

LA SINTOMATOLOGIA PSICOSOMATICA: NUOVI APPROCCI DIAGNOSTICI

S. Grandi, G.A. Fava

Negli ultimi sessanta anni la medicina psicosomatica ha fatto emergere alcuni quesiti fondamentali riguardo la salute e la malattia, contribuendo così alla crescita di altre discipline correlate come la psico-oncologia, la psico-neuroendocrinologia, la psico-immunologia, la ginecologia psicosomatica, la psichiatria di consultazione, la psicologia della salute e la ricerca sulla qualità della vita. Anche se oggi alcune di queste discipline possono rivendicare una totale autonomia, i loro collegamenti con la medicina psicosomatica sono essenziali ed aprono il campo alla ricerca multidisciplinare.

L'approccio psicosomatico sottende una considerazione olistica della condizione del paziente che comprende:

- a) il ruolo dei fattori che influenzano la vulnerabilità individuale alla malattia organica;
- b) l'interazione fra fattori psicosociali e variabili biologiche nel decorso e nell'esito dei disturbi medici;
- c) l'applicazione delle terapie psicologiche per la prevenzione, trattamento e riabilitazione delle malattie somatiche.

I fattori psicologici e le componenti biologiche interagiscono in modi diversi nel corso di un disturbo organico e incidono sulla malattia nel determi-

nare la soggettiva qualità dell'esperienza nella reazione di adattamento (1, 2). Le più recenti classificazioni nosografiche dei disturbi mentali quali DSM-IV e ICD-10 hanno confermato il riscoperto interesse per la diagnosi psichiatrica e per i fattori psicologici nel loro valore sia prognostico che terapeutico. La clinica e la ricerca hanno fatto emergere l'inadeguatezza di alcune categorie diagnostiche del DSM-IV quali i disturbi dell'adattamento, i fattori psicologici che influenzano lo stato fisico e i disturbi somatoformi (3, 4). Se da un lato è possibile identificare con una buona accuratezza la presenza di disturbi psichiatrici, quali ad esempio la depressione maggiore, questi strumenti risultano scarsamente sensibili e quindi inadeguati nel cogliere fluttuazioni della sofferenza psicologica e dei sintomi subclinici anche nei disturbi mentali. Vi è una emergente consapevolezza dell'importanza di tali sintomi subclinici che definiscono sia la fase prodromica che residua della malattia, incidono sulla qualità della vita e rivestono un ruolo fisiopatologico, con notevoli implicazioni terapeutiche (5-8). L'introduzione nella ricerca psicosomatica di Nuovi Criteri Diagnostici (DCPR) (9) che tengono conto della peculiarità della popolazione medica,

rappresenta un vero e proprio cambiamento di prospettiva rispetto alle strategie fino ad ora impiegate. L'intenzione è quella di studiare i nuovi criteri trasversalmente a varie patologie e in vari ambiti clinici nel tentativo di accomunare pazienti con disturbi in sedi anatomiche diverse e, una volta individuata la "sindrome" psicosomatica, provare a modificarla sia con strumenti farmacologici che psicoterapeutici. I DCPR possono essere utilizzati in un approccio multiassiale (10) e forniscono diagnosi integrative per il primo e secondo asse del DSM-IV dove vi sia una comorbidità psichiatrica o costituire un asse specifico per la ricerca in psicosomatica. Le sindromi psicosomatiche comprese nei DCPR sono 12: alessitimia, comportamento di tipo A, no-sofobia, tanatofobia, ansia per la salute, negazione di malattia, sintomi funzionali secondari ad una malattia psichiatrica, somatizzazione persistente, conversione, reazione agli anniversari, umore irritabile e demoralizzazione. In due studi preliminari (11, 12) tali criteri hanno evidenziato una maggiore capacità, rispetto al DSM-IV, di identificare il disagio e la sofferenza psicologica in una popolazione di pazienti con disturbi funzionali gastrointestinali e in cardiologia (trapianto di cuore).

LE SINDROMI PSICOSOMATICHE SECONDO I DCPR

Alessitimia

Sifneos (13) ha introdotto il concetto di alessitimia per descrivere un impoverimento del mondo fantastico che sfocia in una particolare incapacità ad utilizzare parole appropriate per descrivere

le proprie emozioni. Altre caratteristiche che definiscono l'alessitimia sono: una relativa assenza di sogni, un impoverimento della vita fantastica come conseguenza di un'inibizione della funzione simbolica, la presenza di un pensiero concreto, letterale, con dipendenza dallo stimolo esterno, un'aumentata conformità sociale con relazioni sociali insoddisfacenti, scarsa autoconsapevolezza e capacità di riflettere su di sé, impiego di canali somatici piuttosto che psicologici come modalità relazionale prevalente (14). I soggetti con tendenza a sopprimere la rabbia o ad inibire l'espressione emotiva sembrano presentare un aumentato rischio di malattia (13, 15, 16). Questa sindrome è più comune in pazienti con disturbi psicosomatici cronici. La differenza fra alessitimia situazionale e pervasiva, consiste nel fatto che quest'ultima coinvolge tutte le emozioni e le situazioni di vita del soggetto, mentre la prima è circoscritta a specifiche emozioni e/o situazioni (esempio, malattie acute).

Comportamento di tipo A

Negli ultimi trent'anni sono stati condotti numerosi studi sul ruolo patogenetico del cosiddetto comportamento di tipo A nel disturbo cardiaco (17-19). Rosenman e Friedman (20, 21) definiscono tale comportamento come "un complesso di azioni-emozioni che possono essere osservate in ogni persona coinvolta con aggressività in una lotta continua ed incessante per raggiungere sempre più obiettivi in sempre meno tempo...". I risultati ottenuti dai diversi metodi di valutazione sono stati piuttosto controversi. Due sono le componenti chiave rilevate: l'ostilità ed il senso dell'incalzare del tempo (19).

Comportamento abnorme nei confronti della malattia

È definito da Pilowsky (23) come una modalità persistente ed inadeguata di percepire e valutare il proprio stato di salute. Questo comportamento rimane nonostante il medico abbia reso al paziente le necessarie delucidazioni sulla situazione clinica e sul modo di affrontarla. Pilowsky differenzia il comportamento abnorme di malattia focalizzato sulla sfera somatica o su quella psicologica. Nell'ambito somatico vi sono due ampie categorie: l'accettazione e la negazione della malattia. L'accettazione include i quadri clinici che sono elencati nel DSM-IV come disturbo di somatizzazione, disturbo di conversione, ipocondria, disturbo algico e disturbo fittizio (24); e nell'ICD-10 come disturbi dissociativi e di conversione, somatizzazione multipla, sindrome ipocondriaca, disfunzione autonoma psicogena, dolore psicogeno (25). Vi sono differenze nelle due classificazioni che rendono il quadro psicosomatico meno delineato, creando così confusione nella determinazione della situazione clinica. In particolare, nel DSM-IV manca quella categoria dell'ICD-10 che riguarda la disfunzione autonoma psicogena, che include sintomi di attivazione autonoma (palpitazioni, sudorazione, tremore, rossore) in assenza di un significativo disturbo strutturale o funzionale dell'organismo. Questa categoria eterogenea presenta evidenti problemi poiché è priva di limiti netti nei confronti delle manifestazioni somatiche dei disturbi psichiatrici e dell'ipocondria, e non discrimina i disturbi cronici dai sintomi recenti. Un ulteriore problema deriva dalla mancanza di una diversa classificazione di paure, preoccupazioni ed atteggiamen-

ti ipocondriaci in quanto è presa solo in considerazione la parte più grave dello spettro sindromico, cioè l'ipocondria. Vi sono dati (3, 26), invece, che confermano la specificità clinica di altre componenti o dimensioni del disturbo ipocondriaco quali la nosofobia, la tanatofobia e la preoccupazione per la salute. Il comportamento abnorme nei confronti della malattia che riguarda la negazione della malattia (23), si estrinseca in varie situazioni frequenti in ambito medico e chirurgico. Queste modalità comportamentali si ripercuotono sulla malattia organica in quanto il paziente può mettere in atto inadeguate strategie di coping che possono influire negativamente sugli esiti dei trattamenti specifici.

Nei DCPR il comportamento abnorme di malattia viene suddiviso in quattro sindromi: nosofobia, tanatofobia, ansia per la salute e negazione di malattia.

Nosofobia: Bianchi (27) la definisce come "la paura persistente ed infondata di soffrire di una precisa malattia, nonostante le rassicurazioni del medico e gli esiti negativi degli esami diagnostici". L'ansia tende a manifestarsi sotto forma di attacchi fino al panico e i sintomi si concentrano su una specifica malattia o su un unico apparato.

Tanatofobia: questa sindrome è definita da un senso di morte imminente o dalla convinzione di morire presto in assenza di obiettività medica (28). Kellner (31) evidenzia come tale convinzione sia spesso accompagnata dall'evitamento di notizie che richiamano la morte (esempio, funerali e necrologi).

Ansia per la salute: è caratterizzata da un'amplificazione delle sensazioni corporee legate ad una generica apprensione circa il manifestarsi di una qualsiasi malattia, dolore e preoccupazioni somatiche. A differenza della

nosofobia, l'ansia per la salute risponde prontamente alle rassicurazioni del medico ed ha una durata inferiore.

Negazione di malattia: è la negazione di avere una malattia o di avere bisogno di cure. Tale atteggiamento si manifesta attraverso un ritardo nel chiedere una consulenza medica, una non compliance rispetto all'assunzione di farmaci e abitudini di vita poco salutari.

Somatizzazione

La somatizzazione è un fenomeno clinico molto diffuso sia in ambito psichiatrico che in ambito medico. Per Lipowski (29) è la tendenza a provare e comunicare il malessere psicologico sotto forma di sintomi fisici e a richiedere consulenza medica per questi. La somatizzazione comprende tre aspetti: esperienziale, cognitivo e comportamentale. Il primo consiste nell'auto-percezione dei sintomi somatici come sensazione soggettiva di modificazione o disfunzione dell'organismo; il secondo nell'interpretazione soggettiva che il paziente dà alle sensazioni percepite lette tipicamente come sintomi di una malattia, e l'ultimo rappresenta una conseguenza dell'aspetto cognitivo e comporta la ricerca di un aiuto medico. Esiste anche una somatizzazione temporanea, come reazione acuta nei confronti di un evento di vita stressante per il soggetto (esempio, lutto, separazione, perdita di lavoro ecc.). Tale sofferenza è passibile di remissione spontanea o in seguito a rassicurazioni mediche. Nel caso di somatizzazione persistente, i sintomi possono perdurare anche lungo tutto l'arco della vita.

Nei DCPR la somatizzazione viene suddivisa in diverse sindromi: sintomi somatici funzionali secondari ad

un disturbo psichiatrico, somatizzazione persistente, sintomi di conversione e reazioni agli anniversari.

Sintomi somatici funzionali secondari ad un disturbo psichiatrico: i sintomi somatici funzionali includono sintomi da attivazione neurovegetativa e propri delle sindromi psicosomatiche; questi devono causare disagio, ricorso a ripetute cure mediche o peggioramento della qualità della vita. Quest'ultimo aspetto, va valutato prendendo in considerazione tutte le sfumature che dividono una vita accettabile da uno stato di salute pienamente soddisfacente. Tale divario è tenuto scarsamente in considerazione dal DSM-IV che considera il benessere psicofisico come assenza di disagio. Per poter formulare questa diagnosi occorre un'anamnesi positiva per quanto riguarda la pregressa insorgenza di un disturbo psichiatrico che includa, tra i propri sintomi, anche quelli somatici (esempio, sintomi cardiaci nel disturbo di panico).

Somatizzazione persistente: è caratterizzata dalla presenza di un disturbo somatico funzionale la cui durata superi i 6 mesi, che abbia prodotto un disagio soggettivo, richiesto l'esigenza di cure mediche ripetute o prodotto un peggioramento nella qualità della vita. Due sono le differenze significative rispetto alla classificazione di disturbo di somatizzazione da DSM-IV. La prima riguarda la durata, ovvero nel DSM-IV si parla di molteplici lamentele fisiche persistenti negli anni, mentre qui si fa esplicito riferimento ad una durata superiore ai 6 mesi. La seconda consiste in un riferimento specifico rispetto ad una sindrome psicosomatica completa e ben definita come la fibromialgia, il colon irritabile, ecc. Aspetti importanti della somatizzazione persistente sono: una ridotta soglia per le sensazioni e il

dolore, la presenza di sintomi da attivazione neurovegetativa relativi anche ad altri apparati od organi ed esagerati effetti collaterali qualora venga somministrata una terapia farmacologica.

Sintomi di conversione: la distinzione tra somatizzazione e sintomi di conversione non è fondata sul numero dei sintomi come avviene nel DSM-IV, ma sulla presenza di precise caratteristiche cliniche in parte derivate dai criteri di Engel (32). Tale categoria si sovrappone a quella dei disturbi dissociativi (conversione) dell'ICD-10. Per poter effettuare la diagnosi di conversione sono necessari uno o più sintomi o deficit motorio-funzionali, non congrui rispetto all'anatomia e fisiologia dell'organismo umano; dagli esami clinici e di laboratorio non devono emergere referti positivi. Se esistono sintomi da attivazione autonoma o di un disturbo medico funzionale, devono essere secondari a quelli di conversione. L'elemento innovativo rispetto al DSM-IV è costituito dal criterio B che richiede la presenza di almeno due aspetti tra i seguenti: un'ambivalenza da parte del soggetto nel riferire i sintomi, tratti istrionici di personalità, il precipitare della sintomatologia in riferimento ad un evento stressante specifico che il paziente non riesce a collegare alla sintomatologia, una storia di sintomi fisici già sperimentati in passato oppure il fatto che il paziente abbia osservato in qualcun altro la sintomatologia.

Reazione agli anniversari: è una forma particolare di somatizzazione o di conversione, i cui sintomi (attivazione neurovegetativa, sintomi di un disturbo somatico funzionale o di conversione) si manifestano in corrispondenza di una data precisa. L'inizio della sofferenza psicologica coincide generalmente con un anniversario di mor-

te o di una grave malattia che ha colpito un genitore o un parente stretto o il paziente stesso.

Umore irritabile

Diversi studi hanno evidenziato come i disturbi organici e funzionali siano strettamente collegati al ruolo patogenetico della rabbia, ostilità e umore irritabile nelle malattie somatiche (7). Slater e Roth (33, 7) hanno definito l'irritabilità come una tendenza ad arrabbiarsi, "una modalità di risposta a stimoli psicologici particolari, come le situazioni in cui l'individuo è in qualche modo minacciato, o viene frustrato nel suo tentativo di raggiungere una meta". L'irritabilità può indurre una risposta aggressiva alla situazione minacciosa, conducendo ad un "comportamento impulsivo e considerato abnorme allorché supera le sue stesse finalità". Snaith e Taylor (34), affermano che "l'irritabilità è uno stato emotivo caratterizzato da un ridotto autocontrollo, che usualmente conduce a scoppi di ira verbali o comportamentali sebbene, come umore, possa presentarsi senza particolari manifestazioni osservabili. Può essere di breve durata legata a particolari circostanze o può essere un'esperienza prolungata e generalizzata. L'irritabilità è sempre vissuta spiacevolmente dall'individuo e le sue manifestazioni esplicite sono prive dell'effetto catartico che è proprio di uno scatto di rabbia "giustificato". L'aggressività, definita come comportamento distruttivo o punitivo verso altre persone od oggetti, può essere una diretta conseguenza dell'ostilità e dell'umore irritabile. L'ostilità considerata come tratto caratteristico della personalità, a differenza dell'irritabilità, richiede la presenza di un oggetto. La relazione che lega

l'umore irritabile alla malattia fisica può essere di tre tipi: casuale, secondaria alla malattia fisica o primaria alla stessa. C'è motivo di ritenere che in alcuni casi l'irritabilità possa rappresentare una sindrome affettiva organica come nel caso dell'iperparatiroidismo. L'umore irritabile è un sintomo caratteristico di diverse malattie endocrine (esempio, sindrome di Cushing, morbo di Addison, ipertiroidismo, iperprolattinemia) e frequentemente associato ad una malattia fisica. In pazienti psichiatrici, l'ostilità e l'irritabilità sono state messe in relazione con la tendenza a riferire effetti collaterali, scarsa compliance e tentativi di suicidio (37-39).

Demoralizzazione

La demoralizzazione è definita come uno stato psicologico caratterizzato da un sentimento di rinuncia (40), di impotenza ed inutilità (41) che può facilitare l'insorgenza di un disturbo a cui

l'individuo è predisposto. Questo stato subsindromico non rientra nella nosografia psichiatrica (42), ma studi recenti ne confermano l'importanza. Tale condizione deve durare per almeno un periodo di un mese e la sua insorgenza può essere antecedente la comparsa del disturbo fisico o esacerbare i suoi sintomi. Da diverse osservazioni cliniche è emerso che la presenza della triade: senso di impotenza, disperazione e demoralizzazione, è un elemento facilitante l'insorgenza di un disturbo fisico per il quale sussista una predisposizione.

CONCLUSIONI

L'approccio psicosomatico risulta di notevole interesse nello studio delle variabili psicologiche in ginecologia e in ostetricia. I DCPR costituiscono un importante strumento operativo in questa direzione.

BIBLIOGRAFIA

- 1) FAVA G.A., SONINO N.: *Psychosomatic medicine: emerging trends and perspectives*. Psychother. Psychosom. 2000; 69: 184-197.
- 2) LIPOWSKY Z.J.: *Physical illness, the patient and his environment*. In: Reiser M.F., ed *American Handbook of Psychiatry*, vol. 4. New York: Basic Books, 1975: 3-42.
- 3) FAVA G.A.: *The concept of psychosomatic disorder*. Psychother. Psychosom. 1992; 58: 1-12.
- 4) SENSKY T.: *Somatization: Syndromes or processes?* Psychother. Psychosom. 1994; 61: 1-3.
- 5) JUDD L.L.: *Subsyndromal symptomatic depression*. CNS Drugs 1994; 1: 399-404.
- 6) FAVA G.A.: *Subclinical symptoms in mood disorders: pathophysiological and therapeutic implications*. Psychol. Med. 1999; 29: 47-61.
- 7) FAVA G.A.: *Irritable mood and physical illness*. Stress. Med. 1987; 3: 293-299.
- 8) FAVA G.A., MANGELLI L.: *Subclinical symptoms of panic disorder*. Psychother. Psychosom. 1999; 68: 281-289.
- 9) FAVA G.A., FREYBERGER H.J., BECH P., CHRISTODOULOU G., SENSKY T., THEORELL T., WISE T.N.: *Diagnostic criteria for use in psychosomatic research*. Psychother. Psychosom. 1995; 63: 1-8.
- 10) FREYBERGER H.J., SCHNEIDER W., MALCHOW C.P.: *Assessment of comor-*

- bility in the diagnosis of psychosomatic and neurotic disorders: result from the ICD-10 field trials with the diagnostic criteria for research in Germany. *Psychother. Psychosom.* 1995; 63: 90-98.
- 11) PORCELLI P., DE CARNE M., FAVA G.A.: *Assessing somatization in functional gastrointestinal disorders. Integration of different criteria.* *Psychother. Psychosom.* 2000; 69: 198-204.
 - 12) GRANDI S., FABBRI S., TOSSANI E., MANGELLI L., BRANZI A., MAGELLI C.: *Psychological Evaluation after Cardiac Transplantation: The Integration of Different Criteria.* *Psychotherapy and Psychosomatics* 2001; 70: 176-183.
 - 13) SIFNEOS P.E.: *Affect, emotional conflict, and deficit. An overview.* *Psychother. Psychosom.* 1991; 56: 116-122.
 - 14) APFEL R.J., SIFNEOS P.E.: *Alexithymia: Concept and Measurement.* *Psychother. Psychosom.* 1979; 32: 180-190.
 - 15) GREER J.: *Cancer and the mind.* *Br. J. Psychiatry* 1983; 143: 535-543.
 - 16) BERRY D.S., PENNEBAKER J.W.: *Nonverbal and verbal emotional expression and health.* *Psychother. Psychosom.* 1993; 59: 11-19.
 - 17) NORTON C.N.: *Three Scales of Alexithymia: Do they measure the same thing?* *J. Person Assessment* 1989; 53 (3): 621-637.
 - 18) NEMIAH J.C., FREYBERGER H., SYFNEOS P.E.: *Alexitimia. A view of psychosomatic process.* In: Hill O.W. (ed): *Modern Trends in Psychosomatic Medicine.* London, Butterworths, 1976, pp. 430-439.
 - 19) LITTMAN A.B.: *Review of psychosomatic aspects of cardiovascular disease.* *Psychother. Psychosom.* 1993; 60: 148-167.
 - 20) FRIEDMAN M., ROSENMAN R.H.: *Type A behavior and your heart.* Alfred A. Knopf, New York, 1974.
 - 21) ROSENMAN R.H., FRIEDMAN M.: *Neurogenic factors in pathogenesis of coronary heart disease.* *Med. Clinical N. American* 1974; 58: 269.
 - 22) FRIEDMAN M., POWELL L.H.: *The diagnosis and quantitative assessment of type A behavior.* *Integrative Psychiatry* 1984; 2: 123-129.
 - 23) PILOWSKY I.: *Abnormal illness behaviour.* *Psychother. Psychosom.* 1986; 46: 76-84.
 - 24) AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR).* Washington, DC, APA, 1994.
 - 25) WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders.* Geneva, WHO, 1992.
 - 26) FAVA G.A., GRANDI S.: *Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs.* *Psychother. Psychosom.* 1991; 55: 114-119.
 - 27) BIANCHI G.N.: *Origins of Disease Phobia.* *Aus. N. Z. J. Psychiatry* 1971; 5: 241-257.
 - 28) RYLE J.A.: *Angor Animi, or the sense of dying.* *Guys Hosp. Rep.* 1928; 78: 230-257.
 - 29) LIPOWSKI Z.J.: *Somatization.* *Psychother. Psychosom.* 1987; 47: 160-167.
 - 30) FAVA G.A., MAGELLI C., SAVRON G., CONTI S., BARTOLUCCI G., GRANDI S., SEMPRINI F., SAVIOTTI F.M., BELLUARDO P., MAGNANI B.: *Neurocirculatory asthenia.* *Acta Psychiatr. Scand.* 1994; 89: 314-319.
 - 31) KELLNER R.: *Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders.* *Psychother. Psychosom.* 1994; 61: 4-24.
 - 32) ENGEL G.L.: *Conversion symptoms.* In: Mac Bryde C.M., Blacklow R.S. (eds): *Signs and Symptoms.* Philadelphia: Lippincott, 1970, pp. 650-659.
 - 33) SLATER E., ROTH M.: *Irritability.* In: *Mayergross Slater and Roth Clinical Psychiatry.* Bailliere, Tindall and Cassell, London, 1969, 137-141.
 - 34) SNAITH R.P., TAYLOR C.M.: *Irritability.* *Br. J. Psychiatry* 1985; 147: 127-136.
 - 35) SPIELBERG C.D., JOHNSON E.H., RUSSEL S.F., CRANE R.J., JACOBS G.A., WORDEN T.J.: *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders.* Chesney M.A. and Rosenman R.H.

- (Eds). Hemisphere Publishing Corporation, Washington, pp. 5-30, 1985.
- 36) FAVA G.A.: *Irritability (letter to the editor)*. Br. J. Psychiat. 1986; 148: 338-339.
- 37) DOWNING R.W., RICKELS K.: *Self reports of hostility and the incidence of side reactions in neurotic outpatients treated with tranquilizing drugs and placebo*. J. Consult. Psychol. 1967; 31: 71-76.
- 38) PUGH R.: *An association between hostility and poor adherence to treatment in patients suffering from depression*. Br. J. Med. Psychol. 1985; 56: 205-208.
- 39) PAYKEL E.S., DIENELT M.N.: *Suicide attempts following acute depression*. J. Nerv. Met. Dis. 1971; 153: 234-243.
- 40) SCHMALE A.H.: *Giving up as a final common pathway of changes in health*. Adv. Psychosom. Med. 1972; 7: 20-40.
- 41) Frank J.D., Frank J.B.: *Persuasion and healing*. Baltimore, The Johns Hopkins University Press, 1991.
- 42) BECH P.: *Measurement of psychological distress and well-being*. Psychother. Psychosom. 1990; 54: 77-89.