

Gestione del disturbo somatoforme nel setting della medicina generale

Luca Cimino

Istituto di Psichiatria "P. Ottonello"
Alma Mater Studiorum
Università di Bologna

Il paziente con "sintomi fisici non giustificati" rappresenta una quota importante della popolazione che frequenta gli studi della medicina generale.

Il Mmg rappresenta la figura centrale che può contribuire a identificare e trattare tale tipologia di pazienti, assistendone l'evoluzione e favorendone l'analisi interiore attraverso l'ascolto, l'attenzione e la fiducia, creando quell'alleanza terapeutica necessaria alla guarigione

I disordini psichiatrici sono estremamente comuni in medicina generale, tanto da rappresentare una quota cospicua del carico clinico del medico di famiglia.

Già verso la fine degli anni Cinquanta gli psichiatri inglesi Balint, Kessel e Shepherd cominciarono a osservare la rilevanza della morbilità psichiatrica fra i pazienti affetti agli ambulatori di medicina generale, sottolineando l'importanza della centralità del medico di famiglia quale terapeuta non solo di malattie fisiche, ma anche per la sofferenza di natura psicologico-emozionale.

Una vasta ricerca dell'Organizzazione Mondiale della Sanità condotta nel 1995 comparativamente in 15 paesi di tutti i continenti, ne ha confermato, infatti, l'elevata prevalenza in tutti i Paesi del mondo. Secondo tale ricerca risultava che circa il 24% dei pazienti che si recavano dal medico curante presentava un disturbo psichiatrico diagnosticabile secondo i criteri dell'International Classification of Diseases (ICD), versione 10. Inoltre, il 9% dei pazienti soffriva di un disturbo sottosoglia, definito come presenza di sintomi psichiatrici in almeno due aree diagnostiche senza il raggiungimento della soglia per la diagnosi formale, mentre nel 31% dei pazienti si potevano riscontrare sintomi psichiatrici isolati, poco definibili, ma nel complesso responsabili di una marcata com-

promissione del funzionamento lavorativo e/o delle abituali attività sociali.

Lo studio dell'OMS ha anche indagato la frequenza dei vari disturbi psichiatrici; il più diffuso è risultato essere la depressione, con una prevalenza del 10.4%, seguita dal disturbo di ansia generalizzata (7.9%), dalla neurastenia (5.4%), dall'abuso (3.3%) e dalla dipendenza da alcol (2.7%), dalla sindrome da somatizzazione (2.7%), dalla distimia (2.1%), dal disturbo da attacchi di panico (1.1%), dall'agorafobia (1%) e da altri disturbi meno frequenti; il 9.5% dei casi risultava interessato da due o più disturbi psichiatrici.

In Italia soltanto dai primi anni Ottanta sono stati intrapresi una serie di studi allo scopo di indagare la prevalenza dei disturbi psichiatrici nel contesto della medicina generale. Si stima che circa il 30% della popolazione afferente agli ambulatori di medicina generale in Italia, il 34%, soffra di qualche disturbo psichiatrico; secondo dati relativi all'area di Verona raccolti nel 1995, il 12.4% dei pazienti presentava un disturbo psichiatrico diagnosticabile secondo i criteri dell'ICD-10. Considerando anche le manifestazioni sottosoglia tale percentuale aumentava al 23%; inoltre, il 5.6% dei pazienti presentava sintomi psicopatologici indipendentemente da qualunque criterio nosografico. A Bologna è stato condotto uno studio in collabo-

razione con 30 medici di medicina generale (che ha evidenziato un valore di prevalenza dei disturbi psichiatrici pari al 12.4%, mentre i "disturbi psichiatrici sottosoglia", ovvero quei disturbi che, pur non raggiungendo pienamente la soglia per la diagnosi formale secondo i criteri diagnostici dell'ICD o del DSM, sono tuttavia forieri di importante sofferenza soggettiva e disabilità, sono stati osservati nel 18% dei pazienti.

I risultati della ricerca epidemiologica individuano la depressione, i disturbi d'ansia generalizzata e gli attacchi di panico fra le sindromi cliniche più frequenti nel contesto della medicina generale.

Prevalenza in medicina generale

In realtà questi dati debbono tenere conto di un sostanziale sotto-riconoscimento da parte dei medici di medicina generale rispetto ad altri quadri clinici caratterizzati da una presentazione sintomatica meno tipica.

Tale fenomeno è legato a varie componenti: difficoltà legate a un'inadeguata preparazione del medico di medicina generale, difficoltà legate al paziente che spesso presenta il disagio psichico attraverso un linguaggio somatico, presenza di comorbidità fra disordini psichici, difficoltà legate al contesto dell'ambulatorio di medicina generale, in cui l'alto afflusso di pazienti rende difficile l'esecuzione

ne di colloqui clinici accurati, disponibilità di classificazioni diagnostiche inadeguate al setting della medicina generale.

In relazione a quest'ultimo elemento è necessario sottolineare come i sistemi nosografici di riferimento, ovvero il DSM-IV e l'ICD-10, prevedono una specificazione molto dettagliata, ma poco utile nell'ambito della medicina generale, ove si pratica la "patients centered medicine" più che la "diseases centered medicine". Infatti in tale contesto, rispetto a un ambito specialistico, è più frequente la distinzione tra temperamenti emotivi, sofferenza esistenziale, stati di disagio psicologico transitorio e sindromi cliniche conclamate, determinando, di conseguenza, una maggiore importanza dell'"illness-vissuto di malattia", rispetto al "disease" e al concetto di multiassialità.

Questi fattori sono alla base di una discrepanza che si evidenzia esaminando i dati emersi dagli studi epidemiologici rispetto alle esperienze cliniche in relazione alla prevalenza dei disturbi somatoformi in medicina generale. Per esempio lo studio dell'OMS citato riscontra questo disturbo nel 2.7% dei pazienti, una proporzione esigua se confrontata con la prevalenza della depressione al 10.4% e del disturbo di ansia generalizzato al 7.9%.

La progressiva consapevolezza della peculiarità del setting della medicina generale, assieme a un "irrobustimento" delle competenze psichiatriche dei Mmg, ha portato a una progressivo cambiamento della prevalenza delle patologie psichiche in questo contesto, rispetto a quanto emerso dai dati OMS del 1995.

Numerosi studi in tal senso, infatti, dimostrano come i disturbi somatoformi, in particolare il disturbo somatoforme indifferenziato, risultano essere i disturbi psichiatrici con maggiore frequenza in medicina generale, con una prevalenza del 16.1%, rispetto a una prevalenza del 4% dell'ansia e del 5.5% della depressione.

Vari studi hanno evidenziato come esista un'alta comorbidità fra disturbi somatoformi e disturbi d'ansia e/o depressione con ripercussioni negative sulla funzione sociale, lavorativa e nei rapporti familiari.

Pur risultando che la maggior parte dei pazienti soffre di un disturbo somatoforme senza ansia e/o depressione, tuttavia la frequente comorbidità fra tali patologie presenta importanti implicazioni in riferimento sia alla diagnosi sia al loro trattamento. Non è raro infatti che, in particolar modo nel contesto della medicina generale, forme depressive attenuate (depressioni sottosoglia) tendano a manifestarsi prevalentemente con lamentele fisiche multiple (sintomatologia algica, affaticabilità, insonnia, vertigini, turbe gastrointestinali, ecc), con la conseguenza che la richiesta di intervento medico da parte del paziente sia legata principalmente a sintomi afferenti alla sfera somatica (depressione mascherata); inoltre circa la metà dei pazienti con ansia o/e depressione lamenta anche una sintomatologia fisica.

Tali elementi evidenziano la difficoltà di diagnosticare con precisione un disturbo somatoforme, particolarmente quello "indifferenziato", da un disturbo dell'umore e/

ansioso associato a sintomi fisici, considerando anche la frequente comorbidità fra tali patologie. Inoltre i pazienti con un disturbo somatoforme tendono ad attribuire i loro sintomi a disordini fisici e la proposta di trattare tale corteo sintomatologico con un intervento sulla sfera psicologica non sempre viene accettato.

Tutti questi elementi concorrono a determinare una sottostima della prevalenza dei disturbi somatoformi in medicina generale negli studi epidemiologici, rispetto alla loro reale prevalenza nell'attività clinica quotidiana.

Diagnosi di disturbo somatoforme

Nel DSM IV-TR i disturbi somatoformi corrispondono a sette sindromi nosografiche autonome, la cui classificazione si discosta in parte da quella proposta dall'ICD-10 (tabella 1), accomunate dalla presenza di sintomi fisici in assenza di reperti organici dimostrabili o di meccanismi fisiopatologici noti, non prodotte intenzionalmente e alla base delle quali risiedono, con molta probabilità, conflitti psicologici e disagi mentali.

Numerose critiche sono giunte da vari autori riguardo la creazione di questa categoria, che ha imposto una schematica separazione da

Tabella 1

Disturbi somatoformi nel DSM IV-TR e nell'ICD-10

DSM IV-TR	ICD-10
Disturbo di somatizzazione	Sindrome da somatizzazione
Disturbo somatoforme indifferenziato	Sindrome somatoforme indifferenziata
Disturbo somatoforme NAS	Sindrome somatoforme non specificata
Ipocondria	Sindrome ipocondriaca
Disturbo algico	Sindrome somatoforme da dolore persistente
Disturbo da dimorfismo corporeo*	Disfunzione vegetativa somatoforme*
Disturbo di conversione	Neurastenia*
	Sindromi dissociative (da conversione)**

* Non corrispondenza tra ICD e DSM

** Incluso in un capitolo diverso

altri quadri clinici di frequente riscontro e strettamente connessi fra di loro con frammentazione della tradizionale patologia psicosomatica e notevole confusione concettuale, tanto da giungere a proporre l'abolizione della diagnosi di disturbo somatoforme, con l'uso di una terminologia che eviti assunti eziologici e sia accettabile e meno stigmatizzante per il paziente.

Kroenke et al, per esempio, hanno proposto l'utilizzo dell'espressione "disturbo multisomatoforme", definito da tre o più sintomi somatoformi presenti simultaneamente per una durata di almeno due anni.

Rief e Hiller propongono invece di utilizzare il termine di "disturbo somatoforme specifico" qualora sia presente un solo sintomo fisico in assenza di reperti organici o meccanismi fisiopatologici noti, purché questo causi un sostanziale deterioramento nella vita del soggetto.

Più utile, all'interno del setting della medicina generale è denominare i sintomi somatici senza alcuna spiegazione medica come *medically unexplained symptoms* (MUS) e classificarli in base ai sintomi che possono essere acuti o cronici e più o meno numerosi (disturbi oligosintomatici e multisintomatici).

A tale proposito, proprio per rispondere alle esigenze della medicina generale, al suo particolare setting di intervento, nonché alla necessità di sistematizzare le conoscenze proprie di questo settore medico con quelle di altre branche specialistiche (nello specifico la psichiatria), al fine di permettere una collaborazione sempre più proficua fra Mmg e psichiatri in risposta ai bisogni crescenti di salute mentale dei propri assistiti, è stata elaborata una versione specifica del DSM IV-TR per la medicina generale: il DSM IV-TR MG.

In esso il termine "sintomi fisici non giustificati", sostituendo il corrispettivo termine usato nel DSM IV-TR di "disturbi somatoformi", è utilizzato come definizione

sintetica per descrivere una situazione in cui sono presenti sintomi che suggeriscono una condizione medica generale, ma da quest'ultima non sono pienamente giustificati.

In particolare viene proposto un algoritmo decisionale nel quale sono presentati per primi quei disturbi che sono correlati a condizioni mediche generali, all'uso di sostanze, o ad altri disturbi mentali. I disturbi con un solo sintomo o una singola preoccupazione (disturbo di conversione, disturbo algico, ipocondria e disturbo di dismorfismo corporeo) vengono presentati successivamente, seguiti da disturbi che si manifestano con sintomi molteplici non completamente giustificati da una condizione medica generale (disturbo somatoforme indifferenziato e il meno comune disturbo di somatizzazione). La simulazione e il disturbo fittizio vengono presentati verso la fine dell'algoritmo, dal momento che la produzione intenzionale di sintomi è rara nel setting della medicina generale (tabella 2).

► Quadri clinici più frequenti

Nella pratica quotidiana i quadri clinici che più frequentemente si presentano al Mmg si caratterizzano per:

- dolore persistente: sintomi dolorosi di solito monodistrettuali, mal localizzabili e con decorso caratterizzato da momenti di relativo benessere e da fasi di riesacerbazione (per esempio cefalea, cervicalgia, lombalgia, dolore addominale, eccetera);
- forme monosintomatiche che coinvolgono principalmente un apparato (per esempio disequilibrio, nausea, gastralgia, eccetera);
- forme multisintomatiche che coinvolgono diversi apparati;
- disturbo ipocondriaco: convinzione di avere una grave malattia fisica basata sull'erronea interpretazione di sintomi somatici da parte del soggetto che pone un'attenzione esagerata alle proprie funzioni fisiologiche.

Il paziente affetto da disturbo somatoforme tende a presentare con partecipazione emotiva la propria sofferenza fisica; in genere ha una lunga storia di visite mediche ed esami diagnostici effettuati in precedenza che mostra immediatamente, raccontando con dovizia di particolari la propria storia di malattia a cui "nessuno riesce a porre rimedio".

Possono pertanto esserci anche altre modalità di presentazione che, per così dire, si collocano agli estremi opposti; mentre, per esempio, il paziente con tratti Alessitimi tenderà ad assumere durante il colloquio una postura rigida e ad utilizzare un eloquio povero, piatto, monotono caratterizzato da lunghe pause e silenzi (*relation blanche*), al contrario il paziente con sintomi di conversione presenterà la propria sintomatologia in modo teatrale e drammatico, utilizzando un eloquio ricco e fantasmatico.

■ Gestione del paziente con sintomi somatici funzionali

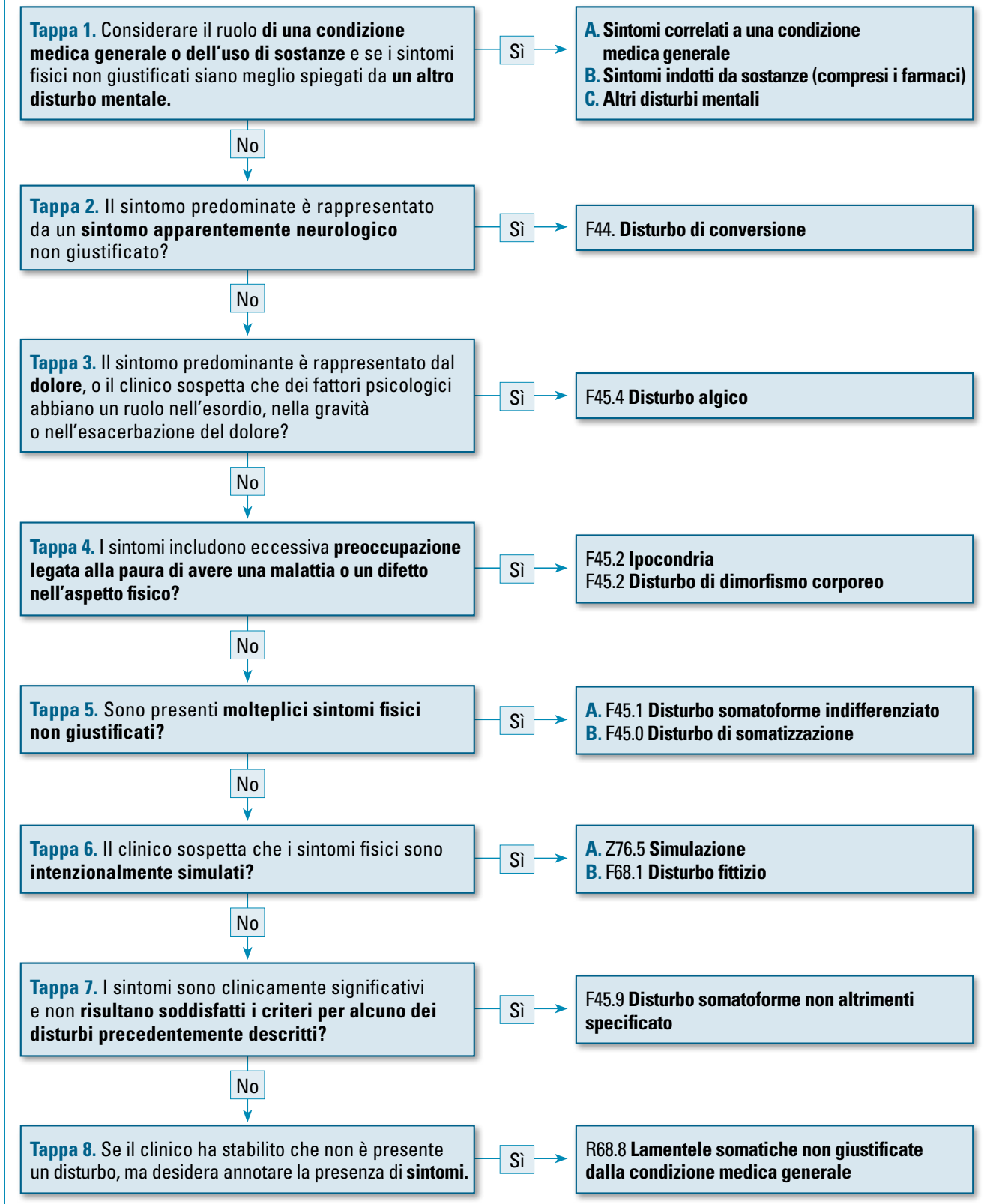
Il paziente con somatizzazioni dovrebbe essere trattato dal medico di medicina generale, riservando allo psichiatra il ruolo di consulente.

Il Mmg dovrebbe condividere con il paziente l'attenzione per i sintomi fisici, eseguendo un'accurata anamnesi e l'esame obiettivo, non solo per escludere cause organiche, ma per mostrare partecipazione empatica nei confronti delle preoccupazioni del paziente, consentendo, in tal modo, di creare quel *rapport* (rapporto empatico positivo) che rappresenta il fondamento di un'efficace relazione terapeutica.

Sebbene alcune condizioni mediche, per esempio la sclerosi multipla, il lupus eritematoso sistemico, patologie tumorali occulte, patologie tiroidee, ecc, possano, nella prima fase del loro decorso, produrre sintomi molteplici e confusivi, la maggior parte delle condizioni mediche generali sono in-

Tabella 2

Algoritmo dei sintomi fisici non giustificati (DSM-IV-TR MG - per la medicina generale)



quadrabili dopo un'accurata anamnesi, un completo esame obiettivo e il ricorso a specifici test di laboratorio.

Frequenti in medicina generale risultano essere anche quelle condizioni "limite" caratterizzate quasi esclusivamente da sintomi autoriferiti, quali la sindrome del colon irritabile, la cefalea muscolo-tensiva, la fibromialgia, la sindrome dell'articolazione temporo-mandibolare, il dolore toracico atipico, ecc, che il medico dovrà tenere in considerazione nella diagnosi differenziale con i disturbi somatoformi propriamente detti.

► *Prima fase: pre-trattamento*

Il primo step (fase di pre-trattamento) è rappresentato dalla psicoeducazione, ovvero spiegare in maniera semplice e comprensibile al paziente natura e significato dei suoi disturbi e la correlazione con eventuali fattori stressogeni, rassicurandolo che non ci sono patologie fisiche alla base della sua sofferenza e che non sono necessarie ulteriori indagini diagnostiche.

Estremamente importante in questa fase è offrire comprensione empatica e sostegno al paziente, non contrapponendosi alle sue convinzioni, seppure distorte, ma "accompagnandolo", attraverso una sorta di "dialettica socratica" alla comprensione della reale natura e portata della sua malattia, offrendogli conforto e rassicurazione, onde evitare di rafforzare in lui l'impressione di non essere capito e di spingerlo, in tal modo, a chiedere nuove consulenze.

► *Seconda fase: piano di intervento*

La fase successiva (II step) consiste nel formulare un piano di intervento assieme al paziente comprendente regolari visite, onde rivalutare l'andamento temporale dei sintomi e mantenere e rafforzare il supporto psicologico, elemento, quest'ultimo, fondamentale per mantenere l'alleanza terapeutica e intensificare nel paziente la sensazione di essere compreso nella sua sofferenza.

Il supporto psicologico, attuabile in un setting di medicina generale, non deve caratterizzarsi per l'utilizzo di tecniche e procedure specifiche, ma basarsi essenzialmente su un modello di interazione paziente/terapeuta incentrato sulla disponibilità all'ascolto, sulla congruenza, sulla credibilità e fiducia che costituiscono i fondamenti per costruire e mantenere l'alleanza terapeutica, riconoscendo e rispettando i bisogni, le paure, le prospettive, i punti di forza e le debolezze del paziente, stimolando quella consapevolezza e crescita psicologica, attraverso lo sviluppo di autostima e autonomia nell'affrontare i sintomi, che costituiscono la base del cambiamento stesso.

In alcuni casi selezionati può essere utile anche il ricorso alla terapia farmacologica, soprattutto in presenza di comorbidità con sintomi depressivi e/o ansiosi. In tal caso si ricorrerà preferenzialmente all'uso di antidepressivi, impiegando in prima battuta gli inibitori della ricaptazione della serotonina e noradrenalina (SNRI) (venlafaxina, duloxetine) o gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) (sertralina, paroxetina, citalopram, escitalopram, fluoxetine, fluvoxamina). In alcuni casi può risultare utile l'impiego di antipsicotici della classe delle benzamidi (amisulpiride, sulpiride) a basso dosaggio e, soprattutto in presenza di sintomi ansiosi, sedativi a basse dosi, la cui somministrazione deve tuttavia essere limitata a brevi periodi.

La terapia farmacologica deve poi essere rivalutata periodicamente, in rapporto al modificarsi del quadro clinico, utilizzando bassi dosaggi, onde evitare l'insorgenza di effetti collaterali, particolarmente frequenti in questa tipologia di pazienti.

Merita infine ricordare, anche per la possibilità di utilizzare tali approcci nel setting proprio della medicina generale, i risultati favorevoli riportati da alcuni autori nel trattare questa tipologia di disturbi tramite l'impiego di tecniche di

rilassamento corporeo e/o l'utilizzo dell'ipnosi, quest'ultima, in particolare, finalizzata ad aumentare nel paziente la capacità di controllo e di gestione dello stress emotivo.

■ **Conclusioni**

I sintomi fisici costituiscono la motivazione di più della metà di tutte le visite ambulatoriali e almeno nel 25% dei casi di essi, manca un'adeguata giustificazione medica generale.

I cosiddetti "sintomi fisici non giustificati" rappresentano la patologia psichiatrica prevalente in medicina generale; infatti almeno un paziente su sei che si rivolge al medico di medicina generale presenta tale patologia.

Le richieste spesso non esplicite di tali pazienti, assieme all'alta comorbidità esistente fra disturbi d'ansia e/o depressione, disturbi organici, e disturbi somatoformi, impongono al Mmg un notevole impegno sia sotto il profilo clinico, sia di tempo, anche per la tendenza di tali pazienti a instaurare con il medico curante un rapporto di lunga durata, che spesso non arriva mai a focalizzare il vero problema.

Nonostante tali difficoltà, il Mmg rappresenta la figura medica unificante che, in virtù della continuità di cura e della sua formazione "trasversale", può contribuire, prestando attenzione e capacità di ascolto alla narrazione storica-personale del paziente, a valorizzare il "sintomo fisico funzionale" quale guida emotiva e neurofisiologica per l'"esplorazione" dello stato di salute globale dell'individuo.

In tal modo la presenza di un disturbo, che a prima vista potrebbe risultare "indeterminato", attraverso non solamente l'identificazione, ma anche e soprattutto la comprensione del sintomo, consentirà di instaurare quell'alleanza terapeutica necessaria a intendere il significato di un "sintomo singolare", aprendo così la strada alla guarigione del paziente.

BIBLIOGRAFIA

- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. Psychiatric comorbidity in DSM III-R hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry* 1992; 49: 101-8.
- Benincasa F, Cataldi G. Il paziente con sintomi funzionali. In: *Medicina Generale*. UTET, Torino, 2003.
- Bellantuono C, Balestrieri M, Ruggeri M, Tansella M. I disturbi psichici nella medicina generale. Il Pensiero Scientifico Editore, Milano 1992.
- Berardi D, Berti Ceroni F, Leggeri Ret al. Mental, physical and functional status in primary care attenders. *Int J Psych Med* 1999; 29: 133-48.
- Castel A, Pérez M, Sala J et al. Effect of hypnotic suggestion on fibromyalgic pain: comparison between hypnosis and relaxation. *Eur J Pain* 2007; 11 : 463-8.
- De Wall MiWM, Arnold IA, Eekhof AH, Van Hemert AM. Somatoform disorders in general practice. Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 470-6.
- DSM IV-TR MG. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali per la medicina generale. Masson, Milano, 2003.
- Elkins G, Jensen MP, Patterson DR. Hypnotherapy for the management of chronic pain. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55: 275-87.
- Escobar JI, Gara M, Silver RC et al. Somatisation disorder in primary care. *Br J Psychiatry* 1998; 173: 262-6.
- Fink P, Sorensen L, Engberg M et al. Somatization in primary care: prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 1999; 40: 330-8.
- Kroenke K, Spitzer RL, deGruy FV et al. Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 352-88.
- Ormel J, Von Korff M Üstün TB et al. Common mental disorders and disability across cultures. Results from the WHO Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care. *JAMA* 1994; 272: 1741-8.
- Maier W, Falkai P. The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety disorders and somatic diseases. *Int Clin Psychopharmacol* 1999; 14: 51-6.
- Mariani C. Medicina generale e psichiatria. *Dimensione SNAMI* 2004; 37: 16-18.
- Menchetti M, Succu M, Berardi D. Psichiatria e medicina generale. In: Balestrieri M et al. *Manuale di psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
- Néron S, Stephenson R. Effectiveness of hypnotherapy with cancer patients' trajectory: emesis, acute pain, and analgesia and anxiolysis in procedures. *Int J Clin Exp Hypn* 2007; 55: 336-54.
- Parma E, Bandiera L. Epidemiologia del disagio psichico in medicina di base. *The Practitioner* 1989; 121: 47-55.
- Piccinelli M, Pini S et al. Lo studio internazionale multicentrico dell'OMS sui disturbi psichici nella medicina generale: risultati relativi all'area di Verona. *Epidemiologia e psichiatria sociale* 1995; 4: 27-50.
- Rieff W, Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics* 2003; 44: 492-98.
- Rigatelli M, Ferrari S, Galeazzi GM. Il problema diagnostico nei disturbi somatoformi. Atti del IX Congresso SIPC, Milano, 25-27 novembre 2004. *Psichiatria di Consultazione* 2005; VIII: 252-6.
- Rigatelli M, Ferrari S, Giubbarelli C. I disturbi somatoformi. In: Balestrieri M et al. *Manuale di psichiatria*. Il Pensiero Scientifico Editore, Roma, 2007.
- Scharpe M, Mayou R. Somatoform disorders: a help or hindrance to good patients care? *Br J Psychiatry* 2004; 184: 465-67.
- Smith RC, Gardiner JC, Lyles JS et al. Exploration of DSM-IV criteria in primary care patients with medically unexplained symptoms. *Psychosom Med* 2005; 67: 123-29.
- Üstün TB, Goldberg DP et al. New classification for mental disorders with management guidelines for use in primary care. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 211-215.