille a 31 anni[...] la colicisti...era massacrata [...] poi c'è lo stress...fatto sta che ora siamo a 5 interventi»

➤ In questo senso, è stato ipotizzato che *il costrutto di **comportamento di malattia*** possa costituire un concetto unificante per comprendere il modo individuale di monitorare sensazioni fisiche e stati interni, definire e interpretare sintomi fisici, effettuare ipotesi di probabili attribuzioni causali, ricorrere a comportamenti coerenti con i passi precedenti utilizzando fonti di cura sia mediche che informali o alternative o altro (Sirri, Fava e Sonino, 2013)

LE NUOVE PROPOSTE ALTERNATIVE ALLA DIAGNOSI PSICHIATRICA

- Secondo Porcelli il DSM non rappresenta adeguatamente la realtà clinica perché i criteri dei disturbi somatoformi o sono troppo restrittivi o troppo larghi;
- i fenomeni psicosomatici vengono diagnosticati riaffermando la vecchia nozione di dualismo mente-corpo;
- i criteri del DSM tendono a sovra-psicologizzare i sintomi somatici se associati a disturbi psicopatologici o, al contrario, a sotto-stimare gli aspetti psicosociali se in presenza di patologie mediche;
- il DSM ignora totalmente il peso dei fattori di personalità e degli aspetti comportamentali disfunzionali.

NUOVE PROPOSTE ALTERNATIVE ALLA DIAGNOSI PSICHIATRICA: FATTORI DI PERSONALITA' E SOMATIZZAZIONE

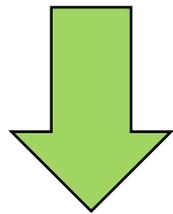
«Le emozioni non vengono connesse a simboli verbali ma espresse attraverso il corpo» (Porcelli, in Lingiardi e Gazzillo, 2014)

<p>Winnicott (1966): Somatizzazione come tendenza a dissociare funzioni psicologiche e fisiche, risultato di «scissioni nell'organizzazione dell'Io del paziente», amplificate dal sistema sanitario</p>	<p>Wilma Bucci (1997): Somatizzazione come risultato di una carente «attività referenziale» (capacità di connettere le rappresentazioni non-coscienti con il sistema simbolico verbale)</p>	<p>Nemiah: Dissociazione come meccanismo intrapsichico centrale nella formazione dei sintomi somatici</p>
---	--	--

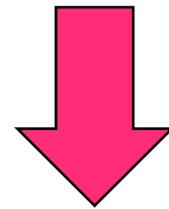
Quanto più l'individuo è connesso, in contatto, con le proprie esperienze emotive, tanto più la regolazione degli affetti è efficace, senza bisogno di ricorrere ad oggetti esterni per regolare ed esprimere i propri vissuti.

LE NUOVE PROPOSTE ALTERNATIVE ALLA DIAGNOSI PSICHIATRICA

Come si può mettere al centro delle concetto di diagnosi la percezione soggettiva della salute (contro la prospettiva osservativa del DSM) e la clinimetria con tutte le variabili cliniche dimensionali di temporalità, durata, decorso, severità ecc.?



PDM



DCPR

LE NUOVE PROPOSTE ALTERNATIVE ALLA DIAGNOSI PSICHIATRICA



PDM

Nel Manuale Diagnostico Psicodinamico (PDM) il fenomeno della somatizzazione viene inquadrato nell'**Asse P (personalità)** e nell'**Asse S (sintomi)**:

Il funzionamento di personalità viene inquadrato nel range di organizzazione borderline con una combinazione di variabili, di preoccupazioni ipocondriache, patologie mediche note per essere correlate a condizioni di stress o sintomi fisici che «traducono» emozioni troppo ansiogene e dolorose per essere trasformate in parole oppure bloccate da un deficit espressivo e comunicativo degli stati affettivi.

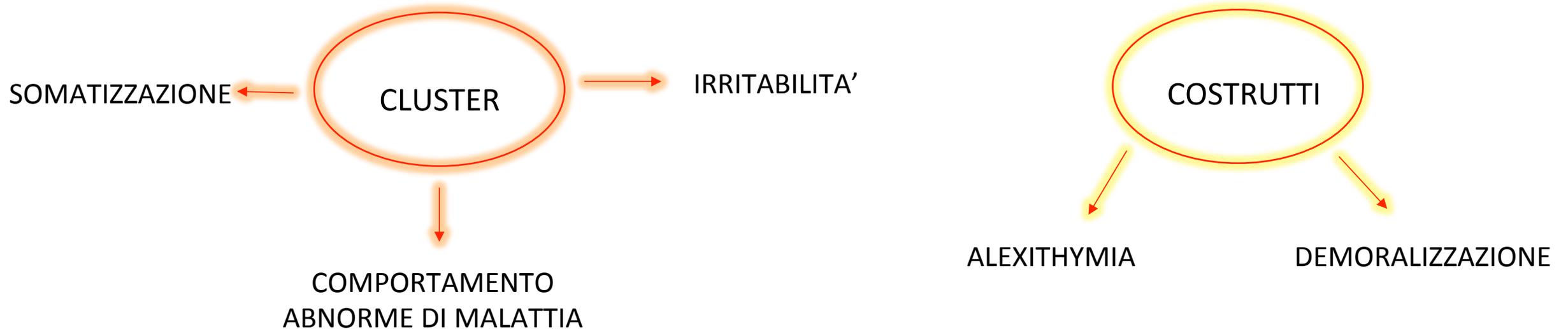
L'aspetto sintomatologico viene descritto come un insieme di esperienze soggettive che riguardano stati affettivi, pattern cognitivi, stati somatici e pattern relazionali.

LE NUOVE PROPOSTE ALTERNATIVE ALLA DIAGNOSI PSICHIATRICA

DCPR

I Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR) hanno l'intento di estendere il modello tradizionale di malattia traducendo l'insieme di fattori psicosociali individuati nella ricerca in psicosomatica in **concetti operazionali**.

I DCPR prevedono 12 sindromi organizzate in 3 cluster differenti e 2 costrutti di personalità, indipendentemente dalla presenza o meno di una diagnosi medica e/o psichiatrica.



CONCLUSIONI

Contestualizzando un po' tutta l'impresa DSM-5, si deve considerare che il sistema sanitario americano, largamente privatizzato, consente la copertura delle spese di trattamento (dalla psicoterapia ai farmaci) se il paziente riceve una diagnosi del DSM. Se si vuole tenere sotto controllo un dolore cronico o una certa malattia, può quindi tornare utile una diagnosi di psicopatologia. Ma, per gli stessi motivi «patologizzare la normalità» (Wakefield, 2010) fa sorgere subito il sospetto che in gioco ci siano anche gli interessi di Big Pharma.

(Piero Porcelli 2014)