

Le sindromi funzionali somatiche

I soggetti affetti da sindromi funzionali somatiche sono assidui frequentatori degli studi di medicina generale e risultano difficili da gestire. Di fronte a tali pazienti è sempre opportuno procedere a un'accurata diagnosi differenziale e solo dopo l'esclusione di patologie organiche centrare l'intervento terapeutico sul sintomo

Uno degli aspetti interessanti della medicina attuale è la riscoperta dell'importanza dei fattori psicologici sia nel contesto di una patologia organica sia quale espressione indipendente di sofferenza psichica, spesso espressa in termini di somatizzazione.

Tale approccio appare come un definitivo superamento del dualismo mente-corpo, proponendo una visione multidimensionale o biopsicosociale della malattia. In questo modo nella pratica clinica diventa centrale l'interesse per il paziente, la sua storia e le sue relazioni, il suo modo di essere e il suo modo di reagire agli eventi della vita.

Il paziente viene coinvolto maggiormente nei percorsi diagnostico-terapeutici, viene responsabilizzato e aiutato ad assumere nei confronti della malattia - sia somatica sia psichica - un atteggiamento (coping) attivo e collaborativo rispetto alla gestione stessa della malattia. Questo è l'aspetto centrale del management delle sindromi funzionali somatiche (SFS), laddove è ampiamente dimostrato come la componente iatrogena, responsabile della strutturazione e cronicizzazione di questi disturbi, sia spesso la conseguenza di una relazione insoddisfacente tra medico e paziente e di una mancanza di responsabilizzazione del paziente rispetto alla sintomatologia.

■ Manifestazioni cliniche

Dal punto di vista clinico le sindromi funzionali somatiche si manifestano in modo variabile sia per la tipologia dei sintomi sia per la loro persistenza o variabilità, potendo lo stesso soggetto manifestare lungo

l'arco della vita una molteplicità estremamente variabile di sintomi. Ciò rende anche difficile la possibilità di classificare in modo omogeneo le principali sindromi funzionali somatiche ed è noto come la nosografia di questi disturbi non sia soddisfacente per il clinico.

Il dolore, nella molteplicità delle sue possibili manifestazioni in termini di intensità e di localizzazione, rappresenta una delle principali possibilità con cui si manifesta una SFS, così come l'astenia, il senso di affaticamento o la presenza di disturbi funzionali, la cui caratteristica principale è costituita da un'alterazione del funzionamento dell'organo interessato.

Le sindromi funzionali somatiche sono ubiquitarie, pur manifestandosi in modo diverso in rapporto al contesto culturale, costituiscono un vero problema sociale, sono difficili da diagnosticare e trattare, comportano una riduzione della qualità della vita, una compromissione delle capacità relazionali e lavorative del soggetto, rappresentano un costo notevole per la società, oltre che essere responsabili di un alto utilizzo del sistema sanitario. Gli "alti utilizzatori" rappresentano il 5-10% della popolazione generale e sono responsabili del 20-40% delle prestazioni sanitarie erogate.

I soggetti affetti da sindromi funzionali somatiche sono infatti assidui frequentatori degli studi di medicina generale e risultano difficili da gestire; seguono a modo proprio il programma terapeutico, non si rassicurano nonostante i consigli, consultano più medici contemporaneamente, chiedono di sottoporsi a numerose e svariate indagini clinico-strumentali

e ritornano con un'insolita e immotivata frequenza presso lo studio.

L'apparato gastroenterico è quello più colpito dai processi di somatizzazione. La tipologia della sintomatologia può in alcuni casi condizionare la vita di questi pazienti che mettono in essere condotte di evitamento, come nel caso di una mia paziente di 27 anni, che evitava sistematicamente di uscire di casa temendo una forte riacutizzazione della sintomatologia dolorosa addominale con tenesmo rettale che da alcuni mesi era comparsa e a cui non si riusciva a dare una spiegazione plausibile, nonostante fosse stata esclusa la presenza di una patologia organica.

Altra patologia di frequente riscontro è la sindrome da stanchezza cronica, caratterizzata dalla presenza di una stanchezza invalidante, persistente e inspiegabile, che si presenta in modo spontaneo o dopo sforzi anche minimi; ad essa si accompagnano spesso altri disturbi aspecifici quali cefalea, mialgia, atralgia, deficit di concentrazione, disturbi del sonno.

Altrettanto fastidiosa è la fibromialgia, sindrome caratterizzata da dolore diffuso, non articolare, che coinvolge prevalentemente l'apparato muscolo-scheletrico ("avere dolore dalla testa ai piedi"). È la causa più frequente di dolore muscolare cronico nella popolazione generale e si associa spesso a stanchezza persistente, a rigidità generalizzata e ad altri disturbi funzionali (palpitazioni, tremore, ecc).

Anche l'apparato cardiovascolare è frequentemente oggetto di processi di somatizzazioni e più in generale è possibile affermare che nessun appa-

rato od organo ne risulta esente. Ciò che conta ai fini diagnostici è la peculiare attenzione che va rivolta alla diagnosi differenziale, considerando che la sindrome funzionale somatica rimane una diagnosi di esclusione, ovvero da prendere in considerazione dopo avere escluso la presenza di una patologia organica, o che la sintomatologia possa essere secondaria all'uso di sostanze d'abuso (come l'alcol) o medicamentose.

Tale regola vale anche per quei pazienti che inevitabilmente vengono etichettati come "vecchie conoscenze", quei pazienti cioè conosciuti per la loro propensione alla somatizzazione; può infatti accadere che processi organici possano insorgere all'improvviso e in modo insidioso ed essere sottostimati, come nel caso di un altro mio paziente, che da anni soffriva di una sindrome vertiginosa a cui non è stato diagnosticato in tempo utile la presenza di un voluminoso meningioma, nono-

stante negli ultimi mesi si fosse rivolto al medico per le solite vertigini, descritte ultimamente come "più insistenti e fastidiose".

■ Associazione con disturbi ansioso-depressivi

La SFS colpisce più frequentemente le donne e si associa in una rilevante percentuale dei casi a disturbi dello spettro ansioso-depressivo; è tuttavia importante rilevare come la stessa somatizzazione possa essere considerata in molti casi l'espressione di un disturbo depressivo o ansioso a prevalente espressività somatica (depressione o ansia mascherata).

Tale possibilità è legata essenzialmente all'alexitimia, modalità espressiva di una difficoltà di identificare e verbalizzare i vissuti emotivi. Per problematiche psicologiche individuali e relazionali (legate per esempio a esperienze infantili) questi sog-

getti presentano difficoltà a riconoscere e gestire le proprie emozioni, quindi anche l'elaborazione di esperienze ansioso-depressive.

Secondo alcuni studi il 19% della popolazione generale presenta tratti alexitimici di personalità; tale incidenza è molto più elevata in medicina generale, costituendo uno dei principali fattori che rende difficoltosa la comunicazione con il paziente.

Piuttosto che sviluppare sintomi nevrotici i soggetti alexitimici, soprattutto in corso di eventi stressanti, sono più propensi a sviluppare disturbi funzionali (somatizzazioni) o turbe comportamentali (assunzione di droghe, alcolici).

In questi soggetti i canali che guidano l'elaborazione psichica sono bloccati, dando luogo a persistenti manifestazioni psicosomatiche (componenti emotive dell'affettività); la loro sofferenza psichica si esprime cioè più facilmente attraverso la sintomatologia fisica piuttosto che psi-

chica (“non sono depresso, ho solo un mal di testa; sto bene psicologicamente, ho solo una stanchezza fisica”).

Questi meccanismi psicologici rendono più difficile l’approccio al paziente con SFS, che difficilmente accetta l’invio allo psichiatra.

■ Approccio e gestione

L’approccio deve pertanto essere cauto e polarizzato inizialmente intorno alla sintomatologia. Non è opportuno trarre conclusioni affrettate (“è solo un po’ di stress”), né essere immediatamente rassicurante (“non si preoccupi, non ci sono problemi”): il paziente potrebbe non capire, sentirsi trascurato e motivato a cambiare medico, nel tentativo di dovere comunque dare una spiegazione plausibile ai suoi disturbi. Si correrebbe così il rischio di rafforzare la convinzione nel paziente che deve fare tutto il possibile per scoprire la vera malattia.

Appare opportuno invece utilizzare un approccio a gradini, in cui oltre che valorizzare l’aspetto empatico della relazione medico-paziente si procede con la richiesta oculata di esami clinico-strumentali e prescrivendo una terapia sintomatica.

È tuttavia importante fin dall’inizio concordare con il paziente periodici controlli clinici, in modo che si possa monitorare il programma terapeutico, anche in ragione del fatto che molti di questi pazienti tendono all’automedicazione e all’abuso di farmaci, come gli analgesici o gli antispastici. Ciò consente di operare scelte gradualmente, di praticare cicli di terapia nei margini di tempo concordati, ma soprattutto rende possibile la stabilizzazione del rapporto di fiducia empatica e la comprensione delle dinamiche psicologiche che sottendono l’espressività clinica del disagio.

In questo modo, per alcuni pazienti sarà anche possibile l’invio allo psichiatra per una gestione più articolata e strutturata delle problematiche psicologiche.

La presenza di disturbi dello spettro ansioso-depressivo può essere gestita con la somministrazione di an-

tidepressivi, oggi ampiamente impiegati con efficacia in tale ambito. Il loro utilizzo deve essere preceduto da un’accurata informazione al paziente, sottolineando soprattutto gli aspetti più strettamente “fisici” dei farmaci. È infatti noto che la compliance a questi farmaci nei pazienti affetti da SFS migliora se associata alla convinzione che essi agiscono in modo efficace sui sintomi fisici, piuttosto che sulla psiche. Non ultimo appare importante in medicina generale appropriarsi di tecniche psicologiche di facile apprendimento capaci di avere un impatto positivo sulle abilità dei pazienti di far fronte (strategie di coping) allo stress derivante sia dalla vita quotidiana sia dalla sintomatologia stessa. In questo modo si aiuta il paziente ad assumere nei confronti della sofferenza un atteggiamento attivo e responsabile (non regressivo e affettivamente dipendente) che facilita l’adesione al trattamento terapeutico e ne condiziona positivamente l’efficacia.

■ Il “tempo” del medico

Il progresso ha rubato all’uomo la dovizia di tempo che egli aveva per comunicare e uno dei problemi del

medico di famiglia è dovuto al fatto che almeno un terzo del tempo è dedicato ai soggetti che presentano sintomi “nevrotici”.

Per tali motivi la dimensione temporale preoccupa non poco il medico che deve mediare tra la mole delle pratiche burocratiche e l’elevato numero di pazienti in carico.

Una recente indagine ha evidenziato che nel 95.5% dei casi una visita dura mediamente meno di 20 minuti (nel 50.4% da 1 a 10 minuti, nel 40.15% da 11 a 20 minuti, nel 2.8% da 21 a 30 minuti e nel 2.17% più di 30 minuti).

Un fattore decisivo per una comunicazione e una relazione efficace è rappresentato dal tempo che il medico può dedicare a un dato paziente. La domanda centrale da porsi è: “Quando diventa necessario dare a un assistito tempi e spazi maggiori?”.

La conoscenza dei principali concetti della psicologia - come l’intelligenza emotiva - consente al medico di sviluppare una migliore capacità di relazionarsi con il paziente nei tempi e nei modi più appropriati.

Se per alcuni pazienti il tempo dedicato deve essere più contenuto, per altri vi deve essere una maggiore disponibilità.

In sintesi

Consigli per il management della sindrome funzionale somatica

- Non sottostimare o svaloriare il sintomo: il paziente può sentirsi incompreso.
- Procedere a un’accurata diagnosi differenziale: molte patologie organiche possono, soprattutto nella fase iniziale, non essere riconosciute.
- Prestare particolare attenzione alla comorbidità fisica: patologie funzionali e patologie organiche possono coesistere.
- Non trascurare la comorbidità psichica: l’ansia e la depressione risultano frequentemente associate alla somatizzazione.
- Evitare di trarre conclusioni affrettate sulla “causa-effetto”: dire a un paziente che il disturbo è legato a conflitti psicologici (per esempio disaccordi coniugali) può non essere opportuno.
- Programmare fin dall’inizio periodici controlli clinici: lasciare il paziente a se stesso vuol dire favorire la cronicizzazione del disturbo.
- Nella fase iniziale del trattamento incentrare l’intervento terapeutico sul sintomo: ignorarlo può dare motivi al paziente per cambiare medico.
- Rafforzare gradualmente il rapporto empatico con il paziente: un rapporto di fiducia si costruisce nel tempo, dando disponibilità e sensibilità.
- Utilizzare gli antidepressivi in presenza di ansia o depressione o qualora si ritenga che la sintomatologia rappresenti un equivalente depressivo o ansioso.
- Avere pazienza e modulare in modo flessibile il rapporto con il paziente: la giusta distanza emotiva favorisce l’empatia.