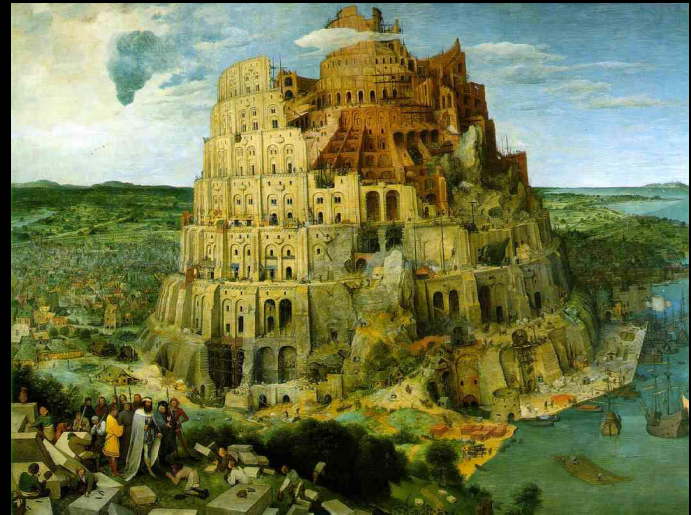

La Somatizzazione, Il problema degli unexplained medical symptoms per il medico di base



Dr Bruno Pacciardi
Università di Pisa

DISTURBO DA SOMATIZZAZIONE:

La somatizzazione è un equivoco tra molti termini



diviene un concetto fuorviante ai fini dell'impostazione diagnostica e terapeutica

- Sintomo somatico non spiegabile dal punto di vista medico
- Preoccupazione ipocondriaca
- Manifestazioni somatiche di vari disturbi psichiatrici
- Paziente “..difficile..” , “..che esagera..”

LA SOMATIZZAZIONE PER LO PSICHIATRA:

Unexplained Medical Conditions (DSM-IV TR)

DISTURBO DA SOMATIZZAZIONE

DISTURBO DA CONVERSIONE

DISTURBO DA DOLORE

IPOCONDRIA (*D. d'Ansia*)

DISTURBO FITTIZIO

SIMULAZIONE



La somatizzazione: criteri DSM-IV-TR

- Multiple e ricorrenti lamentele fisiche che interessano più organi ed apparati, tali da compromettere il funzionamento del paziente o da richiedere intervento medico.
- Comparsa prima dei 30 anni di età.
- Non riconducibili agli effetti di una sostanza o ad una CMG*

(* = possibile presenza di CMG ma non di entità tale da spiegare i sintomi)

Conversione: criteri DSM-IV-TR

Conversione

- Sintomi o deficit che colpiscono funzioni volontarie motorie o sensitive e suggeriscono, ma non sono *completamente* spiegati, da una CMG o neurologica*, dagli effetti di una sostanza oppure da comportamenti ed esperienze sanciti culturalmente in qualche modo.

Ipocondria

- Preoccupazione legata alla paura (o convinzione) di avere una grave malattia, basata sulla errata interpretazione di uno o più segni o sintomi fisici, senza che una valutazione medica sia in grado di individuare una CMG che possa spiegare *pienamente** tali preoccupazioni.

RICONOSCERE LE SOMATIZZAZIONI:

- Non esistono sintomi patognomonic
- Coinvolgimento di diversi organi/apparati
- Esordio precoce ed andamento cronico
- Assenza di danni d'organo
- Assenza di reperti di laboratorio caratteristici

(Cloninger, 1994)



DISTINGUERE LE SOMATIZZAZIONI:

Diagnosi differenziale con...

- Sclerosi multipla
- Ipercalcemia
- Lupus eritematoso sistemico
- Porfiria acuta intermittente
- Ileo paralitico
- Infezioni sistemiche (brucellosi, tripanosomiasi)
- Disturbi d' Ansia
- Disturbi dell' Umore

DISTINGUERE SIMULAZIONI E SOMATIZZAZIONI

Disturbo	Meccanismi fisici spiegano i sintomi	Sintomi correlati con fattori psicologici	Inizio dei sintomi sotto controllo volontario	<u>tornaconto</u> ambientale evidentemente riconoscibile
<u>Somatoforme</u>	No	Si	No	Variabile
Fittizio	Variabile	Si	Si	No
Simulazione	Variabile	Variabile	Si	Si
F. psicologici <u>influenzano</u> patologie organiche	Si	Si	No	Variabile
Malattia organica	Variabile	Variabile	No	No

Modificato da Hyler e Spitzer, 1978

DISTURBO ALGICO:

Per orientarsi nella diagnosi differenziale ...

- Durata del dolore
 - ✓ Andamento prolungato vs poussées
- Tatto dell' area interessata
 - ✓ Risposta dolorosa in base all' attenzione del paziente
- Risposta del dolore ai comuni analgesici
 - ✓ Scarsa o assente nelle forme funzionali

DA EVITARE CON IL PAZIENTE SOMATICO:

- Perdere la pazienza di fronte ad un disturbo apparentemente cronico e di complessa diagnosi
- Prescrivere altri esami e invii allo specialista; dire al paziente che non ha niente e non c'è bisogno che ritorni
- Misurare il proprio successo in termini di riduzione della sintomatologia o di spiegazione dei sintomi
- Non riconoscere e non rispettare che il paziente sta male e soffre, anche se non si trova una causa organica

DIAGNOSI DIFFERENZIALE O COMORBIDITA' ?

Una condizione medica o chirurgica non esclude la compresenza di un disturbo psichico (comorbidità)

Il paziente con una modesta gastrite può lamentare da anni sintomi gastrointestinali e non che resistono ad ogni trattamento

Necessario trattare anche i sintomi somatici

DIAGNOSI DIFFERENZIALE O COMORBIDITA' ?

La presenza di un disturbo psichico non esclude in alcun modo la presenza di una patologia medica o chirurgica

Il paziente somatico o addirittura il simulatore possono essere affetti da gravi patologie

Il normale iter diagnostico non va trascurato nei pazienti con sintomi somatici

SOMATIZZAZIONI: APPROCCIO AL TRATTAMENTO

- Limitare 'doctor shopping'
- Anamnesi longitudinale e non trasversale
- Tecniche di re-attribuzione
 - Identificazione stressors psicologici
 - Identificazione reazioni fisiologiche correlate
 - Correlazione con i sintomi fisici
- Impostare trattamento farmacologico (SSRIs)
- Evitare BDZ e le terapie al bisogno

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE:

- Evidenziare eventuali basi organiche dei sintomi ed eventuali patologie fisiche concomitanti (la diagnosi psichiatrica non esclude una patologia internistica o chirurgica)
- Definire la patologia secondo un modello medico in cui gli aspetti biologici e psichici sono strettamente interconnessi e non separabili
- Intraprendere un trattamento farmacologico integrato con l'approccio psicoterapico ed la consultazione specialistica senza trascurare l'alleanza terapeutica

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE:

- La somministrazione di farmaci ansiolitici o analgesici al bisogno non ha alcun valore terapeutico ed è gravata da un alto potenziale di dipendenza
- Gli SSRIs ad azione ansiolitica rappresentano un presidio terapeutico che può essere utilizzato a livello di medicina generale nel approccio integrato ai disturbi somatici
- Il peculiare profilo di azione di alcuni SSRIs sui sintomi somatici potrebbe essere spiegato dal ruolo dei neurosteroidi nella modulazione dei sistemi inibitori del sistema nervoso centrale

M. Di Fiorino

G.J. Massei

B. Pacciardi

SINTOMI SOMATICI E DEPRESSIONE



Psichiatria & Territorio