

BJPsych



Advances

Continuing professional development in psychiatry

Italian translation of:

Severe and enduring somatoform disorders: recognition and management

Christopher Bass and Steve Pearce

BJPsych Advances, 2016, 22, 87–96.

doi: 10.1192/apt.bp.115.014589

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to permissions@rcpsych.ac.uk

© The Royal College of Psychiatrists 2016

Disturbi somatoformi gravi e persistenti: diagnosi e trattamento

Christopher Bass e Steve Pearce

ARTICOLO

RIASSUNTO

I pazienti affetti da disturbi somatoformi gravi e persistenti (SESD: severe and enduring somatoform disorders) presentano caratteristicamente sintomi somatici multipli, ricorrenti, che si modificano frequentemente nel tempo e la cui insorgenza risale di solito ad un periodo di diversi anni antecedente rispetto all'invio a uno specialista psichiatra/psicologo. Molti di questi pazienti presentano alti livelli di disabilità e riferiscono una lunga storia di accessi ai servizi di cure primarie e terziarie, durante la quale si sono sottoposti a svariati esami diagnostici non dirimenti. I SESD sono causa di ingenti spese sanitarie e rappresentano la terza causa più comune di assenza dal luogo di lavoro. Il riconoscimento dei pazienti con SESD richiede competenze specifiche da parte degli specialisti psichiatri, con particolare attenzione alla collaborazione interdisciplinare e ai possibili rischi iatrogeni. In questo articolo vengono descritte le difficoltà che si incontrano nel riconoscimento di questi pazienti, i metodi utilizzati per la diagnosi e il trattamento, e i vari percorsi terapeutici che meglio si adattano a questa patologia così diffusa ma ancora poco conosciuta.

OBIETTIVI FORMATIVI

- Imparare a identificare i pazienti affetti da SESD, riconoscendo il ruolo chiave della time-line della storia clinica del malato
- Imparare a valutare lo stato psichico e fisico del paziente con SESD e identificare i fattori di rischio di una possibile cronicizzazione
- Imparare a sviluppare un programma di trattamento del paziente, con cognizione delle molteplici risorse disponibili

CONFLITTI DI INTERESSE

Nessuno

BOX 1 Definizione dei disturbi somatoformi

L'ICD 10 definisce i disturbi somatoformi come caratterizzati dalla "comparsa ripetuta di sintomi somatici negli anni, insieme a continue richieste di indagini mediche, malgrado ripetuti esami negativi e rassicurazioni da parte dei medici che i sintomi non hanno una base organica" (WHO 1992). Secondo il DSM-5 i sintomi possono essere associati o meno a un'altra condizione medica concomitante (American Psychiatric Association 2013).

trascurata, quella dei "disturbi somatoformi gravi e persistenti" (severe and enduring somatoform disorders, SESD) (Box 1), categoria generalmente incontrata nei servizi di cure primarie o internistici e associata a ingenti costi sanitari (Anderson 2013). Questi pazienti presentano sintomi somatici multipli e duraturi (ai fini di questa revisione si considera un periodo maggiore o uguale a 5 anni), non riconducibili a una rilevante patologia organica, sebbene possano presentare in concomitanza altre patologie mediche (box 2 e 3^a)

BOX 2 Disturbi somatoformi e disabilità

Un uomo di 50 anni viene inviato dal medico del lavoro a un centro di salute mentale, per la presenza di sintomi quali attacchi di panico, dolori addominali e tremori a entrambi gli arti superiori. Il paziente riferisce difficoltà a svolgere la propria mansione di giardiniere, in quanto convinto che il datore di lavoro lo critichi alle spalle. Si sente angosciato a causa della propria condizione fisica e i tremori agli arti superiori non gli permettono di utilizzare al meglio gli strumenti di lavoro. Dalla documentazione clinica si rileva una lunga storia di sintomi fisici ricorrenti, caratterizzata da fatica, tremori, dolori addominali e facciali, che si erano presentati in periodi di vita stressanti e che avevano causato problematiche relazionali in ambito lavorativo. Emerge un precedente contatto con un servizio psichiatrico, avvenuto in giovane età (quando aveva circa 20 anni), che aveva portato alla diagnosi di tratti di personalità dipendenti, paranoide ed evitanti; il paziente era stato trattato con una terapia farmacologica e psicoterapia di coppia. I sintomi somatici, presenti fin dall'adolescenza, avevano condotto ad un significativo ricorso a risorse sanitarie e a numerose assenze dal lavoro per malattia.

Christopher Bass è Consultant Psychiatrist in Psichiatria di consultazione al John Radcliffe Hospital di Oxford. **Steve Pearce** è Consultant Psychiatrist all'Oxford Health Complex Needs Service. **Corrispondenza** Dr Christopher Bass, Department of Psychological Medicine, John Radcliffe Hospital, Oxford OX3 9DU, UK. Email: christopher.bass@oxfordhealth.nhs.uk

[†]Titolo originale: 'Severe and enduring somatoform disorders: recognition and management', *BJPsych Advances*, 2016, 22, 87–96. Traduzione della Dr.ssa Serena Saraceni e del Dr. Giacomo Galli, Medici in Formazione Specialistica in Psichiatria, Università di Modena e Reggio Emilia. © The Royal College of Psychiatrists.

a. I dettagli delle storie cliniche presentate sono stati modificati per proteggere la privacy dei pazienti.

In un precedente articolo pubblicato su *BJPsych Advances*, è stata introdotta da Robinson (2014) la categoria di disturbo dell'alimentazione grave e persistente (severe and enduring eating disorder, SEED) per descrivere quei pazienti affetti da un grave disturbo dell'alimentazione, tale da richiedere una costante assistenza da parte di un team multidisciplinare. Nel nostro articolo viene descritta un'altra categoria di pazienti solitamente

BOX 3 Concomitanza di una malattia fisica cronica e di un disturbo somatoforme

Un uomo di 45 anni, affetto da un'artrite reumatoide di grado medio con markers infiammatori negativi, presenta un insieme di sintomi somatici non correlati all'apparato osteo-articolare, quali dolore addominale, cefalea e astenia. Al colloquio appare estremamente introspettivo e preoccupato per il proprio stato di salute, tanto da essersi recato dal proprio medico di base più di 20 volte nell'ultimo anno. Alla scala PHQ-15 ottiene un punteggio di 25/30 e presenta un'elevata disabilità funzionale, tanto da non riuscire a svolgere la propria mansione di bibliotecario. Ha ottenuto la pensione per motivi di salute, con diagnosi di fibromialgia. Il paziente qui descritto soddisfa i criteri diagnostici per un disturbo somatoforme persistente (mai trattato), in concomitanza a un disordine fisico cronico, quale l'artrite reumatoide di grado medio.

Nella frase precedente la parola chiave, su cui focalizzare l'attenzione, è "rilevante" (patologia organica).

Solitamente questi pazienti non sono in carico ai servizi psichiatrici, in quanto non presentano una patologia mentale grave e persistente (severe and enduring mental illness, SEMI) (Department of Health 1999). Tuttavia, è stato più volte osservato che questi pazienti presentano alti livelli di disabilità, confrontabili a quelli riscontrati in pazienti affetti da patologie psichiatriche gravi quali schizofrenia e depressione cronica (Kushwaha 2014; Rask 2015), e richiedono costante assistenza e cura (Krishnan 2013). La categoria dei SESD continua, tuttavia, a essere trascurata dalla comunità psichiatrica e più in generale da quella medica. Le motivazioni di questo, secondo la nostra opinione, vengono riportate nel Box 4.

BOX 4 Perché i SESD sono normalmente ignorati

- Il "muro" che continua a esistere tra i servizi psichiatrici e gli altri servizi medici non è soltanto logistico, ma è un concetto spesso introdotto fin dai primi stadi della formazione medica
- Molti specialisti non sono adeguatamente formati per riconoscere o identificare la coesistenza di disturbi fisici e psichiatrici
- Gli specialisti tendono (per ragioni pratiche) ad adottare un approccio diagnostico trasversale piuttosto che longitudinale/evolutivo (una ragione risiede nel fatto che le moderne documentazioni sui pazienti raramente includono una storia medica completa)
- "L'attribuzione somatica" dei sintomi è spesso una peculiarità di questi pazienti, che tendono a negare le proprie problematiche psicosociali
- I medici generici non sempre riconoscono i segnali d'allarme psicosociali e ciò porta ad evitare i servizi psichiatrici
- Le riviste mediche riportano solo raramente resoconti narrativi delle patologie dei pazienti
- In letteratura esiste una certa confusione sulla classificazione delle sindromi funzionali

Definizioni

Nel DSM-5 il termine "disturbo somatoforme" è stato rimpiazzato da "Disturbo da sintomi somatici" (American Psychiatric Association 2013), che rappresenta una "unificazione delle diagnosi precedentemente elencate" (Dimsdale 2013). In questo articolo viene comunque utilizzata la terminologia precedente, sia perché è quella con cui la maggior parte degli psichiatri e degli altri specialisti è più familiare, sia perché molti dei lavori scientifici qui citati si basano sui criteri del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994). Tra le novità introdotte nel DSM-5 due sono particolarmente degne di nota: in primo luogo, nel DSM-5 si riconosce che i disturbi somatoformi possono essere associati ad altre condizioni mediche e che l'eccessiva correlazione della patologia con "sintomi medici inspiegabili" (medically unexplained symptoms MUS) risulta semplicistica, con l'unica conseguenza di rinforzare il dualismo corpo-mente (Sharpe 2013). In secondo luogo, la caratteristica principale di questi disturbi viene rilevata nella presenza di pensieri, sentimenti e comportamenti fonte di ansia, associati a timori eccessivi e occasionalmente di carattere ossessivo relativi al proprio stato di salute (Rief 2010; Riefel 2013). Queste peculiarità sono principalmente di aspetto psicologico e verranno descritte in seguito.

E' importante notare come, purtroppo, la maggior parte degli specialisti delle discipline a cui afferiscono questi disturbi siano poco pratici con l'utilizzo della nosografia psichiatrica, mentre utilizzano preferibilmente diagnosi quali sindrome da fatica cronica, fibromialgia, sindrome dell'intestino irritabile e dolore pelvico cronico. Gli psichiatri che si occupano di quest'area dovrebbero tenere in considerazione che (a) esiste una considerevole sovrapposizione tra la sintomatologia di tali disturbi, detti funzionali, (Kanaan 2007) e che (b) è stato recentemente stabilito dai reumatologi che la fibromialgia può essere considerato un disturbo dimensionale (Wolfe 2013) che possiede caratteristiche in comune con il disturbo da sintomi somatici (DSM-5). In effetti, il 40% degli individui della popolazione generale con diagnosi di fibromialgia soddisfa i criteri del DSM-5 per un disturbo da sintomi somatici, a dimostrazione della notevole sovrapposizione tra le due patologie.

In questo articolo illustreremo come i SESD siano più diffusi di quanto normalmente ritenuto e come i pazienti affetti da questi disturbi richiedano l'attenzione di specialisti di diversi ambiti, il cui operato dovrebbe essere coordinato e documentato.

Indici di gravità

Non tutti i pazienti affetti da disturbi somatoformi ricadono nella categoria SEMI (severe and enduring mental illness, patologia mentale grave e persistente). In una revisione sistematica del decorso e della prognosi dei pazienti con MUS, veniva rilevato come un 10-30% andasse incontro a deterioramento (olde Hartman 2009). Il punto centrale risiede nell'identificare quei pazienti che svilupperanno sintomi cronici e disabilità.

Risulta difficile riuscire a quantificare la gravità del disturbo, ma possono essere utilizzati, come criteri alternativi, parametri quali l'utilizzo dei servizi medici, l'invalidità funzionale, l'impossibilità dello svolgimento del ruolo lavorativo e le elevate spese sanitarie (Barsky 2005). In un recente follow up di 10 anni, condotto in ambito di cure primarie, Rask *et al* (2015) hanno riscontrato che un quinto dei pazienti affetti da disturbo somatoforme persistente (secondo i criteri del DSM-IV) riceve pensioni di invalidità e presenta un rischio aumentato di assenza dal lavoro per malattia, rispetto ai controlli affetti da una specifica patologia organica. In linea con altri studi, molti dei pazienti presentano patologie croniche ed elevata comorbidità psichiatrica.

Un ulteriore indice di gravità facilmente misurabile è rappresentato dal carico dei sintomi, che può essere documentato tramite la scala PHQ-15 (Kroenke 2002). In uno studio di popolazione (Lee 2015), è stato osservato come sia il carico dei sintomi somatici che l'alto livello di ansia per la propria salute influenzassero la disabilità funzionale e l'utilizzo dei servizi sanitari. Questo suggerisce che la compresenza di specifiche caratteristiche psicologiche (criterio B del disturbo da sintomi somatici secondo il DSM-5) e di sintomi fonte di preoccupazione delinea un gruppo con maggiore disabilità (Tomenson 2013). Di seguito sono elencati ulteriori indici di gravità:

- numero di sintomi somatici e il livello degli stessi - come misurato tramite la scala PHQ-15 (i valori cut-off di 5,10 e 15 rappresentano un livello rispettivamente basso, medio ed elevato) (Kroenke 2002); è importante notare che la somma dei sintomi auto-calcolata dal paziente non dovrebbe essere utilizzata per identificare i pazienti con MUS (Carson 2015);
- l'utilizzo dei servizi sanitari di medicina primaria (per esempio: per sintomi della durata di almeno 3 mesi che conducono a una perdita di funzione) (Aamland 2014);
- uso dei servizi sanitari di secondo livello (ad esempio la quota del 5% dei pazienti con il maggior numero di visite ambulatoriali) (Reid 2002);

- numero di indagini diagnostiche con risultato negativo a cui il paziente si è sottoposto in un periodo di 24 mesi.

Durata della patologia

Uno studio storico sulla persistenza del disturbo è stato condotto per una durata di 8 anni da Fink (1992a), ma nel complesso esistono pochi studi di follow-up su pazienti affetti da SESD. In un precedente studio longitudinale su pazienti che rispettavano i criteri per disturbi somatoformi, tra il 22 e il 53% dei partecipanti presentava ancora il disturbo al follow-up (Jackson 2008; Steinbrecher 2011a). Lo stesso era stato osservato per pazienti affetti da ipocondria (olde Hartman 2009).

È importante che gli specialisti tengano conto della natura cronica remittente dei SESD. Infatti, c'è una crescente evidenza che le cosiddette sindromi somatiche funzionali sono accomunate da un fenotipo polisindromico (Warren 2014) e che i pazienti affetti da disturbi somatoformi spesso presentano una lunga storia di sindromi funzionali quali fibromialgia e intestino irritabile.

Cronicità della patologia

L'individuazione dei fattori prognostici di cronicità della patologia risulta di fondamentale importanza per gli specialisti. Questi fattori sono in linea con gli elementi prognostici di gravità: ci sono evidenze che il numero dei sintomi somatici iniziali, l'alto livello di ansia per la propria salute e la percezione di malattia influenzano il decorso del disturbo (Jackson 2005). Studi recenti, tuttavia, hanno messo in discussione la centralità dell'attribuzione somatica dei sintomi per i disturbi somatoformi. Frostholm *et al* (2015) hanno segnalato l'importanza di effettuare una netta distinzione tra l'attribuzione dei sintomi (che, nell'ambito dei disturbi somatoformi, può variare maggiormente rispetto a quanto precedentemente ritenuto) e le distorsioni cognitive come la catastrofizzazione e la percezione pessimistica della patologia (è stato osservato che questa può predire la disabilità) (Rief 2004, 2007). In disordini quali la sindrome da fatica cronica, la fibromialgia e la sindrome da colpo di frusta cronico, per le quali la percezione soggettiva del paziente può derivare dalla sua organizzazione e dalle ricerche effettuate su internet, è stato dimostrato come il giudizio del soggetto sulla malattia e le aspettative sulla guarigione possano determinare un notevole effetto sull'esito della patologia (Carroll 2011; Petrie 2012).

Questi risultati sono coerenti con l'esperienza clinica, e suggeriscono che (a) il numero di sintomi fisici/livello degli stessi e (b) il giudizio e

TABELLA 1 Disturbi di personalità ipoteticamente associati ai SEDS

Categoria	Ipotesi del processo causale
Antisociale	Lamentare sintomi somatici può rappresentare una forma di simulazione di malattia
Evitante	I sintomi somatici possono originare in parte da emozioni negative non espresse
Borderline	I sintomi somatici riflettono difese primitive che hanno lo scopo di modulare l'ansia; queste difese somatiche possono derivare da avversità o abusi subiti durante l'infanzia
Dipendente	I sintomi somatici inducono comportamenti di accudimento da parte delle persone di riferimento e permettono al paziente di sviluppare una relazione con i caregivers/medici
Istrionico	I sintomi somatici rappresentano comportamenti di richiesta di attenzione o di supporto
Ossessivo-compulsivo	Le ruminazioni mentali possono condurre all'interpretazione di piccoli cambiamenti fisici come gravi sintomi somatici (sovrapposizione con alcuni disturbi dello spettro autistico)

Adattata con il permesso di Bornstein & Gold (2008).

la percezione del paziente della propria patologia sono fattori prognostici chiave di cronicità, come dimostrato dagli scarsi miglioramenti e dagli alti costi sanitari (Frostholtm 2014).

Coesistenza di un disturbo di personalità

Un ulteriore predittore chiave di cronicità è rappresentato dalla coesistenza di un disturbo di personalità (Bornstein 2008) (Tabella 1). E' stato recentemente osservato che i pazienti affetti da disturbo di personalità borderline sono più inclini a percepire dolore e valutano quantitativamente il loro dolore come più elevato rispetto a pazienti affetti da altri disturbi di personalità (Biskin 2014).

I disturbi di personalità sono sotto-diagnosticati nella pratica clinica quotidiana (Tyrer 2015a) e l'accuratezza diagnostica appare molto bassa, in particolare in ambito di medicina primaria. Per ottenere una diagnosi più sofisticata è necessario l'utilizzo di interviste semi-strutturate, idealmente dedicando due o più incontri al paziente e coinvolgendo persone che lo conoscono. I questionari auto-somministrati tendono a mostrare una bassa concordanza con le interviste semi-strutturate (Fossati 1998), per cui non dovrebbero essere utilizzati. Il più diffuso strumento diagnostico è rappresentato dalla SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders) (Gibbon 1997), che richiede un tempo di somministrazione di circa 1-2 ore e si basa sui criteri diagnostici del DSM-IV per i disturbi di personalità, invariati nel DSM-5.

L'intervista semi-strutturata dell'ICD-10 corrispondente alla SCID-II è rappresentata dalla IPDE (International Personality Disorder Examination) (Loranger 1997), leggermente più lunga. Diagnosi effettuate dopo un singolo

incontro, senza evidenza documentata di precedenti difficoltà o comportamenti suggestivi di patologia, o senza informazioni da parte di persone che abbiano conosciuto il paziente a lungo, non possono essere considerate affidabili; ciò può in parte spiegare la riluttanza dei medici a fare diagnosi (Paris 2007).

Le categorie e i criteri diagnostici dei disturbi di personalità cambieranno sostanzialmente con l'ICD-11, il quale introdurrà un approccio a più livelli della disfunzione di personalità. Comprenderà difficoltà di personalità, che riguarderanno presumibilmente la maggior parte della popolazione, a fianco di disturbi di personalità lievi, moderati e gravi, con specifiche riguardanti le aree di disfunzione legate al disturbo (es. con prevalenti emozioni negative, dissociale, anancastico, e ritirato) (Tyrer 2015a).

Sostituzione dei sintomi

Il caso presentato nel Box 5 mostra come nelle situazioni in cui la disabilità funzionale riflette disagi psichici non accettati, anche risultati apparentemente positivi possono condurre a conseguenze psichiatriche imprevedibili. Al contrario, la volontà suicidaria e l'angoscia possono ridursi una volta che la disabilità si sia assestata (Allanson 2002).

Contenziosi

I contenziosi legali possono rappresentare un ulteriore predittore di cronicità. Ci sono evidenze che i pazienti i quali, dopo un incidente stradale, procedono per vie legali al fine di ottenere rimborsi, guariscono più lentamente rispetto a chi subisce simili danni fisici, ma non è coinvolto in cause legali.

Prevalenza: quanti SEDS ci sono?

Si stima che la prevalenza dei disturbi da sintomi somatici nella popolazione generale sia del 5-7%

BOX 5 Sostituzione della sintomatologia

Una donna di mezza età si reca dal neurologo per una paralisi di entrambi gli arti inferiori. In anamnesi presenta una storia di disturbi funzionali. Viene ricoverata per effettuare indagini diagnostiche, le quali risultano negative, per cui si richiede una consulenza psichiatrica. Dopo un breve trattamento psicoterapico associato a fisioterapia, riguadagna l'uso delle gambe. Poco tempo dopo la dimissione inizia a presentare pensieri suicidari e gravi comportamenti autolesivi. Viene ricoverata in un reparto psichiatrico per un periodo prolungato, al fine di contenere il rischio autolesivo. Viene effettuata diagnosi di disturbo di personalità.

(Creed 2011). La stima della prevalenza negli ambienti di cure primarie può variare, visto l'utilizzo di diverse misurazioni e campioni, tuttavia molti studi indicano un valore complessivo del 8–22% (Creed 2011; Steinbrecher 2011b). Il disturbo da dolore somatoforme persistente non viene considerato a parte rispetto al disturbo somatoforme, in quanto l'epidemiologia è simile (Frohlich 2006).

Considerando un pool di pazienti di una clinica neurologica, affetti da un grado grave di MUS, è stato osservato che i 2/3 dei malati presentava una durata di malattia di oltre un anno; questa era associata alla convinzione che non sarebbero guariti, al rifiuto di attribuire i sintomi a cause psicologiche e all'assegnazione di pensioni di invalidità (Sharpe 2010).

Caratteristiche cliniche

In uno studio basato sul Registro Nazionale Danese dei pazienti, Fink (1992a) ha identificato i pazienti che, in un periodo di 8 anni, erano stati ricoverati almeno 10 volte per sintomi fisici senza una causa organica identificata. Ha osservato che l'84% erano donne e i 3/4 di queste avevano meno di 25 anni all'esordio della patologia. Un terzo delle pazienti aveva una storia di ospedalizzazione della durata di più di 20 anni e rendeva conto del 3% delle ospedalizzazioni in ospedali non psichiatrici della popolazione generale. La maggior parte dei pazienti con disturbo somatoforme presenta sintomi cronici e alti livelli di disabilità (Bass 1991) e un'alta proporzione ha un disturbo medico coesistente (Box 2 e 3). I disturbi somatoformi complessi possono essere associati a disturbi medici concomitanti e a disturbi di personalità, e in questi casi la valutazione diagnostica può diventare estremamente difficoltosa (Frankenberg 2004). I fattori che possono allertare il clinico sono elencati nel Box 6.

Caratteristiche psicologiche

Evidenze scientifiche sostengono l'ipotesi che l'inizio del SESD sia associato a trigger fisici (es. trauma muscolare) e psicologici (es. lutto), in grado di dare origine a un'amplificazione della sensazione dolorifica e della sofferenza psicologica (Holliday 2011). Le caratteristiche psicologiche verosimilmente identificabili con quelle del disturbo somatoforme sono elencate nel Box 7.

Disturbo di personalità

Numerosi studi hanno riportato la coesistenza di un disturbo di personalità nei tre quarti circa dei pazienti con disturbo somatoforme. La percentuale più alta si presenta per i disturbi di

BOX 6 Caratteristiche cliniche che possono aiutare il medico nella diagnosi di SESD

- Storia di chirurgia per sindromi dolorose, in particolare per dolori simili (devault 1980);
- Fenotipo polisindromico, ovvero ripetute presentazioni di disturbi funzionali nel corso della vita per 5 anni o più (warren 2013);
- Mancanza di speranza di un miglioramento del dolore (carroll 2011);
- Incapacità di attribuire un sintomo a una causa psicosociale, ovvero uno stile di attribuzione somatico nonostante le evidenze indichino il contrario (frostholm 2014);
- Ricevere una pensione di invalidità (2010);
- Alto livello di ansia riguardo alla salute (lee 2015);
- Alto numero di sintomi somatici o sintomi molto invalidanti (lee 2015);
- Percezione di scarso controllo sui sintomi (petrie 2012);
- Presenza di un disturbo di personalità coesistente (Frankenburg 2004; Bernstein 2008);
- Prolungati contenziosi legali correlati alla sintomatologia (Cassidy 2011).

personalità antisociale, borderline, istrionico e dipendente, ognuno dei quali è stato diagnosticato in una percentuale intorno al 25% dei pazienti con disturbo somatoforme (Bornstein 2008) (Tabella 1). Tayler et al (1990) hanno identificato nel 2,5% dei pazienti psichiatrici caratteristiche stabili di eccessiva preoccupazione per la salvaguardia della propria salute e per sintomi di minima entità, insieme a frequenti visite mediche. Uno studio in follow-up ha anche supportato l'ipotesi che i pazienti con un disturbo di personalità ipocondriaco abbiano una prognosi peggiore (Tyrer 1990).

BOX 7 Caratteristiche psicologiche e comportamentali di probabile importanza nel paziente con SESD

- Ansia di malattia (ovvero ruminazioni riguardo ai sintomi corporei)
- Pensiero catastrofico (es.: "Queste palpitazioni mi stanno provocando dei danni")
- Percezione del proprio corpo come fragile
- Intolleranza riguardo a lievi sintomi fisici
- Astensione da attività che possono causare un aumento della frequenza cardiaca o l'aggravamento delle lamentele fisiche
- Mancato utilizzo di un arto, specialmente se doloroso
- Atteggiamento verso il dolore (es. Uso di sedia a rotelle non prescritto)
- Attribuzione della malattia a cause somatiche nonostante le informazioni mediche smentiscano la causalità (es. Attribuire sintomi multipli e disparati a una causa fisica, come ad esempio a un avvelenamento da piombo, piuttosto che a una situazione lavorativa stressante)

(Rief 2010; Voigt 2013)

BOX 8 Sindromi mediche rare che condividono caratteristiche comuni con SESD

- Disfunzione dello sfintere di Oddi tipo 3 (Abraham 1997)
- Transito lento idiopatico del colon (Dykes 2001)
- Sindrome da ematuria associata a dolore lombare (Vakili 2014)
- Sindrome da dolore regionale complesso tipo 1 (Vranceanu 2011)
- Sindrome di Fowler's (Hoeritzauer 2015)

Problematiche durante la vita infantile

Una vita infantile caratterizzata da abusi e abbandono è stata indicata come un altro possibile fattore di rischio per il frequente ricorso alle cure primarie (Kapur 2004) e ospedaliere ambulatoriali (Fiddler 2004), oltre che per lo sviluppo di un disturbo somatoforme nell'arco della vita (Borsini 2014). Tuttavia, tali condizioni avverse infantili sono un fattore di rischio non solo per i disturbi sopra citati, ma per altre numerose problematiche di natura psichiatrica e fisica (Arnou 2004).

Costi

E' stato ben dimostrato che i pazienti con SESD utilizzano una grande quantità di risorse sanitarie, sia in costi diretti (es. visite ambulatoriali) che indiretti (es. pensionamento precoce e assenze per malattia) (Konnopka 2013). Nel Regno Unito Kinder *et al* (2006) hanno riportato in un articolo il caso di un paziente costato al National

BOX 9 Una paziente polisindromica con sindromi somatiche multiple

Una donna di 37 anni viene visitata in una clinica del dolore per fibromialgia o dolore cronico diffuso. Lamenta la presenza di un dolore diffuso a tutto il corpo, comparso dopo una distorsione al ginocchio sinistro avvenuta due anni prima, che l'avrebbe costretta sulla sedia a rotelle e all'utilizzo di un catetere vescicale. Gli studi sono stati interrotti a causa di un dolore addominale cronico insieme a cefalee; viene riportata una storia di abbandono infantile ed episodi ricorrenti di depressione con autolesionismo. La paziente fin dall'età di 20 anni ha sofferto della sindrome dell'intestino irritabile, dolore all'articolazione temporo-mandibolare e pollachiuria, mentre dall'età di 29 anni ha presentato dispareunia e menorraggia, con conseguente isterectomia. Gli episodi di malattia hanno portato a frequenti assenze da lavoro. Gli esami effettuati (tra cui anche una valutazione della vescica) si sono dimostrati normali. La paziente è stata studiata per la sindrome di Fowler, ha un accompagnamento e riceve una pensione di invalidità.

Health Service (NHS) £209000 nel 2014 (senza considerare altri costi potenziali quali visite in ambito di cure primarie, incidenti e visite ospedaliere in emergenza e servizi ottenuti in altri ospedali). E' stato inoltre mostrato come i pazienti con diagnosi di MUS che fanno riferimento ripetutamente alle cure secondarie incorrono in costi sanitari simili ai pazienti i cui sintomi sono spiegati con un disturbo somatico (Burton 2012a; Andersen 2013).

Iatrogenesi e disturbi somatoformi

I pazienti con disturbo somatoforme sono particolarmente soggetti a sviluppare un danno iatrogeno. Sono presenti numerose spiegazioni per questa tendenza. Una causa è attribuibile al fatto che tali pazienti spesso travisano osservazioni/commenti a proposito dei loro disturbi fisici, cosicché una rassicurazione dal neurologo come "Non abbiamo trovato nulla di patologico nell'esame", viene trasformato nella mente del paziente in: "Non avete cercato abbastanza", oppure "Non avete trovato nulla perché quel giorno non avevo l'emicrania". Questo tipo di interpretazione può poi portare alla ricerca da parte del paziente di ulteriori esami superflui. Un'altra fonte di un danno iatrogeno può derivare dagli effetti collaterali indesiderati dei farmaci (es. derivati morfiniti che provocano costipazione) o dalla classificazione inappropriata dei sintomi, come avviene ad esempio se si attribuisce, senza sufficienti evidenze, il dolore a un arto alla diagnosi di sindrome dolorosa regionale complessa, pianificando un intervento invasivo che esita poi in un'infezione (Kouyanou 1997).

Nella nostra esperienza clinica ci sono alcune sindrome mediche rare che hanno un alto tasso di disturbi funzionali coesistenti con l'uso di oppiacei (spesso con una storia di disturbi medici o psichiatrici non segnalati). Molti di questi pazienti presentano una forte somiglianza con il fenotipo polisindromico descritto da Warren *et al* (2014). Tali pazienti necessitano di essere sottoposti allo screening per i disturbi somatoformi cronici (Box 8).

Il tipo più serio di complicanze iatrogene riguarda gli interventi chirurgici non necessari. Tra le donne con cistite interstiziale o dolore vescicale, il numero di precedenti sindromi funzionali come la fibromialgia o la sindrome del colon irritabile è stato visto essere in forte correlazione con il numero di interventi chirurgici. Questo indica come sia necessaria una certa cautela nel proporre un intervento chirurgico in un paziente con un "fenotipo polisindromico", caratterizzato da ripetute manifestazioni di disturbi funzionali in un lungo periodo di tempo (Warren 2014) (Box 9).

Riconoscimento: metodo di valutazione

Dai risultati delle ricerche effettuate, risulta ormai chiaro come il SESD sia spesso misconosciuto. La ragione principale è che i pazienti spesso effettuano il loro “viaggio della malattia” in setting sanitari non psichiatrici. Un'altra causa è data dal fatto che il colloquio con questi pazienti è pieno di difficoltà. In primo luogo, la documentazione medica non è sempre disponibile durante il colloquio di valutazione; in secondo luogo, le precedenti diagnosi riportate dai pazienti (specialmente quelli con sintomi neurologici) sono spesso inaffidabili, soprattutto se la lista è particolarmente lunga (Schrage 2004); infine, spesso il tempo non è sufficiente per raccogliere tutte le informazioni da terzi.

Registri medici elettronici

La recente introduzione dei registri medici elettronici nell'ambito delle cure primarie si è mostrata promettente; i frequenti utilizzatori dei servizi ambulatoriali possono essere identificati utilizzando questi archivi digitali (den Boeft 2014). Il riconoscimento precoce nelle cure primarie potrebbe permettere al medico di medicina generale (MMG) di impegnarsi pro-attivamente sviluppando un piano di gestione pratico. C'è quindi un urgente bisogno di effettuare più studi utilizzando questa tecnologia.

Documentare una cronologia

Per la natura intrinseca del SESD (Bass 1995) noi raccomandiamo l'adozione di un approccio longitudinale/evolutivo sull'intero arco della vita del paziente. Questo equivale a raccogliere tutte le precedenti informazioni mediche, sia provenienti dai medici operanti nelle cure primarie, che da quelli nelle cure secondarie e di creare una cronologia di eventi come rappresentato ad esempio nella Tabella DS1.

SESD nella formazione dei giovani medici

L'identificazione dei pazienti con SESD dovrebbe essere migliorata tramite la diffusione della conoscenza di questo disturbo durante la formazione medica. Generalmente agli studenti si è soliti insegnare la medicina e la psichiatria come se fossero discipline separate; questo “muro” non riflette la realtà clinica e perpetua la divisione tra mente e corpo che permea il sistema sanitario (Box 4). L'attitudine di insegnamento dei disturbi somatoformi richiede un importante cambiamento e dovrebbe includere un ruolo di entrambi psicologi e MMG, dal momento che è di fondamentale importanza per loro (come per gli specialisti) identificare i pazienti con MUS a uno

stadio precoce di evoluzione del disturbo, prima che insorgano invalidità secondarie.

Problematica nell'età evolutiva

Più di metà delle visite nelle cure primarie pediatriche sono rappresentati da casi di MUS (van Ravesteijn 2009). Uno studio di 161 pazienti con diagnosi di disturbo somatoforme, visitati dalla guardia medica pediatrica, ha rivelato come l'età media fosse di 14,4 anni e il 75% fossero femmine (Bujoreanu 2014). Il sintomo fisico di più frequente riscontro è stato rappresentato dal dolore (58%) e da sintomi neurologici (40%); il 73% dei pazienti presentava una diagnosi medica e due terzi aveva una storia di trattamento psichiatrico. I pazienti pediatrici con un evento traumatico in anamnesi hanno presentato un tasso significativamente più elevato di comorbidità psichiatrica e di genitori con disturbi mentali, insieme a una maggiore frequenza di ricoveri in un reparto di psichiatria (Thomsen 2014). L'associazione tra il comportamento di continue richieste di visite mediche per MUS tra genitori e figli è diventato un recente argomento di indagine (Shraim 2014).

Trattamento

Dove deve essere fatto?

Dedicarsi al MUS è oggi una priorità per il sistema nazionale inglese e le strategie attuali prevedono di distribuire il trattamento tramite il programma di miglioramento all'accesso per le terapie psicologiche (Improving Access to Psychological Therapies – IAPT) (Improving Access to Psychological Therapies 2014). Recente enfasi è stata posta sul luogo dove effettuare le cure. Sono state presentate alcune iniziative come ad esempio ambulatori per la gestione dei sintomi localizzati all'interno del servizio di cure primarie (Burton 2012b, Röhrlich 2014). I pazienti con un disturbo somatoforme possono essere individuati nei contesti delle cure primarie, dove il coinvolgimento del MMG è considerato cruciale. Inoltre, brevi incontri effettuati sia con i MMG che con i pazienti, volti a ottenere un feedback, aiutano a sviluppare un approccio collaborativo sulla gestione del disturbo. Una diagnosi precoce di SESD è importante, dal momento che, una volta che il disturbo si è stabilito, l'esito è peggiore.

Quali trattamenti sono efficaci?

Dal momento che i pazienti con SESD utilizzano le risorse del servizio sanitario in molteplici setting, una discussione chiave a proposito del trattamento del disturbo deve riguardare non soltanto il luogo dove il trattamento viene dispensato, ma anche quale tipo di trattamento viene offerto e da chi.

Interventi non farmacologici

Una recente revisione su Cochrane riguardo ai trattamenti non farmacologici dei disturbi somatoformi (van Dessel 2014) ha concluso che, paragonati a una presa in carico strutturata o più intensiva, i trattamenti psicoterapici non hanno mostrato benefici pur essendosi mostrati generalmente superiori alle cure generali o alle liste di attesa in termini di riduzione delle gravità dei sintomi, anche se l'entità dell'effetto del miglioramento è stata limitata. Confrontata a prese in carico intensive la terapia cognitivo comportamentale (CBT – cognitive behavioural therapy) non è risultata più efficace. Gli autori hanno però sottolineato come una buona percentuale dei pazienti non era disposta ad accettare un trattamento psicologico.

Un recente studio riguardante l'ansia di malattia ha mostrato come una forma modificata di CBT si sia dimostrata efficace, e, inoltre, come i pazienti trattati da medici non specialisti in salute mentale hanno mostrato un migliore esito rispetto a quelli trattati da altri gruppi di professionisti (Tyrer 2015b).

Le attuali evidenze non permettono di rispondere alla domanda se una presa in carico intensiva attuata nella medicina di base ha la capacità di modificare l'esito del disturbo. Questa potrebbe avere un risultato quando attuata con protocolli specifici a gruppi di pazienti ben definiti

BOX 10 Superare gli ostacoli psicosociali per la guarigione nel SESD

Una donna di 19 anni venne indirizzata al servizio di neurologia per una ipostenia funzionale a entrambi gli arti inferiori che la obbligava all'uso di una sedia a rotelle. La sua casa era stata adattata alle sue condizioni di limitata mobilità e, date le difficoltà di spostamento, era stata organizzata una vista domiciliare. Sebbene negasse la presenza di un qualsiasi problema psicosociale alla valutazione iniziale (a parte per una storia di colon irritabile di grado severo), accettò di essere ricoverata in un reparto di riabilitazione neurologica per ulteriori accertamenti. Durante la degenza la paziente riferì di violenze fisiche da parte del padre e che avrebbe preferito di rimanere in sedia a rotelle piuttosto che subire ulteriori violenze (ovvero, assumere il ruolo di malata). Questo punto fu discusso in una riunione familiare, dopo la quale il padre lasciò la casa abbandonando la famiglia. Si crearono quindi le condizioni favorevoli per ottenere una buona risposta alla psicoterapia e al supporto psicosociale. Dopo la dimissione le sue condizioni erano sufficientemente ristabilite da permetterle di ottenere la patente di guida, iscriversi al college ed andare a vivere in un'altra città con un nuovo partner.

con disturbi funzionali, tuttavia gli interventi più intensivi sono probabilmente più efficaci nel modificare l'esito della patologia (Rosendal 2013).

Trattamento personalizzato

A causa dell'eterogeneità dei pazienti con SESD (che si sovrappone al disturbo da conversione o disturbo da sintomi neurologici funzionali) i trattamenti dovrebbero essere personalizzati sulle caratteristiche della presentazione clinica (Box 10). Ad esempio, un paziente con una perdita di forza funzionale in sedia a rotelle potrebbe richiedere un trattamento diverso rispetto a un assiduo frequentatore di una clinica gastroenterologica. Questo punto chiave necessita di essere considerato in studi disegnati specificatamente per pazienti con SESD (Stone 2014).

Esistono siti utili per i persone con sintomi neurologici funzionali (es. www.neurosymptoms.org and www.nonepilepticattack.info), da cui possono trarre utili informazioni sia i pazienti che il personale medico.

Percorsi assistenziali e gestione dell'assistenza (care management)

E' ormai chiaro che sono necessarie ulteriori ricerche per identificare specifici percorsi assistenziali in grado di provvedere a una gestione appropriata dei pazienti con SESD. Uno studio danese ha proposto un modello a intensità progressiva per i pazienti ad alto rischio con disturbo somatoforme e relazioni problematiche con il MMG, raccomandando una gestione da parte di un gruppo multidisciplinare di specialisti della salute mentale da effettuare in un setting psichiatrico (van der Feltz-Cornelis 2012). Per casi più gravi (es. pazienti allettati o in sedia a rotelle), potrebbe essere necessario un trattamento in regime di ricovero (Box 10). E' confortante notare come la committenza ha abbia riconosciuto che a questo numeroso, trascurato e costoso gruppo di pazienti debbano essere assegnate più risorse (Anderson 2013).

Per questi motivi noi suggeriamo il seguente approccio alla gestione del paziente con SESD, coerente con il care program approach (n.d.T.: sistema di revisione multidisciplinare dei progetti dei trattamenti in salute mentale vigente nel sistema sanitario inglese):

- monitoraggio regolare delle coesistenti patologie mediche;
- la produzione di un programma basato su un approccio multidisciplinare da revisionare ogni sei mesi, possibilmente coinvolgendo servizi specializzati per i disturbi di personalità (di terzo

livello, se un disturbo di personalità è presente) e/o specialisti medici;

- una revisione regolare di ogni indennità ricevuta (es. pensione di invalidità); questo aspetto potrebbe richiedere una consulenza con il terapeuta occupazionale, il fisioterapista territoriale, ecc.

Trattamenti basati sulla teoria dell'attaccamento e i disturbi dell'attaccamento precoce

E' stato visto come le persone con un tipo di attaccamento insicuro non solo riferiscono di provare più dolore rispetto a quelli con un attaccamento sicuro (Davies 2009), ma è inoltre più probabile che questi frequentino gli ambulatori di cure primarie per un disturbo somatoforme (Taylor 2012). Queste osservazioni suggeriscono come la comprensione di questo comportamento come una richiesta patologica di aiuto, derivata da difficoltà nel rapporto con il caregiver, possa aiutare i medici a vedere la patologia sotto una luce diversa, adottando strategie terapeutiche differenti (Adshead 2015).

Ad esempio, la conoscenza che la frequentazione assidua dei servizi medici è associata con uno stile di attaccamento anormale suggerisce che sarebbe utile uno sforzo volto a permettere a tali pazienti di riferirsi sempre allo stesso MMG, dal momento che in questo modo ci sarebbe una maggiore possibilità di instaurare una relazione terapeutica positiva rispetto al continuo cambiamento del medico. All'interno di questa relazione di fiducia può essere inoltre più facile che vengano riferite sottostanti problematiche sociali e psicologiche. E' presente inoltre qualche supporto empirico (Allen 2006) agli approcci che permettono al paziente di ricevere una cura continua senza che questa sia per forza contingente alla produzione dei sintomi. Tale approccio potrebbe essere raggiunto tramite (a) la comprensione di come il paziente necessiti di conforto piuttosto che di un ulteriore test, essendo poi in grado di gestire direttamente le preoccupazioni patologiche riguardo alla sua salute; e (b) l'esplicitazione di specifiche limitazioni alle richieste di consulenza medica attraverso la programmazione di controlli regolari, piuttosto che lasciare al paziente stesso la possibilità di decidere la frequenza delle visite.

Sovrapposizione con il disturbo fittizio

Il DSM-5 suggerisce che il disturbo fittizio debba essere considerato come una variante del disturbo somatoforme (Krahn 2008). Nella pratica clinica c'è evidenza di una certa sovrapposizione,

generalmente nelle forme più gravi dello spettro del disturbo somatoforme. Fink (1992b) ha valutato che un quinto dei "somatizzatori persistenti" sono stati ricoverati almeno una volta per disturbi fittizi, e in uno studio su donne con patologie simulate o auto-provocate era presente un'importante concomitanza di un disturbo somatoforme e fittizio in due terzi delle partecipanti (Bass 2011). Gli psichiatri devono prestare attenzione all'impatto di questi disturbi su eventuali figli minori a carico.

Conclusioni

E' importante individuare i pazienti con SESD, dal momento che spesso presentano un disturbo mentale grave e/o un disturbo di personalità, oltre che per gli alti costi sanitari associati. I pazienti si possono presentare in vari contesti medici e le recenti ricerche dimostrano come l'identificazione precoce e una gestione proattiva che coinvolga il MMG si sono dimostrate le strategie più efficaci a lungo termine. La gestione ottimale prevede una buona collaborazione e comunicazione tra vari professionisti della salute; gli psichiatri (specialmente quelli che lavorano in strutture ospedaliere) hanno la responsabilità nell'identificare e nel supervisionare il programma di questi pazienti, oltre ad aver il ruolo di educazione delle altre figure sanitarie riguardo ai trattamenti più recenti disponibili. E' inoltre necessario che la committenza sanitaria sia a conoscenza dell'onere finanziario derivato da questo gruppo di pazienti.

Le ricerche future dovranno concentrarsi sullo sviluppo di servizi in grado di riconoscere con maggiore efficacia e trattare più adeguatamente questi pazienti. Vie innovative di presa in carico nelle cure primarie con chi soffre di SESD devono essere tentate, possibilmente con uno staff addestrato non appartenente alla salute mentale.

Bibliografia

- Aamland A, Malterud K, Werner E (2014) Patients with persistent medically unexplained physical symptoms: a descriptive study from Norwegian general practice. *BMC Family Practice*, **15**: 107.
- Abraham H, Anderson C, Lee D (1997) Somatization disorder in Sphincter of Oddi Dysfunction. *Psychosomatic Medicine*, **59**: 553–7.
- Adshead G, Guthrie E (2015) The role of attachment in medically unexplained symptoms and long-term illness. *BJPsych Advances*, **21**: 167–74.
- Allanson J, Bass C, Wade D (2002) Characteristics of patients with persistent severe disability and medically unexplained neurological symptoms: a psychological enquiry. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, **73**: 307–9.
- Allen L, Woolfolk R, Escobar J, et al (2006) Cognitive behavioral therapy for somatisation disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine*, **166**: 1512–8.
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edn) (DSM-IV)*. APA.

- American Psychiatric Association (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*. APA.
- Anderson N, Eplöv L, Andersen J, et al (2013) Health care use by patients with somatoform disorders: a register-based follow-up study. *Psychosomatics*, **54**: 32–41.
- Arnov B (2004) Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilisation. *Journal of Clinical Psychiatry*, **65** (suppl 12): 10–5.
- Barsky A, Orav E, Bates D (2005) Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, **62**: 903–10.
- Bass C, Murphy M (1991) Somatisation disorder in a British teaching hospital. *British Journal of Clinical Medicine*, **45**: 37–45.
- Bass C, Murphy M (1995) Somatoform and personality disorders: syndromal comorbidity and overlapping developmental pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, **39**: 403–27.
- Bass C, Jones D (2011) Psychopathology of perpetrators of fabricated or induced illness in children: case series. *British Journal of Psychiatry*, **199**: 113–8.
- Biskin R, Frankenberg F, Fitzmaurice C, et al (2014) Pain in patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, **8**: 215–7.
- Bornstein F, Gold S (2008) Comorbidity of personality disorder and somatisation disorder: a meta-analytic study. *Journal of Psychopathology and Behavioural Assessment*, **30**: 154–61.
- Borsini A, Heggul N, Mondelli V, et al (2014) Childhood stressors in the development of chronic fatigue syndromes: a review of the past 20 years of research. *Psychological Medicine*, **44**: 1809–23.
- Bujoreanu S, Randall E, Thomsen K, et al (2014) Characteristics of medically hospitalized pediatric patients with somatoform diagnosis. *Hospital Pediatrics*, **4**: 283–90.
- Burton C, McGorm K, Richardson G, et al (2012a) Healthcare costs incurred by patients repeatedly referred to secondary medical care with medically unexplained symptoms: a cost of illness study. *Journal of Psychosomatic Research*, **72**: 242–7.
- Burton C, Weller D, Marsden W, et al (2012b) A primary care symptoms clinic for patients with medically unexplained symptoms: a pilot randomised trial. *Journal of Psychosomatic Research*, **72**: 242–7.
- Carroll L (2011) Beliefs and expectations for recovery, coping, and depression in whiplash-associated disorders: lessening the transition to chronicity. *Spine*, **36**: S250–6.
- Carson A, Stone J, Hansen C, et al (2015) Somatic symptom count scores do not identify patients with symptoms unexplained by disease: a prospective cohort study of neurology outpatients. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, **86**: 295–301.
- Cassidy J, Bendix C, Rasmussen C, et al (2011) Is compensation bad for your health? A systematic meta review. *Injury*, **42**: 429–30.
- Creed F, Barsky A, Leiknes K (2011) Epidemiology: prevalence, causes and consequences. In *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress* (eds F Creed, P Henningsen, P Fink): 1–42. Cambridge University Press.
- Davies K, Macfarlane G, McBeth J, et al (2009) Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*, **143**: 200–5.
- DeVaul R, Faillace L (1980) Surgery-proneness: a review and clinical assessment. *Psychosomatics*, **21**: 295–9.
- den Boeft M, van der Wouden J, Rydell-Lexmond T, et al (2014) Identifying patients with medically unexplained physical symptoms in electronic medical records in primary care: a validation study. *BMC Family Practice*, **5**: 109.
- Dimsdale J, Creed F, Escobar J, et al (2013) Somatic symptom disorder: an important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, **75**: 223–8.
- Department of Health (1999) *A National Service Framework for Mental Health: Modern Standards and Service Models*. TSO (The Stationery Office).
- Dykes S, Smilgin-Humphries S, Bass C (2001) Chronic idiopathic constipation: a psychological enquiry. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, **13**: 39–44.
- Fiddler M, Jackson J, Kapur N, et al (2004) Childhood adversity and frequent medical consultations. *General Hospital Psychiatry*, **26**: 367–77.
- Fink P (1992a) The use of hospitalizations by persistent somatizing patients. *Psychological Medicine*, **22**: 173–80.
- Fink P (1992b) Physical complaints and symptoms of somatizing patients. *Journal of Psychosomatic Research*, **36**: 125–36.
- Fossati A, Maffei C, Bagnato M, et al (1998) Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, **12**: 172–8.
- Frankenburg F, Zanarini M (2004) The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *Journal of Clinical Psychiatry*, **65**: 1660–5.
- Frohlich C, Jacobi F, Wittchen H (2006) DSM-IV pain disorder in the general population: an exploration of the structure and threshold of medically unexplained pain symptoms. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, **256**: 187–96.
- Frostholm L, Petrie K, Ornbol E, et al (2014) Are illness beliefs related to future healthcare expenditure in patients with somatoform disorders? *Psychological Medicine*, **44**: 2903–11.
- Frostholm L, Ornbol E, Fink P (2015) Physical symptom attributions: a defining characteristic of somatoform disorders? *General Hospital Psychiatry*, **37**: 7–52.
- Gibbon M, Spitzer RL, First MB (1997) *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Personality Disorders: SCID-II*. American Psychiatric Association.
- Hoeritzauer I, Stone J, Fowler C, et al (2015) Fowler's syndrome of urinary retention: a retrospective study of comorbidity. *Neurourology and Urodynamics*, 10 April, doi: 10.1002/nau.22758 [Epub ahead of print].
- Holliday K, McBeth J (2011) Recent advances in the understanding of genetic susceptibility to chronic pain and somatic symptoms. *Current Rheumatology Reports*, **13**: 521–7.
- Improving Access to Psychological Therapies (2015) Medically unexplained symptoms. National Health Service (<http://www.iapt.nhs.uk/Itcmus/medically-unexplained-symptoms>). Accessed 25 May 2015.
- Jackson J, Passamonti M (2005) The outcomes among patients in primary care with a physical symptom at 5 years. *Journal of General Internal Medicine*, **20**: 1032–37.
- Jackson J, Kroenke K (2008) Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study. *Psychosomatic Medicine*, **70**: 430–4.
- Kanaan R, Lepine J, Wessely S (2007) The association or otherwise of the functional somatic syndromes. *Psychosomatic Medicine*, **69**: 855–9.
- Kapur N, Hunt I, MacFarlane G, et al (2004) Childhood experience and health care use in adulthood. Nested case-control study. *British Journal of Psychiatry*, **185**: 134–9.
- Kinder A, Jorsh M, Johnston K, et al (2006) Somatization disorder: a defensive waste of NHS resources. *Rheumatology*, **43**: 72–4.
- Konnopka A, Kaufman C, König H, et al (2013) Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. *Journal of Psychosomatic Research*, **75**: 370–5.
- Kouyanou K, Pither C, Wessely S (1997) Iatrogenic factors and chronic pain. *Psychosomatic Medicine*, **59**: 597–604.

- Krahn L, Bostwick J, Stonnington C (2008) Looking toward DSM-V: should factitious disorder become a subtype of somatoform disorder? *Psychosomatics*, **49**: 277–82.
- Krishnan V, Sood M, Chadda R (2013) Caregiver burden and disability in somatisation disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, **75**: 376–80.
- Kroenke K, Spitzer R, Williams J (2002) The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, **64**: 258–66.
- Kushwaha V, Sinha Deb K, Chadda R, et al (2014) A study of disability and its correlates in somatisation disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, **8**: 56–8.
- Lee S, Creed F, Ma Y, et al (2015) Somatic symptom burden and health anxiety in the population and their correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, **78**: 1–6.
- Loranger AW, Jance A, Sartorius N (eds) (1997) *Assessment and Diagnosis of Personality Disorders: The ICD-10 International Personality Disorder Examination (IPDE)*. Cambridge University Press.
- olde Hartman T, Borghuis M, Lucassen P, et al (2009) Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, **66**: 363–77.
- Paris R (2007) Why psychiatrists are reluctant to diagnose borderline personality disorder. *Psychiatry*, **4**: 35–9.
- Petrie K, Weinman J (2012) Patients' perceptions of their illness: the dynamo of volition in health care. *Current Directions in Psychological Science*, **21**: 60–5.
- Rask M, Rosendal M, Fenger-Gron M, et al (2015) Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *General Hospital Psychiatry*, **37**: 53–9.
- Reid S, Wessely S, Crayford T, et al (2002) Frequent attenders with medically unexplained symptoms: service use and costs in secondary care. *British Journal of Psychiatry*, **180**: 248–53.
- Riebel K, Egloff B, Witthoft M (2013) The implicit health-related self-concept in somatic symptom disorders. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, **44**: 335–42.
- Rief W, Nanke A, Emmerich J, et al (2004) Causal illness attributions in somatoform disorders. Associations with comorbidity and illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, **57**: 367–71.
- Rief W, Broadbent E (2007) Explaining medically unexplained symptoms—models and mechanisms. *Clinical Psychology Review*, **27**: 821–41.
- Rief W, Mewes R, Martin A, et al (2010) Are psychological features useful in classifying patients with somatic symptoms? *Psychosomatic Medicine*, **72**: 648–55.
- Robinson P (2014) Severe and enduring eating disorders: recognition and management. *Advances in Psychiatric Treatment*, **20**: 392–401.
- Röhrich F, Elanjithara T (2014) Management of medically unexplained symptoms: outcomes of a specialist liaison clinic. *Psychiatric Bulletin*, **38**: 102–7.
- Rosendal M, Blankenstein A, Morriss R, et al (2013) Enhanced care by generalists for functional somatic symptoms and disorders in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **10**: CD008142.
- Schrag A, Brown R, Trimble M (2004) Reliability of self-reported diagnoses in patients with neurologically unexplained neurological symptoms. *Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry*, **75**: 608–11.
- Sharpe M, Stone J, Hibberd C, et al (2010) Neurology outpatients with symptoms unexplained by disease: illness beliefs and financial benefits predict one-year outcome. *Psychological Medicine*, **40**: 689–98.
- Sharpe M (2013) Somatic symptoms: beyond 'medically unexplained'. *British Journal of Psychiatry*, **203**: 320–1.
- Shraim M, Blagojevic-Bucknell M, Mallen C, et al (2014) The association between GP consultations for non-specific physical symptoms in children and parents: a case-control study. *PLoS One*, **9**: e108039.
- Steinbrecher N, Hiller W (2011a) Course and prediction of somatoform disorder and medically unexplained symptoms in primary care. *General Hospital Psychiatry*, **33**: 318–26.
- Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, et al (2011b) The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care. *Psychosomatics*, **52**: 263–71.
- Stone J (2014) Psychotherapy for severe somatoform disorder: problems with missing studies. *British Journal of Psychiatry*, **204**: 243–4.
- Taylor R, Marshall T, Mann A, et al (2012) Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychological Medicine*, **42**: 855–64.
- Thomsen K, Randall E, Ibeziako P, et al (2014) Somatoform disorders and trauma in medically admitted children, adolescents, and young adults: prevalence rates and psychosocial characteristics. *Psychosomatics*, **55**: 630–9.
- Tomenson B, Essau C, Jacobi F, et al (2013) Total somatic symptom score as a predictor of health outcome in somatic symptom disorders. *British Journal of Psychiatry*, **203**: 373–80.
- Tyrer P, Fowler-Dixon R, Ferguson B, et al (1990) A plea for the diagnosis of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, **34**: 637–42.
- Tyrer P, Seivewright N, Seivewright H (1999) Long term outcome of hypochondriacal personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, **46**: 177–85.
- Tyrer P, Reed G, Crawford M (2015a) Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet*, **385**: 717–26.
- Tyrer H, Tyrer P, Lisseman-Stones Y, et al (2015b) Therapist differences in a randomised trial of the outcome of cognitive behaviour therapy for health anxiety in medical patients. *International Journal of Nursing Studies*, **52**: 686–94.
- Vakili S, Alam T, Sollinger H (2014) Loin pain haematuria syndrome. *American Journal of Kidney Disease*, **64**: 460–72.
- van der Feltz-Cornelis C, Swinkels J (2012) Presentation of the Multi-disciplinary Guideline Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS) and Somatoform Disorder in the Netherlands: disease management according to risk profiles. *Journal of Psychosomatic Research*, **72**: 168–9.
- van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden J, et al (2014) Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained symptoms in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, **11**: CD011142.
- van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P, et al (2009) Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Annals of Family Medicine*, **7**: 232–8.
- Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, et al (2013) Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*, **75**: 358–61.
- Vranceanu A, Barsky A, Ring D (2011) Less specific arm illnesses. *Journal of Hand Therapy*, **24**: 118–22.
- Warren J, Langenberg P, Clauw D (2013) The number of existing functional somatic syndromes (FSSs) is an important risk factor for new, different FSSs. *Journal of Psychosomatic Research*, **74**: 12–7.
- Warren J, Clauw D, Wesselman U, et al (2014) Functional somatic syndromes as risk factors for hysterectomy in early bladder pain syndrome/interstitial cystitis. *Journal of Psychosomatic Research*, **77**: 363–67.
- Wolfe F, Brahler E, Hinz A, et al (2013) Fibromyalgia prevalence, somatic symptom reporting, and the dimensionality of polysymptomatic distress: results from a survey of the general population. *Arthritis Care Research*, **65**: 777–85.
- World Health Organization (1992) *ICD-10: The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. WHO.

Risposte

1 a 2 d 3 c 4 b 5 e

Domande a risposta multipla

Selezionare l'opzione migliore per ogni domanda

1 La prevalenza dei SEDS nella popolazione generale è:

- a 5–7%
- b 20%
- c 2%
- d 50%
- e 0.1%.

2 I pazienti affetti da SEDS soddisfano uno dei seguenti criteri:

- a abuso di sostanze
- b disturbo di personalità
- c autolesionismo ripetuto

- d sintomi somatici persistenti e angoscianti
- e esordio in età adulta.

3 Le caratteristiche cliniche dei SEDS possono non includere:

- a un disturbo medico cronico
- b un disturbo di personalità
- c mancanza di trattamenti efficaci
- d comportamento anomalo di malattia
- e distorsione nella percezione e nel riferire sintomi fisici.

4 Un predittore della cronicità dei SEDS è:

- a assenza di un disturbo di personalità concomitante

- b numero dei sintomi fisici
- c numero delle visite in ambito di cure primarie
- d coinvolgimento dei familiari
- e età d'esordio.

5 La conoscenza delle teorie dell'attaccamento può essere d'aiuto nella gestione del paziente perché:

- a è presente un disturbo di personalità
- b tendenze sociopatiche sono frequenti
- c sono presenti problemi di discontrollo degli impulsi
- d la depersonalizzazione è frequente
- e le continue richieste di visite mediche possono essere viste come una forma patologica di ricerca di aiuto.

Dati aggiuntivi

TABELLA DS1 Esempi di sintomi fisici multipli, ricorrenti, e frequentemente mutevoli, caratteristici di pazienti con SESD: cronologia di un ipotetico paziente

Età	Data	Sintomi/lamentele	Indagini effettuate/esito
6	1976	Deprivazione affettiva/abbandono	Attivato il servizio di protezione minori
8	1978	Dolore addominale	Invio a un gastroenterologo pediatra (nulla da segnalare)
10	1980	Problemi di salute della madre. Depressa. Piangente, riduzione del sonno	Counselling familiare
14	1984	Le manca il respiro. Si sente svenire. Abbandona la scuola	Diagnosi: iperventilazione
16	1986	Dolore toracico aspecifico molto persistente. Si sente ansiosa	Il padre ha avuto un infarto di recente
18	1988	Preoccupata di avere un problema tiroideo. Riferisce fame d'aria e dolore continuo	Funzione tiroidea: normale
20	1990	Polisintomatica - è preoccupata di avere una malattia grave, intorpidimento alla mano destra, andatura anomala con la gamba destra, tumefazione all'ascella sinistra e paura di svenire	Studio dei nervi normale. La possibilità che sia un disturbo psicologico viene discussa con il medico di medicina generale
22	1992	Disturbo depressivo. Richiede terapia per dormire. Non riesce a dormire o concentrarsi. Non mangia. Odia il nuovo lavoro	Invio a uno psicologo
23	1993	Salivazione dolorosa nell'area sottomandibolare destra. E' preoccupata riguardo alla propria tiroide e all'eventualità di un tumore	Esami nella norma
24	1994	Ancora ansiosa riguardo alla tumefazione e frequentemente a disagio	Invio all'otorinolaringoiatra (tutto nella norma)
26	1996	Perdita del linguaggio quasi totale; ha perso la voce dopo la morte del gatto	Inviata a un neurologo. Diagnosi: disfonia funzionale
27	1997	Depressione. Presenta stress premenstruale e si mostra labile e irritata, sebbene presenti umore deflesso per la maggior parte del tempo. Dorme male. Fatica a concentrarsi e ha una bassa stima di sé	Inizia citalopram 20 mg
28	1998	Ricoverata per un dolore al quadrante addominale superiore e dolore al fianco destro per una settimana. Nessun sintomo urinario o intestinale	Gastroscoopia normale. Ecografia addome e Tac normali. Non alterazioni addominali. Probabile sindrome del colon irritabile
30	2000	Importante dolore addominale e alla zona alta della schiena e formicolio al braccio sinistro, con accesso in emergenza	Tac negativa. La diagnosi più probabile è la sindrome del colon irritabile. Invio a uno psicologo
32	2002	La sintomatologia polimorfa persiste. Rassicurata da un elettrocardiogramma approfondito; episodi di palpitazioni e mancanza del respiro quando in mezzo alla folla	Invio a uno specialista pneumologo - funzionalità polmonare normale
35	2005	Fibromialgia. Si lamenta di dolore alla schiena, braccia, gambe, cefalea, sindrome dell'intestino irritabile e stanchezza eccessiva	Invio al reumatologo - confermata la fibromialgia
36	2006	Nausea, cefalea, dolore addominale, insonnia, diarrea. Respiro corto intermittente; ansimante, palpitazioni	Videoregistrazione di 24 ore normale
38	2008	Umore deflesso. Piangente, ansiosa. Viene seguita da uno psicologo presso l'ambulatorio del dolore cronico e viene inviata all'equipe di salute mentale territoriale. Stressata dal lavoro (è una bibliotecaria); riferisce che l'ambiente di lavoro non è molto comprensivo nei confronti della sua fibromialgia. Ha pensieri di autolesionismo ma dice che non commetterebbe mai suicidio	Riferisce di non poter prendere un permesso da lavoro. Preferisce provare con i farmaci. Inizia citalopram. Si gratta le braccia e le cosce
40	2010	Cefalea persistente per 8 settimane che non riesce più a sopportare. Vuole un invio specialistico? Cefalea tensiva. Ha perso il lavoro. Incontinenza urinaria come nuovo sintomo	Risonanza magnetica cerebrale normale. Esami del sangue normali