

I DISTURBI SOMATOFORMI

I disturbi somatoformi sono sei: **disturbo di conversione, disturbo di somatizzazione, disturbo somatoforme indifferenziato, disturbo algico, ipocondria, disturbo di dismorfismo corporeo**. Essi sono accomunati da lamentele circa il proprio stato fisico e da preoccupazione somatica, entrambe non attribuibili ad una causa fisiologica o ad un altro disturbo mentale. I soggetti che ne sono affetti spendono moltissimo tempo per visite ed esami in ambienti medici e psichiatrici, e spesso questo porta a diagnosi errate da entrambe le parti. Nei disturbi somatoformi la causa dei sintomi fisiologici, che, ricordiamo, non sono né simulati né sotto il controllo volontario della persona, **è di natura psicologica**.

Disturbo di conversione: nel disturbo di conversione il soggetto presenta diversi sintomi somatici, generalmente riguardanti funzioni motorie o sensoriali volontarie; essi compaiono improvvisamente durante un evento o situazione stressante, e consentono alla persona di uscirne o comunque di evitare attività particolari non gradite. Un altro vantaggio secondario è dato dal fatto che per mezzo dei sintomi la persona riesce a concentrare su di sé l'attenzione di cui ha estremo bisogno. Esistono diversi tipi di disturbo di conversione, classificati a seconda della sintomatologia:

- disturbo di conversione con sintomi di tipo motorio;
- disturbo di conversione con attacchi epilettiformi o convulsioni;
- disturbo di conversione con deficit sensitivi;
- disturbo di conversione con sintomi misti.

Questi sintomi sono tali da suggerire un danno neurologico, ma le indagini cliniche non evidenziano alcuna disfunzione o alterazione a carico degli organi o del sistema nervoso. I soggetti quindi sono fisiologicamente normali, ma possono manifestare gravi sintomi quali cecità, paralisi, anestesia, afonia, anosmia. Un ulteriore sintomo, il quale suggerisce la genesi psicologica del disturbo, risiede nel comportamento dei soggetti nei confronti delle proprie manifestazioni somatiche: essi appaiono sereni e non preoccupati o ansiosi di liberarsene, e non mostrano di metterle in connessione con le circostanze stressanti in cui hanno avuto inizio. I sintomi di conversione si manifestano generalmente durante l'adolescenza o nella prima età adulta, e anche se un episodio può terminare improvvisamente, la probabilità che il sintomo ricompaia, nella forma precedente o in una forma diversa, è molto alta.

Disturbo di somatizzazione: alla base di questo disturbo si trova una lunga storia di lamentele fisiche ricorrenti, che portano il soggetto a chiedere l'intervento e il consiglio dei medici, ma per le quali non è mai stata trovata alcuna causa organica, e, nel caso in cui essa sia stata trovata, le lamentele fisiche o la menomazione lavorativa e sociale devono essere sproporzionate. I sintomi possono essere molteplici e differenti, come **sintomi dolorosi alla testa, alla schiena, alle articolazioni, sintomi gastrointestinali, sintomi sessuali e sintomi pseudoneurologici**. Nelle diverse culture le tipologie di sintomi possono variare: ad esempio, sensazioni di bruciore alle mani o formicolio sotto pelle sono più frequenti nelle popolazioni dell'Asia e dell'Africa che non in Nord America.

I soggetti affetti da disturbo di somatizzazione hanno la tendenza a manifestare le proprie lamentele in modo teatrale ed esagerato; si ritiene che il disturbo di somatizzazione sia maggiormente presente nelle culture in cui l'esplicitazione di sentimenti ed emozioni viene scoraggiata. L'esordio del disturbo avviene generalmente nella prima età adulta, e si manifesta per molti anni. È comune anche la contemporanea presenza di umore depresso e ansia, così come comportamenti interpersonali problematici, quali assenteismo o difficoltà coniugali. Infine, il disturbo di somatizzazione presenta una familiarità del 20% nei parenti di primo grado del soggetto a cui è stata effettuata tale diagnosi.

Disturbo somatoforme indifferenziato: il disturbo somatoforme indifferenziato è accomunato con quello di somatizzazione per sintomatologia, ma si distingue per un minor numero di lamentele fisiche, per l'intensità più scarsa dei sintomi e per minore durata.

Disturbo algico: il disturbo algico è caratterizzato da un intenso dolore localizzato in uno o più distretti anatomici, il quale causa disagio e menomazione significativi nella vita della persona, compromettendone intere aree, come quella lavorativa, e rendendo il soggetto dipendente da analgesici o tranquillanti. Si ritiene che qualche fattore psicologico giochi un ruolo importante nell'esordio, gravità, esacerbazione, o mantenimento del dolore, il quale non dev'essere prodotto intenzionalmente o simulato. Il disturbo può essere di due tipi, a seconda della durata:

- acuto: durata inferiore ai sei mesi;

- cronico: durata superiore ai sei mesi;

inoltre, può essere di tipo:

- associato con fattori psicologici;

- con fattori psicologici e condizione medica, nel caso in cui si valuta che anch'essa abbia avuto un ruolo nell'esordio o mantenimento del dolore.

Il dolore può essere connesso ad una situazione stressante o conflittuale contingente, o può permettere alla persona di evitare attività sgradite, o ancora, di attirare su di sé l'attenzione.

Ipocondria: il disturbo si caratterizza per la preoccupazione o convinzione di avere una grave malattia; la preoccupazione persiste nonostante rassicurazioni mediche adeguate. I soggetti che ne sono affetti **spendono moltissimo tempo presso strutture ospedaliere** (ma non psichiatriche) nel tentativo di avere una conferma alle loro assunzioni; essi reagiscono in modo sproporzionato a sensazioni o lievi alterazioni fisiologiche che rientrano nella norma, come un attacco di tosse o un occasionale mal di stomaco, ritenendole delle conferme. Essi ritengono di essere particolarmente sensibili ai segnali provenienti dal loro corpo, ma studi di laboratorio hanno dimostrato che ciò non è vero.

Disturbo di dismorfismo corporeo: i soggetti affetti da questo disturbo manifestano un'eccessiva preoccupazione nei confronti di un difetto fisico immaginario o, se presente, di lieve entità, come le rughe o la forma del naso. Alcuni trascorrono una porzione non esigua della loro vita quotidiana ad esaminare allo specchio il supposto difetto, mentre altri evitano di confrontarsi con l'immagine riflessa dallo specchio, arrivando anche a nascondere o coprire tutti gli specchi nella loro abitazione. In ogni caso, questo disturbo comporta una compromissione importante del funzionamento lavorativo, sociale, o di altre aree esistenziali. Spesso i soggetti si rivolgono alla chirurgia estetica, la quale però non è in grado di dare sollievo alle loro sofferenze, **essendo la causa del disturbo psicologica e non risiedente nel supposto difetto fisico**. Un ruolo fondamentale viene svolto dai fattori soggettivi, come canoni estetici e gusti personali, così come da fattori culturali e sociali.

Dott.ssa Silvia Parisi Psicologa Psicoterapeuta Sessuologa