



La Somatizzazione in una Prospettiva Transculturale

Rigatelli M, Ferrari S, Malmusi D, Giubbarelli C

II Convegno GRP
Monopoli, 13-14 Maggio 2005

Il Disagio Psicico

a) SEGNI E SINTOMI PSICHICI

Ansia, insonnia, paure non razionali (fobie), idee ossessive, tristezza/euforia, etc.

Idee deliranti/Allucinazioni

b) SEGNI E SINTOMI SOMATICI

Disturbi appetito, cefalea, pseudovertigini, disturbi sessuali, etc.

Tutti gli organi/apparati

c) SEGNI E SINTOMI COMPORTAMENTALI

- Disturbi dell'alimentazione: anoressia, bulimia

- Abuso di sostanze: alcool, droghe, farmaci

- Comportamenti autolesivi: guida spericolata

- comportamento antisociale

Psichiatria Transculturale, Etnopsichiatria – 1

- I flussi migratori, i cambiamenti sociali e le nuove richieste di cura determinano la nascita dell' **etnopsichiatria clinica**: presa in carico di persone provenienti da contesti socio-culturali diversi rispetto a quello occidentale
- Scopi**:
 - Studio del **rapporto tra cultura-psichismo** (rappresentazioni della persona, del corpo, della mente, dell'anima; antropologia delle nozioni di Io, Sé, conflitto...)
 - Studio del **rapporto tra dinamiche socio-culturali, psichismo, psicopatologia**
 - Studio del rapporto tra conflitti sociali, religiosi, economici, etnici e sofferenza psichica
 - Confronto della sofferenza psichica nelle diverse società e dei relativi modelli interpretativi (**ridefinizione della nosografia occidentale**)
 - Studio dei **sistemi di cura** e delle **teorie su cui essi si fondano** nelle diverse società [Beneduce, 1999]

Psichiatria Transculturale, Etnopsichiatria – 2

- Nel **DSM-IV TR**:
 - Appendice I: "Guida all'inquadramento culturale e glossario delle sindromi culturalmente organizzate" (**Culture-bound syndromes**) – indicazioni alla valutazione sistematica dell'impatto culturale sull'individuo, glossario delle sindromi culturali (Amok, Cane pazzo, Fana, Kerbè...)
 - Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica (stesso capitolo dei "Fattori psicologici..."): "**Problema di acculturazione**"
- Tentazione "colonialista", egemonica della psichiatria occidentale**: etichettare come morbose condizioni che, nel loro contesto, sono solo normali variazioni comportamentali, pratiche religiose, stili comunicativi o di personalità

Psichiatria Transculturale, Etnopsichiatria – 3

- Nasce come etno-psicopatologia, etno-psico-fenomenologia = descrizione delle manifestazioni psicopatologiche dell'**Altro, ethnos** (il viaggio di **Kraepelin a Giava**), per rispondere alla domanda: **che ruolo ha la cultura di riferimento** nel plasmare lo psichico, nel suo funzionamento normale e patologico?
- Presupposto pregiudizievole: il **concetto occidentale di psiche è universalizzabile?** Tendenza a descrivere l'Altro a partire da se stessi, a proiettare "Noi" sull' "Altro"
- I Dogon del Mali dicono "**kinde lei lei**" (cuore due due): cosa intendono? Descrivono, attraverso il corpo, una sensazione psichica spiacevole di separazione, di dissociazione, di disintegrazione?

Una premessa critica

- I **concetti** di **somatizzazione, di disturbo somatoforme, di reazione psichica ad una condizione medica** sono **profondamente occidentali** (Razionalismo cartesiano, divaricazione psico-somatica e sue conseguenze – primato cristiano-medioevale dell'anima rispetto al corpo vs. progressiva vittoria "bio-medica" contemporanea)
- Sono oggetto di **profonda critica**, epistemologica prima ancora che clinica, da parte di molti autori
- Il contatto sempre più frequente con altre culture ha contribuito ad accendere tale dibattito, sottolineando alcuni **paradossi della nosografia psichiatrica occidentale**
- L'incontro con l'Altro costringe a rivedere i propri sistemi di riferimento, a relativizzarli [Leone, 2002]

Somatizzazione e Cultura – 1

- Pazienti con sintomi medici inspiegabili (MUS): **più di un quarto** di coloro che, in tutto il mondo, cercano l'aiuto di un medico [Castillo et al, 1995; Gureje et al, 1998; Kirmayer & Young, 1998]
- Somatizzazione e MUS sono **più frequenti in altre culture?** Risultati incerti:
 - MUS più frequenti tra pazienti depressi e nella popolazione generale nei paesi non industrializzati [Ebigbo, 1982; Mumford et al, 1991; Escobar et al, 1987]
 - Alta prevalenza di MUS nei siti sudamericani, ma non evidenza di differenze generali tra Sud e Nord del mondo [Gureje et al, 1997]

Somatizzazione e Cultura – 2

- La sofferenza personale e sociale presentata sotto forma di sintomi somatici è **la norma** in molte culture [Kleinman, 1987], sintomi somatici molto più comuni dei sintomi emotivi, la depressione si presenta quasi esclusivamente con sintomi somatici
- L' "**isteria**", ora forse meno frequente in Occidente, altrove esiste ancora?
- Minore **cultura dell'individualismo e "psicologizzazione"** (fenomeni tipici della cultura occidentale contemporanea)
- **Dubbi sull'applicabilità universale** di scale diagnostiche costruite nel **contesto culturale occidentale** [Villaseñor & Waitzkin, 1999]

Somatizzazione ed Immigrazione – 1

- **Maggiori tassi di somatizzazione** rispetto agli autoctoni emersi da studi clinici [Mumford, 1993; Folstein, 1997] ma non dall'unico studio di comunità [Kirmayer & Young, 1998]
- Più **elevata frequenza di depressione**
- Studio presso la Caritas di Roma: alta positività (38.9%) di somatizzazione tra immigrati irregolari [Martinelli et al, inviato per la stampa]
- **Ipotesi (da verificare)**: gli immigrati presentano tassi di somatizzazione superiori agli autoctoni?
 - Più o meno psicopatologia?
 - Influenza dell'acculturazione (e quindi di variabili quali la durata della permanenza)
 - Carezza di studi sulla popolazione generale

Somatizzazione ed Immigrazione – 2

- Possibili **determinanti causali**:
 - "Stress da transculturazione"
 - Svantaggio sociale
 - Fallimento (o assenza) del progetto migratorio
 - Poca familiarità coi servizi sanitari
 - Difficoltà linguistiche
 - Assenza del sostegno della comunità e della medicina "domestica"
 - Basso livello di istruzione, disoccupazione, svantaggio sociale

Somatizzazione ed Immigrazione – 3

- Somatizzazione come:
 - Arma di rivendicazione del debole
 - Biglietto di ingresso per ottenere l'attenzione del medico
 - "Linguaggio per parlare di sé (...) modo di esprimersi al di là dell'invisibilità sociale" [Diasio, 2000]
 - "Ricerca di un corpo perduto nel tentativo di mantenere una propria identità culturale" [Frighi, 1987]

Somatizzazione come paradigma dell'incomprensione
(linguistica, culturale, simbolica) tra medico ed immigrato

Obiettivi dello studio

- Verificare l'esistenza, in un campione clinico ed in un campione di popolazione generale, di una **differenza tra italiani e stranieri immigrati nella frequenza di sintomi somatici** presumibilmente legati al disagio psichico (o psico-sociale)
- Verificare la **rilevanza**, nel determinare tale differenza, di **fattori geografici, demografici e socio-economici**

Materiali e Metodi – 1 La valutazione clinica

- **Bradford Somatic Inventory**, versione ridotta (BSI-21) [Munford et al. 1991]
 - Questionario costruito in maniera transculturale, validato ed utilizzato in altri studi; positività = indice di una "sindrome di somatizzazione"
 - Punteggio medio al questionario + % dei casi di superamento del cut-off, fissato a 13/14
- **Domande aggiuntive:**
 - Informazioni generali di tipo socio-demografico
 - **Causa ipotizzata dal paziente** per i suoi sintomi e **tipo di aiuto** eventualmente cercato
 - Domande sulla **soddisfazione** relativi a diversi ambiti di vita (e stesso, lavoro, salute, alloggio, supporto di amici e comunità, aspettative)
- **Autosomministrazione** (versioni in 7 lingue)

Materiali e Metodi – 2 Reclutamento dei soggetti

- **Campione clinico:** pazienti recatisi a visita presso il proprio MMG (3 ambulatori di Modena città) in due settimane (età 18-50 anni)
- **Campione di comunità:**
 - **Italiani:** questionario proposto alle persone in fila all'Anagrafe di Modena per il rinnovo della carta di identità (in due giornate; età 18-50 anni)
 - **Stranieri:** allievi della scuola pubblica di Italiano per adulti (diversi livelli linguistici; età 18-50 anni)

Materiali e Metodi – 3 Casistica

- **Campione clinico:** 129 soggetti hanno accettato di partecipare
 - 92 italiani (71.3%)
 - 37 stranieri (di cui la maggioranza maghrebini)
- **Campione di comunità:** 222 soggetti hanno accettato di partecipare
 - 101 italiani (45.5%)
 - 121 stranieri:
 - 31.4% Europa dell'Est
 - 27.3% Paesi arabi
 - 16.5% Africa subsahariana
 - 11.6% Estremo oriente
 - 9.9% Sud-America

Risultati – 1

Campione di comunità

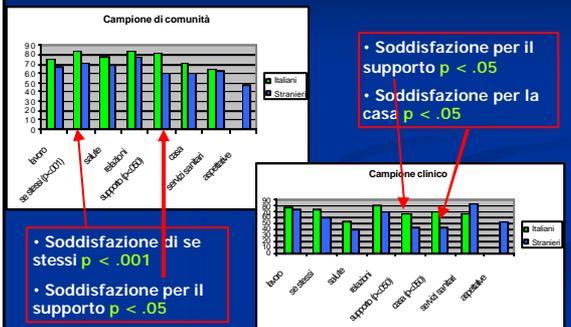
	Italiani	Stranieri
Numero	101	121
Età media	35,53	31,96
Maschi sul totale (%)	50,5	33,1 ^a
Media anni di studio	12,58	11,92
In Europa da anni	---	3,96

Campione clinico

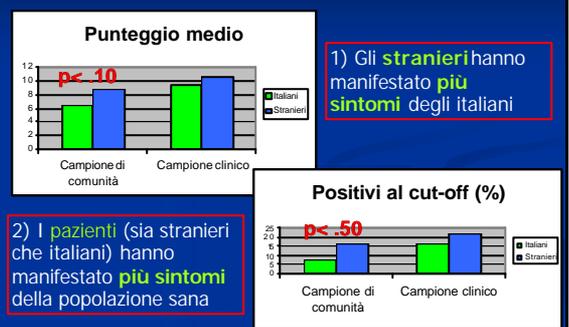
	Italiani	Stranieri
Numero	92	37
Età media	36,9	36,4
Maschi sul totale (%)	29,4	69,4 ^a
Media anni di studio	13,2	8,9 ^a
In Europa da anni	---	11,8

^a p < .50

Risultati – 2 Livelli di soddisfazione



Risultati – 3 Valutazione clinica (BSI-21)



Risultati – 4

Altri dati – a

- Punteggi medi **più elevati nella fascia d'età più giovane** (18-30) in entrambi i campioni (ma differenza n.s.)
- Punteggi significativamente **più alti tra le donne**, in entrambi i campioni (italiani + stranieri)
 - Tra gli **italiani**, sia nel campione di comunità che in quello clinico
 - Tra gli **stranieri**, solo nel campione clinico (i punteggi medi al BSI e la % di positivi al cut-off è simile tra maschi e femmine nel campione di comunità)

Risultati – 5

Altri dati – b

- Si sono associati a punteggi più alti (**più sintomi**):
- Sia fra gli italiani sia fra gli stranieri
 - insoddisfazione per la **propria salute** (p<.001)
 - insoddisfazione per il **lavoro** (p<.050 fra gli stranieri della scuola, p<.001 fra tutti i pazienti)
 - Solo fra gli stranieri
 - insoddisfazione per il **supporto di amici e comunità** (p<.001 fra gli stranieri della scuola)
 - insoddisfazione rispetto alle **aspettative di partenza** (n.s.)
 - difficoltà **linguistiche** (n.s.)
 - durata d'immigrazione **inferiore a 10 anni** (n.s.)
 - **alta scolarità** (n.s.)

Risultati – 5: Cause e rimedi

(indicati dagli intervistati)

Cause:

- Lo **stress** per gli **italiani**, **lavoro** e problemi dell'**adattamento** per gli **stranieri**

Rimedi:

- Fra gli stranieri, tendenza all'**affidamento al medico**
- Maggior **autonomia e sfiducia degli italiani**:
 - L'uso di termini medici nella descrizione delle cause
 - Il frequente ricorso al farmaco indipendentemente dal consulto medico
 - L'uso di terapie non convenzionali
 - I bassi livelli di soddisfazione dei servizi sanitari

Conclusioni – 1

- **Fattori di tipo sociale** che correlano con punteggi alti – i problemi di lavoro, di supporto, di lingua, la perdita di status – **prevalgono fra gli immigrati**;
- **Divario più ampio fra stranieri e italiani** nel campione di **popolazione generale** che fra pazienti;
- Punteggi molto più alti degli **immigrati irregolari**, come segnalato da altri studi [Martinelli et al, inviato per la stampa];
suggeriscono che
gli immigrati sperimentano più sintomi somatici per le precarie condizioni sociali, i problemi di ambientamento e il disagio psicologico che ne consegue

Conclusioni – 2

1. I dati rafforzano l'ipotesi dell'**influenza nella somatizzazione** degli immigrati di **fattori sociali** (lavoro, supporto, inserimento linguistico), modificabili con adeguate politiche di accoglienza e di inclusione
2. Nella pratica medica, è necessaria, oltre al riconoscimento della sofferenza fisica dell'immigrato, **un'attenzione particolare al contesto sociale** in cui essa si manifesta

Conclusioni – 3

- In corso il completamento della ricerca tramite uno **studio di comunità** su larga scala (inviati **600** questionari a 300 italiani e 300 stranieri iscritti nelle liste dei MMG di Modena)
 - Per verificare i risultati su un campione più ampio e rappresentativo
 - Per specificare meglio l'influenza di fattori complessi
 - Pressoché **assenti in letteratura studi di comunità sul tema**

Conclusioni – 4

- Stimolo a mantenere un **atteggiamento critico** nei confronti della **categorizzazione diagnostica tradizionale**
- **Tutte** le psichiatrie sono **etnopsichiatrie**
- Invito a percorrere una **terza via** rispetto ai due eccessi della **diffidenza-ostilità** e della **fascinazione incondizionata** per l'Altro