

✖ Lilia Biscaglia

“Somatic symptom disorder”. Disturbi che pur avendo probabili origini psichiche presentano manifestazioni fisiche. Riguardano oltre un quarto di tutti i pazienti che si rivolgono ai servizi sanitari di base e specialistici e che rischiano di far crescere a dismisura le diagnosi psichiatriche.

---

**Un recente contributo pubblicato sul [BMJ](#) punta l'attenzione sul “somatic symptom disorder”, la nuova diagnosi proposta nel DSM:** il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, prodotto dal 1952 dall'American Psychiatric Association. La nuova versione del DSM, il [DSM-V](#), è attesa per fine maggio 2013.

Nell'articolo, Allen Frances - psichiatra americano che ha guidato in passato la task force per la revisione del DSM - esprime il suo punto di vista sulle conseguenze di questa novità diagnostica. Il disturbo con sintomi somatici si trova nella sezione dei “Sintomi somatici e disturbi collegati” che sostituisce i cosiddetti “Disturbi somatoformi” del DSM-IV-TR[1]. **Si tratta di quei disturbi che presentano manifestazioni fisiche, pur avendo probabili origini psichiche e che - secondo studi recenti[2] - costituiscono oltre un quarto di tutti i pazienti che si rivolgono ai servizi sanitari di base e specialistici.**

Secondo Frances, nel DSM-V la definizione di disturbo con sintomi somatici, oltre ad essere troppo ampia, non è supportata da evidenze empiriche. L'introduzione di questa nuova categoria diagnostica rischia di determinare - prosegue Frances - un aumento ingiustificato di diagnosi psichiatriche.


Con il **DSM-V**, per ricevere una **diagnosi di disturbo con sintomi somatici** è necessaria la presenza di almeno un sintomo somatico capace di creare forti limitazioni nella vita di tutti i giorni, per un periodo di almeno sei mesi. Al sintomo somatico, devono associarsi almeno una di queste risposte psicologiche o comportamentali: pensieri eccessivi riguardanti la gravità dei sintomi, elevati e persistenti livelli di ansia o impiego eccessivo di

tempo ed energie spese a causa delle preoccupazioni per il proprio stato di salute.

I criteri diagnostici del **DSM-IV-TR** - secondo Frances - erano invece più restrittivi. Per la **diagnosi di disturbo di somatizzazione** si richiede, ad esempio, una storia, cominciata prima dei 30 anni, di molteplici lamentele fisiche che si manifestano lungo un periodo di numerosi anni, e che conducono alla ricerca di trattamento o portano a significative limitazioni nel funzionamento sociale e lavorativo. Inoltre, devono essere presenti un totale di almeno otto sintomi somatici (inclusi in 4 gruppi di sintomi), non riconducibili a problematiche mediche generali.

**In realtà, le modifiche proposte nel DSM-V rispondono alle richieste - formulate da più parti[3,4] - di rivedere i disturbi somatoformi** presenti nel DSM-IV e riportati in maniera simile, ma non identica anche all'interno dell'ICD-10 nella categoria dei "Disturbi nevrotici, legati a stress e somatoformi" (**Tabella 1**).

**Tabella 1. Codici e categorie diagnostiche dei Disturbi somatoformi nel DSM-IV, ed equivalenti nell'ICD-10**

 [Cliccare sull'immagine per ingrandirla](#)

Secondo molti ricercatori[5], i disturbi somatoformi - introdotti per la prima volta nel DSM III dopo la controversa abolizione della categoria delle nevrosi - hanno avuto il merito di puntare l'attenzione sui pazienti con disturbi somatici non riconducibili a problematiche fisiche. D'altro canto, queste categorie diagnostiche non avrebbero favorito la ricerca e il

trattamento di quelle condizioni che si trovano nell'area di confine tra la psichiatria e la medicina generale. Per questo motivo, nel DSM-V, si è deciso di includere quei criteri psicologici e comportamentali che - secondo Frances - rendono invece la definizione diagnostica più debole. **L'obiettivo è quello di evidenziare il ruolo della componente psicologica e fornire dei "criteri positivi" per la diagnosi di condizioni che fin'ora sono definite - per esclusione - dal riscontro di sintomi somatici non riconducibili a patologie fisiche[3].**

**Alcuni autori[4] propongono invece, l'eliminazione stessa delle categorie diagnostiche dei disturbi somatoformi. Essi, tra l'altro, sono incompatibili con molte culture orientali come ad esempio quella Cinese, che si fondano su una visione meno dualistica di corpo e mente.** Secondo questi autori, la diagnosi dei disturbi somatoformi poggerebbe sul concetto di "somatizzazione" in base al quale una patologia psichica si manifesta attraverso un sintomo somatico. Oggi questa concettualizzazione viene considerata superata, e si predilige un modello eziologico di tipo multifattoriale che prevede l'interazione di fattori biologici, psicologici e sociali. Si considerano, ad esempio, anche il contesto familiare e culturale della persona.

**Forse, per orientarsi nel dibattito in corso, può essere utile riflettere su come, una volta fatta la diagnosi, questa si utilizza in un processo di intervento.** La classificazione in psichiatria è, infatti, un processo fondamentale, ma è utile soprattutto quando si comincia ad interrogare sul senso di fare diagnosi e su quali ricadute può avere nell'intervento clinico[6]. Del resto, l'etimologia stessa del termine diagnosi rimanda al "conoscere attraverso", all'avere categorie capaci di orientare la conoscenza e, se possibile, la terapia di una malattia. **L'interrogativo sui modi e i luoghi dell'intervento appare tanto più interessante se si considera che il problema non riguarda solo i servizi di salute mentale, ma l'intero sistema socio-sanitario.**

**Le polemiche sulla nuova versione del DSM - da molti ritenuto l'indice di riferimento della diagnostica psichiatrica sistematica - non si ferma comunque a questa categoria diagnostica, ma è più generale.** Come ha scritto più volte sul suo blog ospitato su [Psychology Today](http://Psychology Today), Frances ritiene che la task force che dal 2002 guida la revisione del manuale diagnostico, non stia valutando abbastanza le conseguenze delle numerose modifiche apportate al DSM. Queste includono, ad esempio, l'abbassamento delle soglie diagnostiche per disturbi come il deficit d'attenzione ed iperattività: un disturbo dell'età evolutiva che, già dopo la definizione fornita nel DSM-IV, aveva visto un vertiginoso aumento dei casi diagnosticati e dei relativi trattamenti farmacologici. In generale, la vivacità del dibattito che sta accompagnando l'uscita del DSM-V non è una novità. In

psichiatria - più che in altre branche della medicina - la revisione dei sistemi di classificazione diagnostica è da sempre associata a numerosi dibattiti sui principi alla base della sistematizzazione nosografica. **Ci si interroga sul valore stesso della diagnosi psichiatrica - prevalentemente di tipo descrittivo - in confronto alla diagnosi etiologica o patogenetica, riguardante la maggior parte della diagnosi mediche**, che si basa invece sulla correlazione causale tra eziologia e fenomenologia della malattia.

Come ha sottolineato lo stesso Frances nel suo intervento sul BMJ, **molte delle novità del DSM-V dovrebbero confluire anche nell'undicesima versione (prevista per il 2015) dell'International Classification of Disease (ICD-11)**: il sistema di classificazione promosso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità che, dal 1948, include una sezione per i disturbi mentali. Ritornando ai **disturbi con sintomi somatici**, c'è da aspettarsi che anche dopo l'uscita del DSM il dibattito su queste condizioni continui in maniera accesa. Forse ci sarà modo di considerare meglio i costi sociali e sanitari di queste patologie che, pur presentando manifestazioni somatiche, sembrano avere origini psichiche. Con un occhio più attento ai modi e ai luoghi dell'intervento, si spera.

Lilia Biscaglia, Psicologa, Laziosanità - Agenzia di Sanità Pubblica

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision. Milano: Edizione Italiana Masson, 2000.
2. Kroenke K. Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. *Int J Methods Psychiatr Res* 2003; 12:34-43.
3. Voigt K, Nagel A, Meyer B, Langs G, Braukhaus C, Lowe B. Toward positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res* 2010; 68(5): 403-414.
4. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M, Sharpe M. Somatoform Disorders: Time for a New Approach in DSM-V. *Am J Psychiatry* 2005; 162:847-855.
5. Wise TN, Birket-Smith M. The somatoform disorders for DSM-V: the need for changes in process and content. *Psychosomatics* 2002; 43:437-440
6. Di Ninni A. L'intervento per la salute mentale - Dalle lezioni del corso di epidemiologia psichiatrica per gli psicologi. Roma: Kappa, 2005.