

Diagnosi e trattamento del paziente con sintomi somatici e dei disturbi correlati, il ruolo del Medico di Medicina Generale

**Bruno Pacciardi Md, PhD
Università di Pisa**

DISTURBI SOMATOFORMI

Eterogeneità del concetto

- insieme di sindromi riconducibili a dimensioni psicopatologiche distinte che spaziano dalle forme ipocondriache alla depressione mascherata
- caratterizzati da multiple e ricorrenti lamentele fisiche tali da compromettere il funzionamento del paziente o da richiedere intervento medico
- non riconducibili agli effetti di una sostanza o di una condizione medica generale

DISTURBI SOMATOFORMI

diversi impieghi del termine

La somatizzazione è un equivoco tra molti termini



diviene un concetto fuorviante ai fini di una corretta impostazione diagnostica e terapeutica

DISTURBI SOMATOFORMI

diversi impieghi del termine

Per il medico di medicina generale:

- Sintomo non spiegabile dal punto di vista medico
- Preoccupazione ipocondriaca
- Manifestazioni somatiche di vari disturbi psichiatrici
(depressione, panico)

DISTURBI SOMATOFORMI

Classificazione secondo il DSM V

La nuova 5.a edizione de Manuale (DSM-5, maggio 2013; pubblicazione in italiano marzo 2014) ha riclassificato i disturbi somatoformi distinguendoli in:

Disturbo da Sintomi Somatici

presenza di sintomi fisici (sia MUS che organici) ma con un'eccessiva preoccupazione per la propria salute. **Semplice o Complesso**

(a seconda della durata dei sintomi, almeno 1 mese o almeno 6 mesi)

Se i sintomi preminenti sono da dolore, la categoria diagnostica viene specificata come **Sottotipo algico**.

Disturbo da Ansia per la Salute:

eccessiva preoccupazione per la salute fisica, pur in assenza di sintomatologia fisica significativa (è la vecchia nozione di ipocondria)

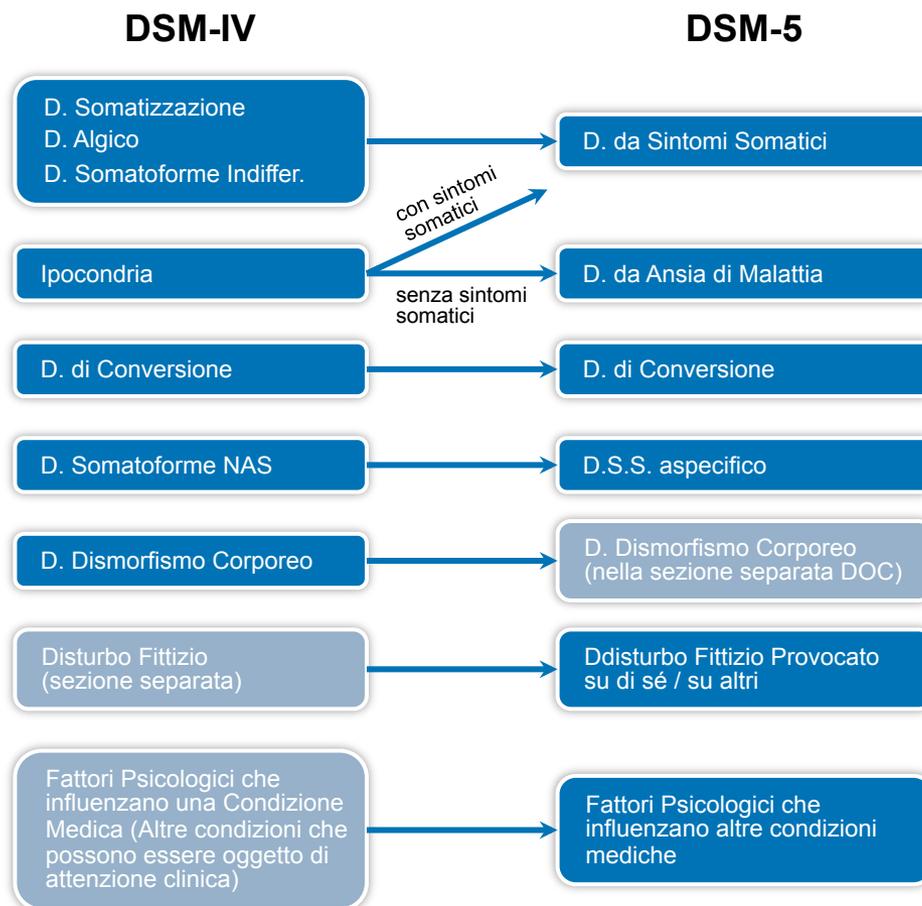
Disturbo di Conversione:

anche denominati Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali

Cosa è cambiato dal DSM IV al DSM V

Sintomi somatici e disturbi correlati

- Abolite le patologie di:
 - disturbo da somatizzazione
 - ipocondria
 - disturbo algico
 - disturbo indifferenziato somatoforme
- Raggruppate all'interno del disturbo con sintomi somatici, semplice o complesso (a seconda della durata dei sintomi, almeno 1 mese o almeno 6 mesi)
- L'ipocondria ora definita disturbo da ansia per le malattie.
- Viene inclusa la categoria di fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (i disturbi fittizi sono inclusi in questa categoria)
- Non include il disturbo da distorsione corporea, che rientra nei disturbi d'ansia



DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE

Il problema della diagnosi

Coinvolgimento multiplo di organi e apparati

Esordio precoce ed andamento cronico

Assenza di reperti di laboratorio caratteristici

(Cloninger, 1994)

DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE

Il problema della diagnosi differenziale

- Sclerosi multipla
 - Ipercalcemia
 - Lupus eritematoso sistemico
 - Porfiria acuta intermittente
 - Ileo paralitico
 - Infezioni sistemiche (brucellosi, tripanosomiasi)
- **Disturbi d'Ansia**
 - **Disturbi dell'Umore**

DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE

Il concetto della comorbidità

La comorbidità con forme depressive o ansiose è praticamente la norma

Una raccolta anamnestica longitudinale permette normalmente di identificarle

Sono particolarmente frequenti episodi di depressione agitata, reattività emotiva ed attacchi di ansia

In tali pazienti l'umore è complessivamente instabile

DISTURBO DI SOMATIZZAZIONE

Il problema della diagnosi differenziale

Disturbo	Meccanismi fisici spiegano i sintomi	Sintomi correlati con fattori psicologici	Inizio dei sintomi sotto controllo volontario	<u>tornaconto</u> ambientale evidentemente riconoscibile
<u>Somatoforme</u>	No	Si	No	Variabile
Fittizio	Variabile	Si	Si	No
Simulazione	Variabile	Variabile	Si	Si
F. psicologici <u>influenzano</u> patologie organiche	Si	Si	No	Variabile
Malattia organica	Variabile	Variabile	No —	No —

DISTURBO DI CONVERSIONE

Dall'isteria ai sintomi pseudoneurologici



DISTURBO DI CONVERSIONE

Sottotipo “sensoriale”

Anestesia, analgesia

(a guanto, a calza, “a macchia di diavolo”)

Cecità, allucinazioni visive terrifiche e vivide

La distribuzione del disturbo è inconsistente con l'innervazione anatomica e talora è variabile nel tempo.

DISTURBO DI CONVERSIONE

Sottotipo “motorio”

Tremori, convulsioni, spasmi,

Paralisi, paresi

Posture catatoniche (attitudes passionelles)

Afonia

DISTURBO DI CONVERSIONE

Sottotipo “convulsivo”

EEG normale, durante e dopo la crisi

Rari morsi della lingua, incontinenza urinaria, traumi

Memoria dell'accaduto conservata

Raramente si verificano durante il sonno

Non traggono beneficio da terapia anticonvulsivante*

** = Coesistenza di crisi epilettiche vere con pseudocrisi in circa il 40%
(Krumholz e Niedermeyer, 1983; Ramchandani e Schindler, 1993)*

DISTURBO DI CONVERSIONE

Il problema della diagnosi differenziale

- Sclerosi multipla
- Miastenia grave
- Paralisi periodica
- Polimiosite ed altre miopatie acquisite
- Sindrome di Guillain-Barré
- Pseudo-crisi in pazienti epilettici*

Come orientarsi?

- **Presenza iniziale di sintomi in numerosi organi ed apparati**
- **Esordio molto precoce, decorso non progressivo, test normali**
 - **Valutazione stato di coscienza e livelli di vigilanza***

DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA

Ipocondria/patofobia

- Nei quadri ipocondriaci si possono identificare due sottogruppi principali:
 - 1) Pazienti patofobici che temono di essere malati e ricercano negli esami medici la rassicurazione di non avere una malattia
 - 2) Pazienti ipocondriaci che ricercano negli esami medici la conferma della malattia di cui ritengono essere affetti

DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA patofobia

- Nei pazienti con patofobia si riscontra di solito la presenza di crisi funzionali, fenomeni di conversione ed attacchi di ansia critica
- Tali pazienti presentano comunemente in anamnesi attacchi di panico, ricercano negli esami e nel parere medico rassicurazioni del fatto di non avere una malattia
- Normalmente temono di usare farmaci.

DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA

Ipocondria/patofobia

- Ipocondria: preoccupazione legata alla paura o convinzione di avere una grave malattia, basata sulla errata interpretazione di uno o più stimoli fisici
- Una valutazione medica completa non è in grado di individuare una condizione medica che possa spiegare pienamente le preoccupazioni del soggetto
- Si basa su di una erronea interpretazione/attribuzione di significato ad uno stimolo fisico realmente esistente ma fisiologico o parafisiologico.

DISTURBO DA ANSIA DI MALATTIA

Ipocondria

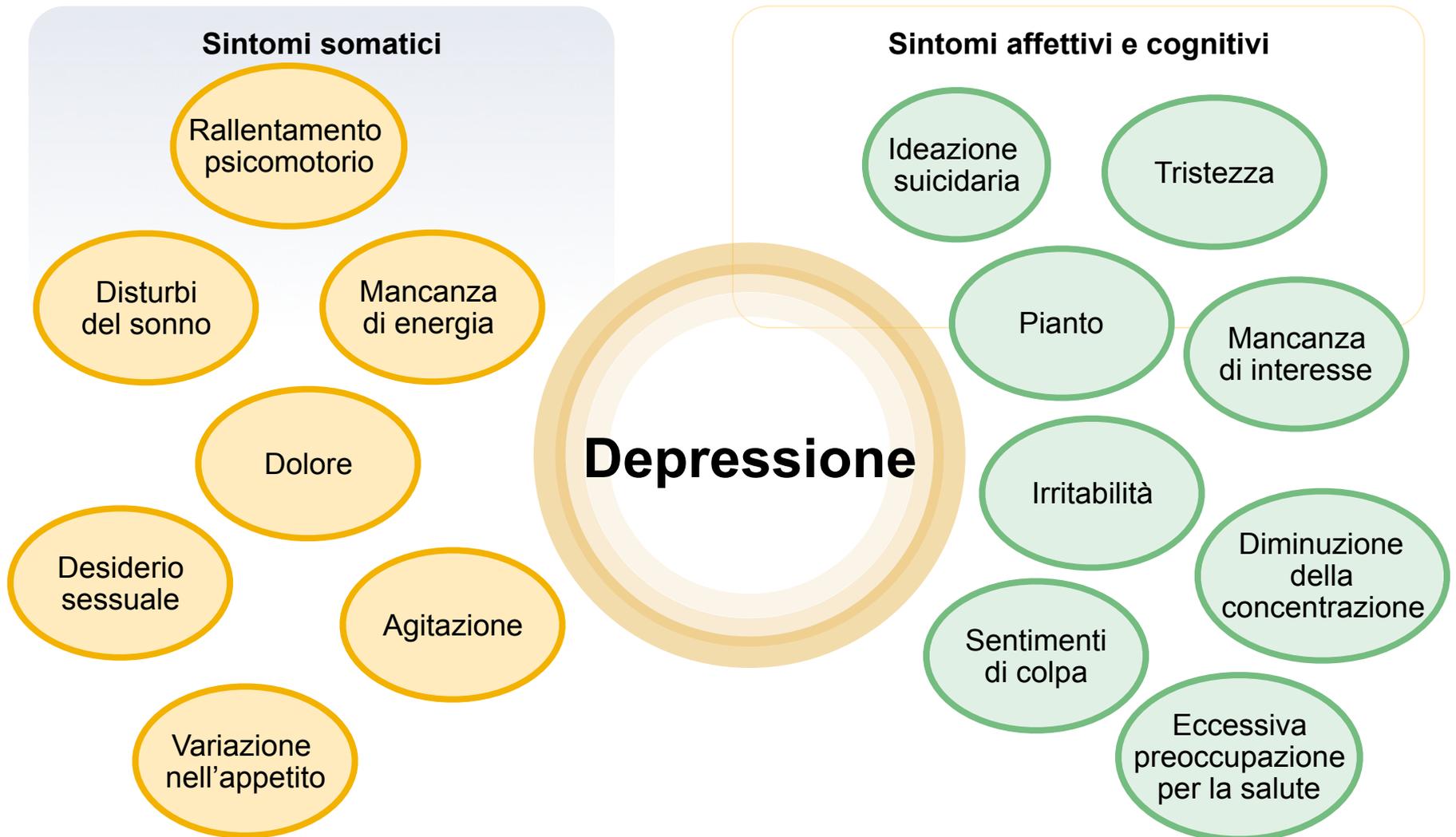
- Nei pazienti con ipocondria si riscontrano spiccati tratti ossessivi, deficit del pensiero probabilistico iteratività ed adozione di comportamenti ritualizzati e ripetitivi (safety behaviors)
- Tali pazienti cercano negli esami e nel parere medico la conferma di avere una malattia (che solo loro capiscono e su cui si informano su internet o altrove)
- Frequentemente abusano di farmaci e di esami

DEPRESSIONE MASCHERATA

Sintomi somatici e tono dell'umore

Tradizionalmente per depressione mascherata si intende un disturbo dell'umore in cui i sintomi depressivi propriamente detti sono oscurati dalla presentazione somatica della malattia; rispetto alla tristezza o all'anedonia prevalgono il dolore e il malessere del corpo.

Aspetti multidimensionali della depressione



DSM IV TR, APA 2000

DEPRESSIONE MASCHERATA

Sintomi somatici e tono dell'umore

Il sospetto può nascere dalla presenza di:

Lamentele somatiche/dolore/dolorabilità senza causa organica dimostrata/sufficiente

Presenza di sintomi depressivi anche sotto soglia (umore fesso, diminuzione dello slancio vitale e contenuti del pensiero a sfondo depressivo)

Variazioni diurne-stagionali (sintomi più gravi alla mattina mentre diminuiscono verso sera, ricadute cicliche che si ripresentano ai cambi di stagione)

Familiarità

Episodi depressivi precedenti

Quando i sintomi somatici nascondono un disturbo dell'umore

- Talvolta le manifestazioni somatiche, quando marcatamente presenti, possono mascherare i sintomi affettivi e creare errori nella valutazione diagnostica
- Rispetto alla tristezza o all'anedonia prevalgono il dolore, il malessere del corpo, disturbi del sonno, difficoltà e rallentamento della motricità
- Si osservano lamentele somatiche/dolorabilità in assenza di una causa organica dimostrata (dolore lombare, arti, testa, stomaco, torace)
- Spesso i dolori sono mal definiti ed associati ad irritabilità, stanchezza o marcata reattività agli stimoli ambientali.

DEPRESSIONE MASCHERATA

Sintomi somatici e tono dell'umore

Una volta stabilita la presenza di lamentele somatiche prive di spiegazione organica è importante valutare il numero dei sintomi.

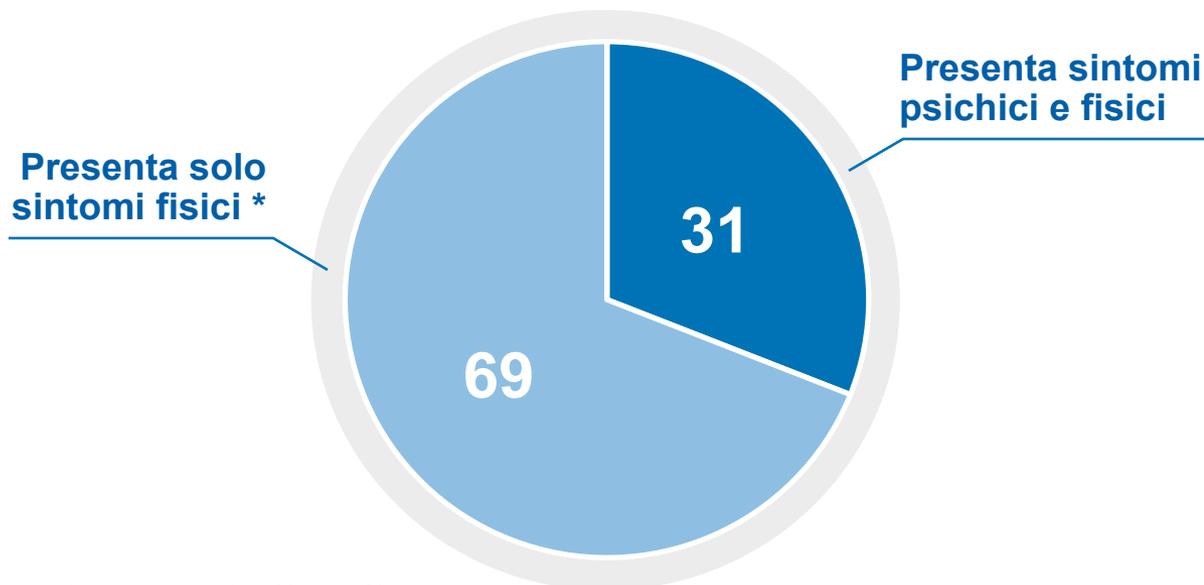
In presenza di U.M. S. la probabilità di depressione mascherata aumenta in base al numero dei sintomi riferiti

Le probabilità variano dal 4% in presenza di un solo sintomo, fino ad oltre il 60% in presenza di 9 o più lamentele somatiche

(Kroenke et al 2003)

Pazienti con disturbo depressivo maggiore possono presentare solo lamentele fisiche

Causa primaria per la richiesta di una visita specialistica da parte di pazienti depressi



* Prevalenza complessiva $p=0.002$ (range dal 45% al 95%)

- In uno studio internazionale di 1146 pazienti con Depressione Maggiore il 69% riportava solo i sintomi fisici come motivo di consultazione specialistica¹
- In un altro studio il 76% dei pazienti con diagnosi di disturbo depressivo o ansioso manifestava una “presentazione somatica”

Approccio terapeutico al paziente

APPROCCIO AL PAZIENTE

Esclusione di una patologia organica

Approccio ai sintomi somatici:

- Evidenziare se esiste una base organica ed eventuali patologie fisiche concomitanti
- La diagnosi psichiatrica non esclude in alcun modo la presenza di una patologia internistica o chirurgica. E viceversa.

Diagnosi psichiatrica:

- Presa in considerazione solo quando è stato completato un approfondito accertamento medico che riconosca l'assenza di reperti che possano esaurientemente spiegare le molteplici lamentele soggettive.

In caso di condizione medica generale:

- Le lamentele fisiche o la menomazione sociale o lavorativa che ne derivano risultano sproporzionate rispetto a quanto ci si dovrebbe aspettare dalla storia, dall'esame fisico e dai reperti di laboratorio.

APPROCCIO AL PAZIENTE

- Tendenza del paziente al rifiuto del trattamento psichiatrico o psicologico e ricerca di un trattamento medico
- Tendenza del paziente a cambiare spesso curante o a farsi seguire da più specialisti in contemporanea
- Capacità del MMG nell'instaurare una relazione terapeutica e contenere le richieste di consultazioni specialistiche e di trattamenti
- Nel caso di paziente disponibile è bene che il MMG lo indirizzi al trattamento specialistico psichiatrico e psicologico mantenendo comunque un ruolo di monitoraggio costante delle lamentezioni somatiche

APPROCCIO AL PAZIENTE

- Limitare ‘doctor shopping’
- Anamnesi longitudinale e non trasversale
- Tecniche di re-attribuzione
 - Identificazione stressors psicologici
 - Identificazione reazioni fisiologiche correlate
 - Correlazione con i sintomi fisici

APPROCCIO AL PAZIENTE

gli interventi basati sull'evidenza

Due tipi di interventi, **farmaci antidepressivi e CBT**, sono supportati da evidenza di livello I come efficaci nei pazienti con sintomi somatici privi di base organica.

- C'è una limitata evidenza di livello II per altri interventi farmacologici e psicologici: consultazione, tra cui il modello collaborativo di cura, riattribuzione, bioenergetica, estratto di erba di San Giovanni e levosulpiride.
- Nessuno studio ha confrontato i trattamenti farmacologici e psicologici
- La maggior parte degli studi valuta solo i risultati a breve termine
- L'uso di procedure divergenti di selezione, interventi, misure di esito, e strumenti, e altre differenze metodologiche osservate in questi studi rendono impossibile un confronto efficace tra gli effetti dei diversi trattamenti.

(What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies Sumathipala A., Psychosom Med 69:889–900 (2007))

DISTURBI SOMATOFORMI

Il trattamento farmacologico

Elevata efficacia degli antidepressivi

- Efficacia clinica dei TCA (amitriptilina) e degli SSRI (paroxetina) indipendentemente dalla presenza di sintomi depressivi
- Dosaggio più basso rispetto a quello necessario per ansia e depressione
- Preferibili formulazioni in gocce, compatibili con basse dosi per ridurre gli effetti collaterali
- Preferibile evitare o perlomeno monitorare i trattamenti farmacologici analgesici e sedativi in quanto questa tipologia di paziente tende ad utilizzare i trattamenti in modo irregolare ed inaffidabile, incorrendo in condizioni di dipendenza

DISTURBI SOMATOFORMI

Effetto diverso degli AD rispetto alla Depressione

Le dosi di antidepressivo necessarie sono minori rispetto a quelle usate nella terapia della depressione

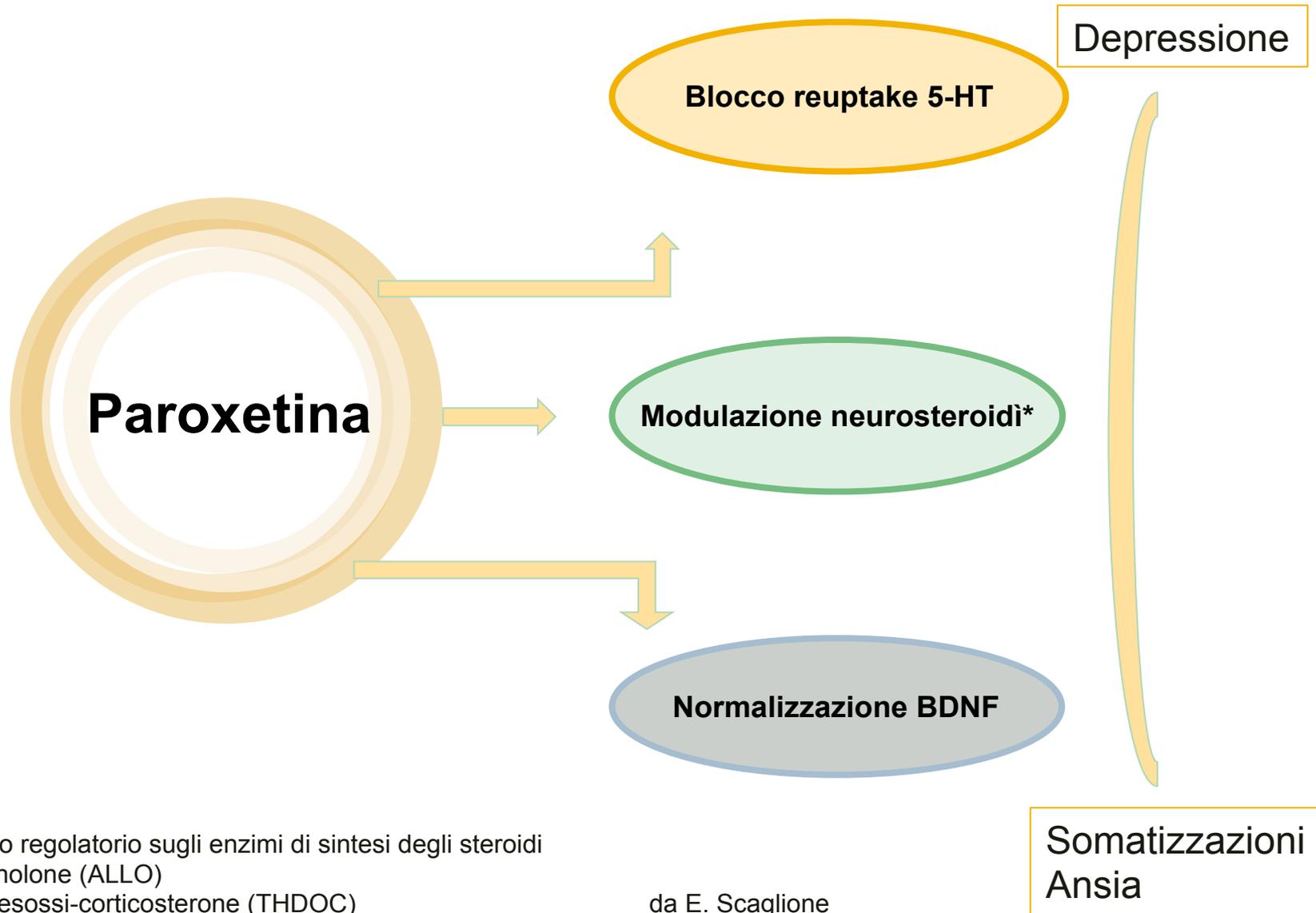
Data l'alta probabilità di insorgenza di effetti collaterali è comunque sempre meglio fare delle titolazioni lente per ridurre i possibili effetti collaterali

L'effetto si sviluppa più rapidamente rispetto a quello antidepressivo

A parità di efficacia antidepressiva vi sono maggiori evidenze riguardo all'effetto sui sistemi dei neurosteroidi di alcuni farmaci rispetto ad altri

Evidenze di effetto sui sistemi dei neurosteroidi a dosaggi pari a circa 1/50 di quelli necessari per ottenere un effetto sulla ricaptazione della serotonina

Azioni multiple della Paroxetina



Mario Di Fiorino Jacopo G. Massei Bruno Pacciardi

SINTOMI SOMATICI E DEPRESSIONE



Psichiatria & Territorio