

I DISTURBI DI SOMATIZZAZIONE NEL DSM-5

Piero Porcelli*

In un suo libro su stregoneria e salute mentale ai tempi dell'Inquisizione, Thomas Szaz (1970) scrisse che «ai tempi del *Malleus Maleficarum*, se il medico non trovava prove di malattia naturale, ci si aspettava che trovasse prove di stregoneria. Oggi, se il medico non può diagnosticare una malattia organica, ci si aspetta che faccia diagnosi di malattia mentale» (p. 23 ediz. del 1997). Questa citazione è stata spesso ripresa da Allen Frances negli ultimi tempi per criticare l'approccio alla diagnosi dei disturbi di somatizzazione adottato dal nuovo DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), «spietata macchina che produce disturbi e patologizza gli estremi della normalità», come l'ha definito J. Gornall (2013). Frances, com'è noto, ha intrapreso da molto tempo una battaglia ferocissima contro l'intero DSM-5 con conferenze, dibattiti in TV, blog su Internet, libri e articoli su riviste scientifiche autorevoli come il *British Journal of Psychiatry*. Anche *Psicoterapia e Scienze Umane* ha seguito da vicino il dibattito, pubblicando un suo contributo (Spitzer & Frances, 2011) e organizzando il seminario del 22 ottobre 2011 a Bologna, visionabile su *YouTube* (Frances, 2011).

Di recente, Paolo Migone (2013) ha presentato il DSM-5 su questa rivista analizzandone puntualmente caratteristiche e criticità. Il presente contributo si riallaccia alla presentazione di Migone, cercando di approfondire la questione diagnostica dei disturbi di somatizzazione, argomento importante ma ritenuto probabilmente meno centrale rispetto ad altri classici della psicopatologia, come i disturbi dell'umore o di personalità. Com'è noto a chi ha seguito il dibattito *on-line* sul sito del DSM-5 (www.dsm5.org) e come si evince dalla presentazione di Migone, il *Work Group* del DSM-5 per questi disturbi (presieduto da Joel Dimsdale – docente emerito della *University of California* di

* Unità Operativa di Psicologia Clinica, *Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico* (IRCCS) Ospedale "Saverio de Bellis", Via Turi 27, 70013 Castellana Grotte (BA), Tel. 080-4994685, Fax 080-4994340, E-Mail <piero.porcelli@irccsdebellis.it>. *Dichiarazione sul conflitto in interessi*: L'autore del presente articolo non dichiara alcun conflitto di interessi.

San Diego e *past editor* dal 1992 al 2002 di *Psychosomatic Medicine*, la rivista dell'*American Psychosomatic Society* – e formato da 9 membri, tutti statunitensi a eccezione di due inglesi e un cinese di Hong Kong) ha deciso di cambiare radicalmente la sezione dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), a cominciare dal nome: “Disturbi da Sintomi Somatici” (*Somatic Symptom Disorders* [SSD]), nome che indica sia l'intera sezione (con l'aggiunta “...e Disturbi Correlati”) che il disturbo specifico. Scopo di questo articolo è inquadrare il nuovo disturbo SSD all'interno del dibattito contemporaneo sulla diagnosi in psicosomatica.

Sintomi fisici fra medicina e psicologia

Il DSM è un manuale diagnostico, e in medicina diagnosi significa identificazione di una malattia e possibilmente delle sue cause. In psichiatria, come in altre branche mediche, non essendo note le cause dei disturbi mentali, il concetto di diagnosi si riferisce solo alla prima parte della definizione (identificazione di una malattia). La psicosomatica contemporanea è una disciplina molto più complessa di quanto appaia a prima vista (Porcelli, 2009, 2012), e un modo per entrare nel vivo della questione diagnostica è la messa in discussione del concetto di malattia. George Engel (1960), uno dei padri della psicosomatica contemporanea, criticava aspramente la tradizionale idea di malattia che «tende in pratica a ridurre ciò che viene categorizzato come tale a ciò che può esser compreso o riconosciuto dal medico (...). La malattia, però, non può esser definita solo in funzione del medico, figura sociale e istituzionale. È scientificamente necessario, invece, operare una chiara distinzione fra lo studio della malattia come fenomeno naturale e la categorizzazione della malattia in funzione del ruolo del medico nella società» (p. 52). E inoltre, «molti fenomeni della vita quotidiana, considerati naturali (come una perdita oggettuale o un lutto), non vengono visti in termini di malattia, anche se implicano processi che alla base non sono differenti da quelli che sono implicati nella malattia (per esempio, uno scompenso glicemico)» (p. 53). Più recentemente, Tinetti & Fried (2004) hanno sostenuto che il tradizionale concetto di malattia è oggi datato e potenzialmente anche pericoloso poiché può condurre inavvertitamente a eccessi o sottovalutazioni di diagnosi e trattamento a causa della diversa epidemiologia: prevalenza di malattie croniche su quelle acute e infettive che assorbono fino all'80% del costo sanitario complessivo, interazione complessa fra fattori biologici e non-biologici, invecchiamento della popolazione, variabilità inter-individuale delle priorità per la propria salute.

A causa di questi e molti altri fattori, è quindi difficile distinguere ciò che è biologico da ciò che non lo è (psichico, ambientale, sociale) in quasi tutte le malattie contemporanee. E questo è molto più vero se si considerano alcune condizioni cliniche che si sono “spostate” nel corso del tempo attraversando il debole confine fra medicina e psicologia. Uno degli esempi più classici è quello dell'ulcera peptica che è stata “traslocata” dal campo *psy* (negli anni

1950 era considerata una delle *classiche* sette malattie psicosomatiche della Scuola di Chicago) a quello biologico fra gli anni 1980 e 1990 dopo la scoperta dell'*Helicobacter pylori* di Marshall e Warren a cui fu per questo conferito il premio Nobel nel 2005 (Porcelli & Todarello, 2003). Il problema è quindi quello eterno fra le scienze *psy* che tendono a concepire le malattie (mediche e mentali) come *brainless* e *bodyless* e la medicina (e i settori più “organicisti” della psichiatria e delle neuroscienze) che tende a concepirle come *mindless* (Lipowski, 1989). La questione non è solo epistemologica ma è anche centrale nella pratica clinica: la definizione *diagnostica* di malattia non è un dato di fatto ma è inferita dalla concezione teorica che ne è a monte.

Questo aspetto influenza in primo luogo il fatto stesso di considerare una malattia come *psicosomatica* o *medica*, come nel caso dell’ulcera peptica, da cui le critiche di Engel (1960) e Tinetti & Fried (2004) sul concetto stesso di malattia. Esso influenza, in secondo luogo, anche la separazione fra malattia di tipo *organico* o *funzionale*, da cui l’accostamento di Szaz fra medicina, psichiatria e stregoneria. Solo per citare un esempio, la sindrome dell’intestino irritabile (*irritable bowel syndrome* [IBS]) è oggi considerata da moltissimi come un caso lampante di disturbo funzionale, psicosomatico per gli psichiatri o psichiatrico per i gastroenterologi. Se si guardano i dati della ricerca clinica, però, ci si accorge che questa sindrome non è né psichiatrica né gastroenterologica, né organica né funzionale, ma è entrambe le cose. Un gruppo australiano, per esempio, ha recentemente valutato un campione di 244 pazienti affetti da IBS utilizzando 34 *marker* biologici (prevalentemente citochine e anticorpi) e genetici e, insieme, una serie di test per stress, ansia, depressione e somatizzazione (Jones *et al.*, 2014). I *marker* bio-genetici e quelli *psy*, considerati isolatamente, hanno dimostrato una discreta capacità di identificazione diagnostica che è “schizzata” a un valore AUC (*Area Under the Curve*) di 0.94 (su una scala che va da 0 a 1.00) se considerati *insieme*.

Ancora più difficile è individuare il confine fra psichiatria e medicina nelle presentazioni fisiche di disturbi psicopatologici, come avviene per l’attacco di panico, che non a caso John Nemiah (1984) – autore con Peter Sifneos del costrutto di alexithymia – considerava il *prototipo* dei disturbi psicosomatici, soprattutto quando si manifesta in forma *mascherata* come sindrome esclusivamente somatica (Porcelli & De Carne, 2008). Nell’ottica psichiatrica, un paziente con vari sintomi funzionali o *medically unexplained symptoms* (MUS) potrebbe ricevere una diagnosi DSM-IV *omnibus* di Disturbo di Somatizzazione mentre, visitato da vari specialisti, ricevere diagnosi multiple di sindrome ipoglicemica, sindrome da fatica cronica, sindrome vertiginosa, ecc. Si tratta di «una o più sindromi?» (Wessely, Nimnuan & Sharpe, 1999). In ottica specialistica, ogni clinico fa diagnosi in base a «ciò che può esser compreso o riconosciuto», per usare le parole di Engel citate prima. In un’ottica più integrata, si riconosce un comune denominatore che possiamo definire di “somatizzazione” se si esaminano non i singoli sintomi o i singoli sistemi anatomici – così enfatizzati dagli specialismi biomedici per cui il corpo umano è una sorta di *puzzle* che sembra ricalcare la mappa di un policlinico composto

dai tanti reparti specialistici – ma i *fattori latenti* che sottendono gli elementi comuni. Utilizzando la *latent class analysis* e l'analisi tassometrica, emerge infatti un dato omogeneo in popolazioni e paesi diversi: la somatizzazione è concettualizzabile come un *continuum* dimensionale piuttosto che come una o più categorie discrete caratterizzate da sintomi distinti. Lo confermano indagini svolte su 28.351 gemelli svedesi (Kato, Sullivan & Pedersen, 2010), 3.878 pazienti tedeschi di medicina generale (Jasper *et al.*, 2012), 5.062 individui tedeschi di popolazione generale (Kliem *et al.*, 2014), e gruppi più ristretti di 400 pazienti olandesi con MUS (Lacourt, Houtveen & van Doornen, 2013) e 399 pazienti epilettici americani (Thomas & Locke, 2010). È quindi più probabile che sia vera un'unica sindrome latente di somatizzazione piuttosto che tante sindromi discrete di tipo specialistico.

Emerge in modo sempre più evidente in letteratura la necessità di costrutti diagnostici più aderenti alla presentazione clinica reale e meno influenzati da inferenze teoriche che possono facilmente diventare ideologiche in questo campo, come sostiene Frances (2010, 2013a, 2013b) criticando il DSM-5. È quanto aveva probabilmente in mente Lipowski (1987) nel definire il costrutto di somatizzazione come la tendenza a vivere e comunicare il disagio psicologico in termini di sintomi fisici e a cercare aiuto medico per essi. In questa definizione, l'accento va posto non sui sintomi fisici in sé ma sul fatto che essi sono un linguaggio che il paziente usa per rappresentarsi una condizione di disagio psichico. I sintomi di somatizzazione possono essere infatti transitori e non richiedere alcun intervento specialistico: si stima che l'80% degli adulti medi accusi uno o più sintomi fisici al mese e che il 75-95% di tali episodi sintomatici vengano gestiti autonomamente senza ricorrere a consultazioni mediche (Porcelli, 2009). Oppure possono diventare importanti, cronicizzarsi, spingere a consultare molti medici, diventare invalidanti e comportare elevatissimi costi socio-sanitari (Konnopka *et al.*, 2012). È quindi l'interpretazione individuale a caratterizzare maggiormente ciò che di psicologico o psicosomatico c'è in una malattia medica e quindi a influire sulle ipotesi che il soggetto stesso si fa sulla probabile origine dei sintomi (cause alimentari, infettive, costituzionali, eziologiche, psicologiche), sul nome da dare a essi, sul vocabolario da usare per descrivere la narrativa del proprio malessere e sul comportamento da adottare di conseguenza. In questo senso, è stato ipotizzato che il costrutto di *comportamento di malattia* possa costituire un concetto unificante per comprendere il modo individuale di monitorare sensazioni fisiche e stati interni, definire e interpretare i sintomi fisici, effettuare ipotesi di probabili attribuzioni causali, ricorrere a comportamenti coerenti con i passi precedenti utilizzando fonti di cura sia mediche che informali o alternative o altro (Sirri, Fava & Sonino, 2013).

Il modello tradizionale di malattia, nell'accezione di cui sopra, non riesce quindi a spiegare adeguatamente come l'identificazione, la presentazione e l'esito stesso di un disturbo fisico possa essere largamente influenzato dai vissuti e dalle risposte individuali alle sensazioni fisiche e ai sintomi somatici. Il problema non consiste nella *natura* della sindrome, se organica o funzionale,

ma nel *peso relativo* da attribuire ai diversi fattori psicologici, biologici e sociali (Porcelli, 2009). La diagnosi, in questo campo, non può essere considerata come “identificazione di una malattia” poiché la nozione stessa di malattia è determinata da fattori individuali di tipo biologico ma anche psicologico, sociale e culturale (Kleinman, 1988). Una delle criticità più importanti di una classificazione diagnostica dei sintomi fisici mediante categorie psicopatologiche, ossia lo scopo principale del DSM, sta proprio in questa confusione di confine fra medicina e psicologia. Incentrare la procedura diagnostica sulla *dimensione esplicita* dei sintomi “oggettivi” implica la necessità di arrivare a una diagnosi in senso biomedico di “identificazione di patologia”, mentre nel campo che qui stiamo considerando è essenziale focalizzarsi sulla valutazione (nel senso anglosassone di *assessment*) dei *meccanismi impliciti* di formazione (generazione, esordio, persistenza, cronicizzazione, presentazione, gestione clinica, esito) dei sintomi stessi. Ognuno dei due livelli, implicito ed esplicito, è importante ed entrambi sono importanti quanto i fattori biologici e quelli sociali. Se tutti i fattori possono essere legittimamente considerati causativi dello stato di malattia, non tutti hanno la medesima importanza essendo le malattie multifattoriali ed eterogenee. Compito dell'*assessment* è individuare quali sono i fattori psicologici con *peso relativo* importante rispetto a o in associazione con i fattori biomedici nello spiegare la patologia X in questo paziente specifico (Porcelli, 2009).

La classificazione diagnostica della somatizzazione nel DSM-5

Come descritto da Migone (2013, p. 569), l'impostazione “ateorica” del DSM, inaugurata nella terza edizione del 1980, consiste nell'ignorare completamente le ipotesi eziopatogenetiche e affidare la diagnosi dei disturbi psicopatologici esclusivamente ai sintomi osservabili dal clinico. Non sempre è stato possibile rispettare quest'assunto ma esso rappresenta indubbiamente la filosofia di fondo del DSM, mantenuta anche nell'attuale quinta versione. L'impostazione ateorica è stata mantenuta ovviamente anche per i disturbi di somatizzazione, il che significa fare diagnosi basandosi esclusivamente, o quasi, sulla valutazione di ciò che abbiamo definito come il primo livello esplicito dei sintomi da parte del clinico.

Nel DSM-IV questo principio ha comportato una serie di decisioni strategiche per la procedura diagnostica dei Disturbi Somatoformi. Anzitutto la scelta del suffisso “-forme”, a indicare una condizione simile a – o che imita – un'altra sindrome, come in “schizofreni-forme”. In questo caso, significa che sono presenti sintomi di una malattia fisica che però non sono *reali*, veri sintomi di quella malattia, ma ne sono solo simili, la imitano. Sono dei falsi positivi, insomma, e quindi i criteri diagnostici si applicano a quelli che sono stati definiti “sintomi non spiegabili dal punto di vista medico” o MUS. È un'impostazione di massima “ateoricità” dei MUS per i quali il clinico non

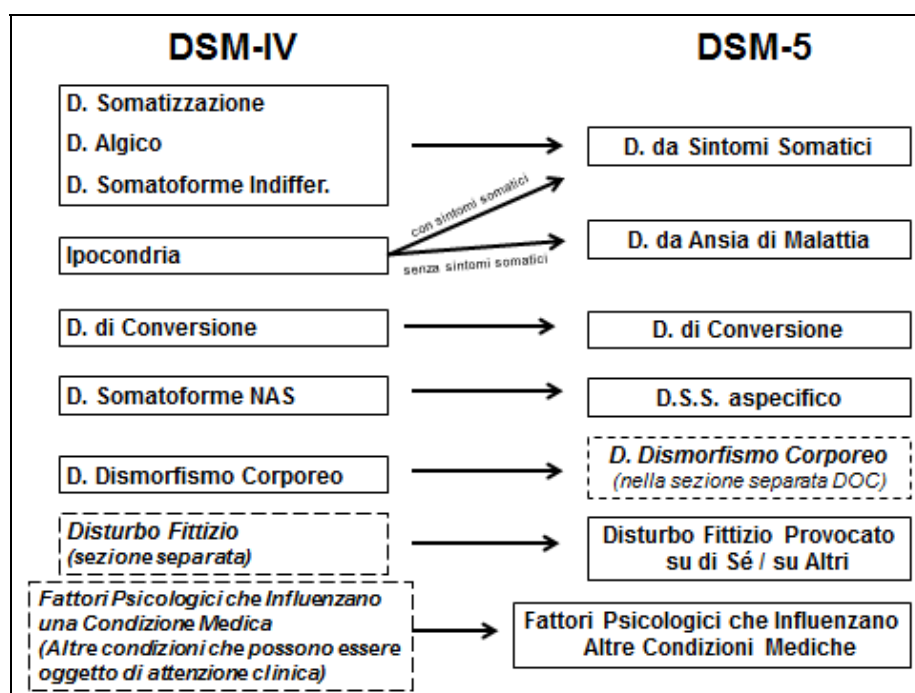
avanza alcuna ipotesi eziologica e si limita a definirli “sintomi fisici che io come medico non so spiegare”. È da notare per inciso che tale principio non è stato rispettato per tutte le diagnosi somatoformi: il disturbo di conversione e quello algico richiedevano anche come criterio che i fattori psicologici fossero associati a esordio, riacutizzazione e mantenimento della sindrome. Tuttavia, pur al massimo possibile della “ateoricità”, è evidente che la necessità di mantenere la diagnosi al minimo livello di inferenza teorica sul piano esplicito dei sintomi osservabili non è *ideologicamente neutra* poiché presuppone la dicotomizzazione fra ciò che è medico (ossia organico o *mindless*) e ciò che non lo è (ossia funzionale o psicologico o *bodyless*), ricadendo ancora una volta nel vecchio dualismo mente-corpo.

Il secondo punto fermo nella procedura diagnostica dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV è dato dalla cosiddetta “regola gerarchica” per cui i sintomi fisici non devono essere ritenuti secondari a un altro disturbo psicopatologico di Asse I, i più frequenti dei quali sono i disturbi dello spettro ansioso e di quello depressivo. Come notato nel paragrafo precedente, si tratta di un criterio estremamente difficile da rispettare poiché si scontra non solo contro un’ampissima letteratura di sovrapposizione di sintomi fisici e ansioso-depressivi, che parte dalla medicina di base e arriva alle statistiche mondiali dell’*Organizzazione Mondiale della Sanità* (OMS), ma si scontra soprattutto contro la reale pratica clinica. Nello sforzo di delimitare anche i MUS, i criteri del Disturbo di Somatizzazione (diagnosi principale dei disturbi somatoformi) erano molto selettivi, prevedendo una soglia molto alta: esordio prima dei 30 anni, durata tendenzialmente cronica, dolore in almeno 4 distretti corporei diversi, almeno due sintomi gastrointestinali, almeno un sintomo sessuale non dolorifico e almeno un sintomo pseudo-neurologico. Non c’è da meravigliarsi che i dati di prevalenza indicano una frequenza del Disturbo di Somatizzazione attorno all’1% e una bassissima stabilità nel tempo anche a solo un anno di distanza (Simon & Gureje, 1999), mentre nella pratica clinica i disturbi di somatizzazione sono frequentissimi e spesso cronici.

Il terzo punto fermo è stato il concetto secondo cui, in presenza di una causa medica, il paziente percepisce i sintomi somatici in modo eccessivo rispetto all’entità della causa. Si tratta, com’è evidente, di una specie di salto logico rispetto alla “ateoricità”, necessario per disturbi come l’Ipocondria e il Disturbo da Dismorfismo Corporeo. Per la prima, l’Ipocondria, si introduceva un fattore cognitivo (convinzione soggettiva di soffrire di una malattia...) e uno relazionale (...nonostante le rassicurazioni mediche), dipendente dalla qualità del rapporto medico-paziente. Per il secondo, si introduceva un fattore fortemente soggettivo (preoccupazione eccessiva per un difetto fisico, immaginato o in associazione a una lieve anomalia fisica) non in relazione alla presenza di sintomi fisici. L’anomalia è stata “sanata” nel DSM-5 per quanto riguarda la dismorfofobia che è stata rubricata all’interno dello spettro del disturbo ossessivo-compulsivo, a sua volta derubricato dalla sezione dei Disturbi d’Ansia e considerato categoria a sé.

Con una coniugazione differente e modificando la nomenclatura dei disturbi, questi tre assunti sono rimasti alla base del DSM-5. Nella Figura 1 sono schematicamente illustrati i cambiamenti delle diagnosi dal DSM-IV al DSM-5 (in corsivo nei box tratteggiati sono indicati i disturbi non compresi nel DSM-IV o nel DSM-5).

Figura 1. Cambiamenti dai Disturbi Somatoformi del DSM-IV al Disturbo da Sintomi Somatici del DSM-5



I cambiamenti più importanti sono: (a) raggruppamento di gran parte degli ex-Disturbi Somatoformi in un'unica etichetta di *Disturbo da Sintomi Somatici*; (b) sdoppiamento della ex-Ipocondria nelle diagnosi di *Disturbo da Sintomi Somatici* e *Disturbo da Ansia di Malattia* a seconda della presenza o assenza di sintomi MUS; (c) conservazione del *Disturbo di Conversione* ma eliminando il criterio di associazione con stress psicologico; (d) spostamento del *Disturbo da Dismorfismo Corporeo* nella sezione dei Disturbi Ossessivo-Compulsivi; (e) inclusione di due categorie considerate a parte del DSM-IV, ossia il *Disturbo Fittizio (provocato su sé o su altri)* e i *Fattori Psicologici che Influenzano Altre Condizioni Mediche*.

Esaminiamo ora i punti salienti.

1) *Raggruppamento della maggior parte dei disturbi somatoformi in un'unica categoria*

L'intera sezione dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV è stata rinominata "Disturbi da Sintomi Somatici e Disturbi Correlati", in analogia alla nuova sezione dei "Disturbi Ossessivo-Compulsivi e Disturbi Correlati": in entrambi i casi si è probabilmente voluto indicare che la sezione è composta da un disturbo principale (SSD, come lo si sta definendo in letteratura utilizzando l'acronimo di *Somatic Symptom Disorder*), insieme ad altri minori che rientrano in una stessa classe di sindromi che implicano la presentazione clinica di sintomi fisici e/o elevata preoccupazione per le malattie. L'abolizione dell'etichetta Disturbi Somatoformi è stata decisa perché, secondo il *Work Group*, il termine "somatoforme" è ambiguo, linguisticamente complesso per la combinazione di matrice latina e greca, difficile da tradurre in altre lingue e può facilmente essere confuso con "somatizzazione" (Dimsdale *et al.*, 2013). Concettualmente, in realtà, è un ulteriore rafforzamento della scelta ateorica secondo la quale anche il suffisso "-forme", così come il termine MUS, implica una quota residua di inferenza teorica che fa pensare a un'origine psicologica dei sintomi fisici. Il livello zero di inferenza adottato con il termine SSD indica semplicemente la presenza di sintomi fisici di tipo esplicito, rischiando di fatto di proporre una diagnosi tautologica: poiché ho sintomi fisici, ho un disturbo da sintomi fisici. Con la modificazione del nome si è voluto evitare dunque l'ambiguità della diagnosi di Disturbo di Somatizzazione. Dubito francamente che, nell'essere stati più realisti del re in ossequio alla "ateoricità", si sia favorita la comunicazione fra clinici e che un medico non-psichiatra capisca cosa vuol dire una diagnosi psicopatologica di "disturbo da sintomi somatici".

La categoria centrale di SSD ha raggruppato il Disturbo di Somatizzazione, il Disturbo Algico e il Disturbo Somatoforme Indifferenziato del DSM-IV e richiede un criterio di *cronicità* (sintomi persistenti per almeno 6 mesi, anche se non continuativamente) e due criteri principali:

- (A) *presenza di sintomi somatici*: uno o più sintomi somatici che provocano disagio o difficoltà significativa nella vita quotidiana;
- (B) *eccessiva preoccupazione*: pensieri, emozioni o comportamenti eccessivi in relazione a tali sintomi somatici, definiti da almeno uno dei seguenti:
- (1) preoccupazioni persistenti e sproporzionate sulla gravità dei propri sintomi;
 - (2) livelli elevati di ansia per la salute o per i sintomi;
 - (3) tempo ed energie eccessivamente dedicati a tali sintomi o preoccupazioni.

È poi possibile specificare (a) la predominanza del *dolore*, se costituisce la sintomatologia preminente per il Criterio A (in questa specificazione rientrerebbe il Disturbo Algico del DSM-IV); (b) la *persistenza*, se ha durata di oltre 6 mesi; (c) la *gravità*, suddivisa in *lieve* (soddisfatto solo un punto del Criterio B), *moderata* (2 o più punti del Criterio B) e *grave* (2 o più punti del Criterio B e sintomi somatici multipli). Vengono anche suggerite due scale per aiutare

il clinico nella valutazione del Criterio A (il *PHQ-15*) e del Criterio B (la *SSD Clinician Rated*). Infine è da segnalare che la diagnosi di SSD ha avuto una lunga gestazione e alcuni rimaneggiamenti dalla prima versione messa *on-line* nell'aprile 2011 alla seconda dell'aprile 2012 e a quella definitiva, essendo inizialmente previste due sindromi SSD, una *complessa* (richiesti 2 su 3 punti del Criterio B) e una *semplice* (un solo punto necessario).

Nel suo *blog* su www.psychologytoday.com citato da Migone (2013, p. 583), Frances (2012) critica duramente la diagnosi di SSD come un "pericoloso errore". Basta un sintomo somatico particolarmente pervasivo, l'impressione del clinico che il paziente ne sia eccessivamente preoccupato e una durata di almeno 6 mesi (anche non consecutivi) perché si venga etichettati con una diagnosi di disturbo mentale. Per il principio teorico di cui sopra, non ci sono inferenze sulla natura del sintomo fisico o sui correlati psicologici, nessuna contestualizzazione nella vita del paziente, nessuna ricostruzione anamnestica. Infatti i 3 punti del Criterio B non sono sufficientemente distinti dal punto di vista concettuale e quindi sono non-indipendenti l'uno dall'altro: è possibile infatti essere costantemente preoccupati per la propria salute (Criterio B1) senza provare una quota elevata di ansia per la salute (Criterio B2) e quindi starci continuamente dietro per tempo ed energie (Criterio B2)? (First, 2011; Sykes, 2012). In questo modo, persone con sindrome da fatica cronica, fibromialgia, sindrome dell'intestino irritabile, dispepsia non-ulcerosa, cefalea cronica, ma anche cancro, diabete, cardiopatie, malattia di Lyme, artrite reumatoide, cistite interstiziale, lupus, distrofia simpatica riflessa e tante altre malattie croniche e disabilitanti potrebbero soddisfare i criteri di SSD, aggiungendo alla patologia medica uno stigma psichiatrico. Nel *field trial* del *Work Group* per il SSD, su 952 individui (337 sani, 339 con patologie mediche "organiche" e 107 con disturbi "funzionali") sono stati trovati positivi alla diagnosi di SSD un paziente con cancro e cardiopatia su 6, uno su 4 con sindrome dell'intestino irritabile e fibromialgia, e addirittura uno su 14 fra i soggetti sani (Dimsdale *et al.*, 2013). Non c'è quindi da meravigliarsi se, come riferisce Frances, durante la *review* pubblica *on-line* in pre-pubblicazione del DSM-5, la sezione di SSD sia stata quella che ha ricevuto più commenti critici rispetto a tutte le altre. In risposta, il *Work Group*, commenta Allen (2012), «invece di rivedere i criteri in senso meno inclusivo o sottoporre l'intera sezione a una *review* scientifica esterna e indipendente, ha abbassato ulteriormente la soglia diagnostica del Criterio B da "almeno 2" [prima versione del *Complex SSD*; N.d.R.] ad "almeno uno" [versione attuale; N.d.R.]».

Il pericolo maggiore sottolineato da Frances è quindi quello di aver dato eccessivo peso alla correzione dei falsi negativi e aver così aperto le porte a una possibile inflazione di falsi positivi, pericolo costantemente presente in psichiatria (Wakefield, 2010). Non ci sono ancora dati di prevalenza in letteratura su cui poter ragionare in maniera più concreta. Le ricerche finora pubblicate sono molto disomogenee e non consentono alcuna conclusione. Al momento, a mia conoscenza, i dati empirici disponibili provengono da un'indagine tedesca effettuata su 259 pazienti diagnosticati con un Disturbo Soma-

toforme del DSM-IV in cui è stata trovata una prevalenza di diagnosi di SSD del 69% (Voigt *et al.*, 2012); un'altra indagine tedesca su 321 soggetti con MUS dalla popolazione generale che ha trovato una prevalenza di SSD del 17% (Rief *et al.*, 2011); e un'indagine italiana su 70 pazienti con cardiopatia congestizia che ha trovato una prevalenza simile del 18% (Guidi *et al.*, 2013). Inoltre, Häuser & Wolfe (2013) hanno riportato che, in pazienti tedeschi con epatopatia cronica e malattie reumatiche, il 91% degli epatopatici, il 65% dei pazienti con lupus e il 56% di quelli con artrite reumatoide hanno evidenziato almeno un sintomo fisico grave e invalidante, con un carico soggettivo per sintomi multipli gravi nell'11% dei casi. È possibile – si domandano gli autori – chiedere a un paziente con una patologia di questo tipo se «si preoccupa spesso della sua malattia? Le risulta difficile dimenticarsi della sua condizione e pensare ad altro?» (p. 586). Altri, come King (2013), hanno sottolineato il rischio di incorrere in un grossolano errore diagnostico e ritenere mentalmente instabili pazienti con patologie mediche.

Infine è da segnalare brevemente un dato clinico che non viene citato neanche dai critici del SSD. Molti pazienti con patologie mediche possono evidenziare ciò che Pilowski (1997) definiva “negazione di malattia” come aspetto disadattivo dell'*abnormal illness behavior*. È stato trovato infatti che fino al 50% dei pazienti con dolore cronico severo muscoloscheletrico non si rivolge al medico, correndo grossi rischi di progressione della patologia verso l'invalidità e ricorrendo massicciamente all'auto-medicazione (Cornally & McCarthy, 2011); che il 10% dei pazienti oncologici e fino al 30% dei pazienti ospedalieri per cui viene richiesta consulenza psichiatrica evidenziano negazione di malattia (Porcelli, 2009); e infine che i pazienti alessitimici hanno un rischio di quasi 4 volte maggiore di chiamare il 118 con un ritardo di oltre 2 ore per infarto del miocardio, correndo un rischio di mortalità enorme per dilazione dei tempi di perfusione miocardica (Carta *et al.*, 2013). Non vi è traccia nel SSD di questo comportamento fortemente a rischio poiché non è osservabile, non rientra nel livello esplicito dei sintomi e si colloca al polo opposto rispetto ai criteri SSD.

In conclusione, a quanto emerso finora dal dibattito, il SSD ha ricevuto molte più critiche che consensi. Secondo l'opinione di alcuni come Frances, questa nuova diagnosi corre il rischio di venir utilizzata eccessivamente e abusivamente. Secondo l'opinione di altri, invece, come Steven King, presidente del Comitato per il Disturbo Algico del DSM-IV, la diagnosi di SSD non verrà usata se non raramente, come è accaduto al troppo generico e iperinclusivo Disturbo Somatoforme Indifferenziato del DSM-IV: «Io ritengo – scrive King (2013) – che, almeno per come inquadra il dolore, la nuova diagnosi vada nella direzione sbagliata (...). Non riesco a vedere come si possa determinare cosa significhi “comportamenti, emozioni e pensieri eccessivi” per esempio per un paziente con dolore oncologico o per uno con un dolore cronico invalidante in quanto non abbiamo alcuna idea di cosa possa considerarsi una risposta normale o per lo meno attesa in questo tipo di problemi. Per la mia esperienza, sono invece senz'altro portato a credere che tali comporta-

menti, emozioni e pensieri siano una reazione alla difficoltà di gestione clinica del dolore più che un problema psicologico del paziente in quanto tale» (p. f1580).

2) *Sdoppiamento dell'ipocondria in due diagnosi distinte*

Come indicato nella Fig. 1, la vecchia diagnosi di Ipocondria non esiste più, essendo stata “sdoppiata” in due tronconi. A differenza delle altre diagnosi somatoformi del DSM-IV, la diagnosi di Ipocondria era molto più inferenziale che ateorica poiché si basava su una combinazione di sintomi cognitivi (convinzione di avere una malattia per una personale interpretazione dei sintomi somatici) e comportamentali (comportamento di malattia caratterizzato dalla preoccupazione persistente anche dopo adeguata rassicurazione medica). Il *Work Group* del DSM-5 ha stabilito – in maniera apparentemente arbitraria poiché non ha fornito alcuna documentazione empirica – che il 75% dei pazienti ipocondriaci presenterebbero in modo predominante sintomi fisici su cui concentrare le preoccupazioni per la salute. In presenza di sintomi fisici, quindi, questi pazienti vengono riclassificati con la diagnosi di SSD. Nel 25% dei casi, invece, i pazienti ipocondriaci avrebbero pochi o nessun sintomo somatico e la loro ansia riguarderebbe essenzialmente il sospetto di avere una malattia medica seria, il più delle volte non diagnosticata. Questa tipologia di pazienti con “ipocondria senza sintomi fisici” viene classificata con la diagnosi di Disturbo da Ansia di Malattia (*Illness Anxiety Disorder* [IAD]). La diagnosi di IAD è posta quando il soggetto mostra, da almeno 6 mesi, una persistente preoccupazione di aver contratto una malattia medica seria (Criterio A) in assenza o quasi di sintomi fisici (Criterio B). Inoltre il soggetto mostra una relazione inversa fra livello di ansia e soglia di allarme sulla propria salute (Criterio C), e pertanto può oscillare fra comportamenti compulsivi di controllo e ispezione del corpo per scoprire i segni della malattia e comportamenti di evitamento di situazioni di tipo medico (visite, ospedali, ecc.) (Criterio D). A seconda della predominanza dell'uno o dell'altro, si possono specificare i sotto-tipi di IAD “richiedente assistenza” (*care-seeking type*), caratterizzato dall'uso frequente di presidi sanitari, e “evitante l'assistenza” (*care-avoidant type*), caratterizzato dall'evitare medici, ospedali, esami, laboratori di analisi, ecc. a causa dell'aumento esponenziale di ansia.

Nella diagnosi di IAD, come sostiene Sykes (2012), il costrutto di *medically unexplained symptoms* (MUS), cacciato dalla porta del DSM-5, ritorna dalla finestra. La sintomatologia clinica prevalente continua a essere cognitiva e comportamentale mentre l'unica concessione fatta al criterio ateorico dei sintomi fisici espliciti è *ex negativo*, come appunto nei MUS: il paziente è angosciato dall'aver contratto una malattia medica seria ma non ha sintomi o sono minimi e non giustificati sulla base delle evidenze strumentali e di laboratorio. I problemi che potrebbero sorgere con questa diagnosi sono quindi di due tipi. Il primo riguarda la reale netta separazione fra soggetti molto preoccupati della propria salute sulla base di sintomi fisici (i tre quarti degli ipocondriaci che riceveranno ora diagnosi di SSD, in modo pericolosamente iper-

inclusivo, come abbiamo visto) e soggetti ugualmente preoccupati per la propria salute ma che non hanno sintomi (un quarto degli ipocondriaci, ora con diagnosi di IAD). Sorprendentemente, però, il DSM-5, dopo aver così nettamente differenziato le due sindromi, afferma che la prevalenza del SSD non è nota e si stima sia attorno al 5-7% nella popolazione generale sulla base dei risultati dei dati esaminati sui 952 soggetti di cui sopra (Dimsdale *et al.*, 2013), e che le stime di prevalenza di IAD si basano su quanto si conosce del disturbo di Ipocondria del DSM-IV. Delle due l'una: o si avevano i dati per differenziare così decisamente le due sindromi sdoppiando il disturbo ipocondriaco in ragione di una prevalenza 2:1, o non si comprende come mai è stata dissolta l'ipocondria che scompare dal vocabolario psichiatrico, come era già accaduto al concetto di nevrosi, espulso dalla nosografia ufficiale ma giustamente rimasto nella pratica clinica.

Il secondo aspetto problematico, correlato al primo, riguarda il contenuto effettivo della diagnosi di IAD. Come per il SSD, tutto qui ruota attorno all'eccessiva preoccupazione per la salute, concetto eterogeneo che si coglie meglio se espresso dimensionalmente lungo un *continuum* che va da un polo di normale bisogno di preoccuparsi per le proprie condizioni fisiche al polo estremo opposto di ipocondria. Il problema diagnostico si pone quindi per quanto riguarda il confine "inferiore" fra normalità ed eccessive preoccupazioni e quello "superiore" fra ansia per la salute e convinzioni ipocondriache. In mezzo non c'è la separazione fra SSD e IAD, come sostiene il DSM-5 senza alcuna evidenza empirica (Starcevic, 2013), ma le fluttuazioni del comportamento di malattia che necessariamente accompagnano gli individui in modo transitorio o stabile a seconda dei propri effettivi problemi di salute e che potrebbero costituire uno degli aspetti teorici centrali della psicologia clinica in medicina, come evidenziato all'inizio (Sirri, Fava & Sonino, 2013). Qui sembra abbastanza evidente la concezione del DSM-5 del paziente come malato, per cui il peso decisionale della diagnosi viene caricato sul giudizio del clinico riguardo ai sintomi espliciti. Come sostenuto da Tinetti & Fried (2004), si tratta invece di passare da un modello classico di malattia a un modello di diagnosi su misura, "tagliato sull'individuo" (*individually tailored*), e basato sulle preoccupazioni del soggetto (ossia, non tanto i valori pressori ma la paura di morire di infarto prima dei 50 anni come eventualmente accaduto al padre), sulle sue priorità (bilancio personale fra rischi di malattia e effetti collaterali dei farmaci) e sulla responsabilizzazione consapevole delle proprie condizioni di salute, dei rischi e del trattamento proposto dal medico.

3) *Spostamento di alcune diagnosi in altre sezioni*

Come evidenziato nella Fig. 1, vi sono stati spostamenti di alcune diagnosi fra varie sezioni. Il Disturbo Fittizio, che nel DSM-IV aveva una sezione a se stante, rientra ora pienamente nei disturbi SSD-correlati, distinguendo il danno fisico procurato a se stesso o ad altri. Allo stesso modo, i Fattori Psicologici che Influenzano una Condizione Medica passano dalla sezione aggregata di

“Altre condizioni che possono essere oggetto di attenzione clinica” del DSM-IV a quella dei disturbi SSD-correlati. Percorso inverso è stato fatto compiere invece al Disturbo da Dismorfismo Corporeo, transitato dai Disturbi Somatoformi del DSM-IV alla sezione delle sindromi correlate del Disturbo Ossessivo-Compulsivo.

4) Il disturbo di conversione

Un’annotazione è doverosa anche per il Disturbo di Conversione. È l’unico disturbo rimasto inalterato all’interno di questa sezione rispetto al DSM-IV, indicando nella formula “Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali” un possibile sinonimo. Come detto sopra, da questo disturbo è stato eliminato il criterio di associazione con fattori psicologici per quanto riguarda esordio o riacutizzazione. Si tratterebbe quindi pienamente di un disturbo pseudo-neurologico. Nelle note cliniche che accompagnano i criteri DSM-5 del Disturbo di Conversione viene infatti specificamente affermato che i segni clinici classici della conversione (stretta relazione temporale con situazioni di stress o trauma psicologico o fisico, sintomi dissociativi, *belle indifférence*, guadagno secondario di malattia) possono esser presenti ma non necessari alla diagnosi. Anche in questo caso, le stime di prevalenza non esistono e vengono riproposte quelle del DSM-IV che contenevano però il riferimento agli antecedenti psicologici. Considerando la complessità e i costi della diagnosi neurologica con le sofisticate tecniche di *neuroimaging*, è davvero difficile capire se un esame clinico dei sintomi espliciti (paralisi, distonie motorie, parestesie, afonie, disartrie) sarà sufficiente a dichiarare “pseudo-” o “funzionali” i sintomi neurologici riferiti dal paziente. E inoltre, considerando che circa il 30% delle visite neurologiche è costituito da disturbi cosiddetti funzionali (Stone *et al.*, 2009), quanto si potrebbe favorire la sovra-indagine diagnostica se si elimina il criterio *ex-positivo* della presenza dei fattori psicologici?

A questo proposito, in uno studio recente su un ampio campione di 1.489 pazienti medici eterogenei (Porcelli *et al.*, 2012) è stata trovata una prevalenza soltanto dello 0.4% di Disturbo di Conversione con i criteri DSM-IV. La sindrome di conversione è stata però valutata anche con i criteri di Engel (1970) che includono gli aspetti psicologici (ambivalenza, caratteristiche istrioniche di personalità, associazione dell’esordio o della riacutizzazione dei sintomi con stress psicologico, storia di sintomi fisici simili osservati in altri), ed è stata trovata una prevalenza del 4.5%, cioè ben 10 volte superiore. Come sosteneva Engel (1968), non è la *natura* del sintomo (ossia ciò che qui abbiamo indicato come livello esplicito e che il DSM-5 chiama Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali) a fare la diagnosi di conversione ma il *vissuto* (o livello implicito) di quelle parti del corpo, rappresentabili mentalmente, che, associato ad altri contenuti mentali, fornisce elementi inconsci al processo di formazione dei sintomi (vedi anche Taylor, 2003, 2010). Guardando i criteri di Engel del 1968 e quelli del DSM-5 del 2013, è davvero difficile capire quali siano quelli meno datati, oltre che più sensati sul piano clinico.

Le nuove proposte alternative alla diagnosi psichiatrica

Nello sforzo massimo di osservare il principio di ateoricità, il *Work Group* per i SSD ha, come abbiamo visto, eliminato l'ambiguo concetto di MUS, finendo per considerare la semplice presenza di sintomi fisici come uno dei criteri sufficienti per fare diagnosi. Frances (2012) ha osservato che, così facendo, viene disattesa quella che lui definisce la "regola aurea" (*golden rule*): «è necessario escludere l'esistenza di una malattia medica sottostante o di effetti collaterali ai farmaci prima di decidere che i sintomi fisici sono causati da un disturbo mentale». Ha pertanto avanzato una proposta – disattesa – di aggiungere 3 sottocriteri al SSD:

- (1) in presenza di una diagnosi medica, il soggetto mostra pensieri, emozioni e comportamenti grossolanamente in eccesso rispetto a quanto ci si deve aspettare data la natura della condizione medica;
- (2) se una diagnosi medica non è stata ancora posta, è necessario effettuare un minuzioso esame medico da ripetere a intervalli ragionevoli allo scopo di scoprire condizioni mediche nascoste che possono manifestarsi con il passare del tempo;
- (3) le preoccupazioni sui sintomi fisici non devono essere spiegate meglio da un altro disturbo mentale (come un disturbo d'ansia, depressivo o psicotico).

La "regola aurea" di Frances sembra ragionevole (a parte un eccesso di laboriosità contenuto nel secondo sotto-criterio) e probabilmente viene tacitamente molto seguita dai clinici, anche se comporta un serio rischio di quell'accanimento diagnostico noto come "medicina difensiva". Da un punto di vista teorico, tuttavia, la regola auspicata da Frances ha senso solo a condizione di poter dividere nettamente i sintomi spiegabili da quelli inspiegabili (o MUS), e le malattie organiche (*disease*) dalle sindromi funzionali (*illness*). Farlo significa enfatizzare il principio gerarchico (i sintomi fisici non devono essere secondari a un altro disturbo di [ex-]Asse I) e quello di distanza eccessiva fra condizione medica di base e percezione soggettiva dei sintomi fisici. Non farlo, secondo Frances, significa ampliare pericolosamente il *range* di pazienti con patologie mediche serie a candidati alla diagnosi di un disturbo psichiatrico, come fa il DSM-5.

Engel era estremamente critico sulla divisione artificiale fra malattia medica e sindrome funzionale o MUS in considerazione di due principi, opposti a quelli del DSM, che possiamo definire di *coesistenza* (valutare i correlati psicologici dei sintomi percepiti, indipendentemente dalle distinzioni artificiali sulla natura della condizione medica) e di *associazione* (considerare tutte le variabili psichiatriche, psicosociali e mediche, tenendo presente che ciascuna ha il proprio *peso relativo* nello spiegare la percezione dei sintomi e della salute fisica). Sono, in sostanza, i principi alla base del suo famosissimo "modello biopsicosociale" di malattia (Engel, 1977). Ma si tratta soprattutto di un'inversione completa della prospettiva di "diagnosi" rispetto al DSM dalla

terza edizione in poi: non valutare esclusivamente la dimensione esplicita dei sintomi somatici ma quella implicita dei correlati biopsicosociali della salute fisica, del tutto indipendentemente dalla natura dei sintomi. In breve, si tratta di mettere al centro del concetto di diagnosi la percezione soggettiva della salute (contro la prospettiva osservativa del DSM) e la clinimetria con tutte le variabili cliniche dimensionali di temporalità, durata, decorso, severità, ecc. (contro l'approccio categoriale del DSM) (Fava, Rafanelli & Tomba, 2012).

Vi sono in letteratura alcuni tentativi di diagnosi secondo un modello basato sulle dimensioni cliniche implicite, ossia sui meccanismi psicologici sottostanti e associati alla somatizzazione. Se ne possono menzionare due fra i più importanti. Uno è il manuale PDM, cioè il *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM Task Force, 2006; Migone, 2006) in cui il fenomeno della somatizzazione viene inquadrato nell'Asse P (Personalità), che include i Disturbi Somatizzanti di Personalità (P108), e nell'Asse S (Sintomi), che include i Disturbi di Somatizzazione (S305). In sintesi, il funzionamento di personalità P108 viene inquadrato nel *range* di organizzazione borderline con una combinazione variabile di preoccupazioni ipocondriache, patologie mediche note per essere correlate a condizioni di stress o sintomi fisici che "traducono" emozioni troppo ansiogene e dolorose per essere trasformate in parole (reazioni di conversione) oppure bloccate da un deficit espressivo e comunicativo degli stati affettivi (alexithymia). Alla base vi sono pattern costituzionali (fragilità fisica costituzionale, esperienze infantili di malattia, possibili abusi precoci), preoccupazioni centrali (sull'asse dell'angoscia della frammentazione del Sé corporeo), affetti centrali (stress generalizzato, difficoltà alessitimica di identificazione e comunicazione delle emozioni), convinzioni patogene su sé (sentirsi fragile e in pericolo continuo) e sugli altri (percepiti come potenti e indifferenti) e una linea centrale difensiva (sull'asse somatizzazione/regressione). L'aspetto sintomatologico S305 di questa personalità viene descritto come un insieme di esperienze soggettive costituite da stati affettivi (che possono andare da un'estrema preoccupazione dovuta ad amplificazione somatosensoriale alla negazione di malattia fino a scissioni di tipo alessitimico fra sensazioni somatiche e consapevolezza introspettiva degli affetti), pattern cognitivi (variabili a seconda della condizione medica ma generalmente imperniate sulla modalità *catastrophizing*), stati somatici (da attivazione autonoma) e pattern relazionali (anch'essi variabili su un *continuum* che va da una ricerca persistente passivo-aggressiva di cure mediche e assicurazioni impossibili a un'eccessiva inaccessibilità e allontanamento distanziante). Il PDM è oggi in corso di riformulazione ma il nuovo PDM-2 (curato da Vittorio Lingiardi e Nancy McWilliams e previsto per il 2015) dovrebbe conservare il *focus* sulle dimensioni implicite nella diagnosi di somatizzazione.

Il secondo modello diagnostico proposto è costituito dai *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCPR) e, a differenza del PDM, ha generato una considerevole mole di studi e di dati negli ultimi 15 anni, ha avuto un im-

patto internazionale con studi pubblicati anche in Lituania e India, è corredato da un'intervista strutturata per fare diagnosi e ha evidenziato ottime caratteristiche psicometriche di affidabilità e validità (per una rassegna della letteratura sui DCPR, vedi Sirri & Fava, 2013; Porcelli & Sonino, 2008). L'intento dei DCPR è di estendere il modello tradizionale di malattia traducendo l'insieme di fattori psicosociali individuati nella ricerca in psicosomatica in concetti operazionali. Questo progetto nasce da alcuni sviluppi convergenti nella ricerca, parte dei quali già menzionati qui: la classificazione del DSM non rappresenta adeguatamente la realtà clinica perché i criteri dei disturbi somatoformi o sono troppo restrittivi o troppo larghi; i fenomeni psicosomatici vengono diagnosticati riaffermando la vecchia nozione di dualismo mente-corpo; i criteri del DSM tendono a sovra-psicologizzare i sintomi somatici se associati a disturbi psicopatologici o, al contrario, a sotto-stimare gli aspetti psicosociali se in presenza di patologie mediche; il DSM ignora totalmente il peso dei fattori di personalità e degli aspetti comportamentali disfunzionali.

Per render conto "in positivo" degli sviluppi della psicosomatica contemporanea, i DCPR prevedono 12 sindromi organizzate in 3 *cluster* differenti e 2 costrutti di personalità (alexithymia e demoralizzazione), indipendentemente dalla presenza o meno di una diagnosi medica e/o psichiatrica.

I 3 *cluster* sono costituiti da:

- *somatizzazione*: raggruppa le sindromi di Somatizzazione Persistente (sindromi funzionali croniche e sintomi fisici multipli persistenti), Sintomi Funzionali Secondari a un Disturbo Psichiatrico (eliminazione della regola gerarchica del DSM), Sintomi di Conversione (secondo i criteri di Engel menzionati prima) e Reazione da Anniversario (concomitanza di malattia con date importanti del soggetto, senza consapevolezza della coincidenza);
- *comportamento anormale di malattia*: secondo il costrutto di Pilowski (1997), raggruppa le sindromi di Nosofobia (timore fobico di avere una specifica malattia grave), Ansia per la Salute (sintomi fisici di cui il soggetto è spaventato e molto preoccupato, attenuati dopo assicurazione medica ma che si ripresentano nel tempo), Tanatofobia (fobia della morte accompagnata da condotte di evitamento), Negazione di Malattia (diniego di avere la condizione clinica da cui il soggetto è affetto, con inevitabili comportamenti a rischio);
- *irritabilità*: raggruppa le sindromi di Comportamento di Tipo A (tratti di ostilità e senso elevato di competizione) e di Umore Irritabile (irritabilità costante non attenuata da scoppi di rabbia);

I 2 costrutti di personalità sono i seguenti:

- *alexithymia*: caratterizzata dalla difficoltà di identificare e di descrivere le proprie emozioni, pensiero concreto e riduzione della vita fantasmatica;
- *demoralizzazione*: caratterizzata da un senso individuale di incapacità ad affrontare le situazioni e da un senso di fallimento personale verso gli obiettivi della vita.

In vista della preparazione del DSM-5, due fra i maggiori rappresentanti della psicosomatica mondiale, Giovanni A. Fava & Thomas N. Wise (2007), hanno proposto di mantenere la diagnosi di Ipocondria, di eliminare i criteri troppo generici e per nulla operativi dei Fattori Psicologici che Influenzano una Condizione Medica, e di inserire i DCPR in un nuovo raggruppamento di Fattori Psicologici che Influenzano Condizioni Mediche Specifiche o Temute. Come accaduto ad Allen Frances, anche questi suggerimenti sono caduti malamente nel vuoto nel nuovo DSM-5.

Conclusioni

La diagnosi, come detto all'inizio, identifica una malattia. Per la psicopatologia, non essendo note le cause e non disponendo di *marker* diagnostici, il concetto di diagnosi assume significati più articolati nella clinica psicologica. La diagnosi ha senso se migliora la conoscenza (ossia fornisce una cornice cognitiva significativa che aiuta a identificare la condizione clinica latente al di là delle manifestazioni esplicite dei sintomi), migliora la comunicazione (ossia fornisce un linguaggio condiviso di scambio informativo) e ha utilità clinica (ossia è in grado di influenzare significativamente il percorso decisionale e il programma terapeutico nella pratica clinica) (Barron, 1998). Se davvero il SSD del DSM-5 mette insieme e quindi considera omogenei pazienti ipocondriaci e oncologici, come temono in molti, dov'è il senso di questa diagnosi in termini di incremento di conoscenza, miglioramento della comunicazione e utilità clinica?

Contestualizzando un po' tutta l'impresa DSM-5, si deve considerare che il sistema sanitario americano, largamente privato, consente la copertura delle spese di trattamento (dalla psicoterapia ai farmaci) se il paziente riceve una diagnosi del DSM. Se si vuol tenere sotto controllo un dolore cronico o una certa malattia, può quindi tornare utile una diagnosi di psicopatologia. Ma, per gli stessi motivi, "patologizzare la normalità" (Wakefield, 2010) fa sorgere subito il sospetto che in gioco ci siano anche gli interessi di *Big Pharma*. Lisa Cosgrove, dell'Università del Massachusetts, ha pubblicato dati inquietanti sul conflitto di interessi degli autori nei vari *Work Groups* tanto del DSM-IV quanto del DSM-5 (Cosgrove & Krinsky, 2012). In una sua recente indagine ha scoperto che 7 su 10 trial a sostegno delle diagnosi del DSM-5 erano relativi a farmaci *blockbuster* (ossia che hanno ottenuto un profitto sopra il milione di dollari in un anno) e che i rispettivi *principal investigators* erano anche *panel members* di 5 delle più discusse nuove diagnosi introdotte nel DSM-5 (Cosgrove *et al.*, 2014).

La conclusione da trarre da questa discussione è che, per limiti concettuali, di impostazione metodologica e anche per la compromissione con il grande mercato economico delle aziende farmaceutiche, la psichiatria ha poco da dire

a riguardo dei correlati psicologici in medicina o psicosomatica, intesa in senso contemporaneo (Angell, 2011; Porcelli, 2012). La categoria dei SSD del DSM-5 non ha fornito solidi motivi per includere i disturbi di somatizzazione, o comunque li si voglia chiamare, fra i disturbi *mentali*. Ci sono invece ottime ragioni per distribuire le sotto-categorie costitutive adeguatamente rinominate, come le sindromi DCPR, in un quadro generale concettualmente adeguato, clinicamente fondato e teoricamente appropriato all'oggetto del discorso, come già molti autori hanno suggerito (Sirri & Fava, 2013; Fava & Wise, 2007; Sykes, 2012; Mayou *et al.*, 2005). Per quanto possa sembrare che questi temi (psicosomatica, fattori psicosociali in medicina, disturbi di somatizzazione) siano di interesse marginale per gli addetti ai lavori (medici, psichiatri, psicologi clinici, psicoterapeuti) e al massimo "di nicchia", su di essi si gioca forse uno scontro molto più grande fra un vecchio e un nuovo modo di intendere la psichiatria, la medicina, la malattia e la psicologia. Il vecchio modo è quello fatto di contrapposizione fra medicina/psichiatria *mindless* e psicologia *bodyless*, di una concezione del corpo come puzzle di organi separati ognuno con i suoi iper-specialisti e della malattia come affezione acuta eziologicamente determinata. Il nuovo modo è quello fatto di integrazione delle conoscenze su salute e malattia, di una concezione multifattoriale della salute fisica composta da fattori epigenetici, rapporti sociali, fattori endocrino-immunitari, regolatori biologici nascosti nelle relazioni interpersonali, agenti socio-ambientali, traumi infantili, dimensioni implicite di personalità, carico allostatico da stress, regolazione emotiva e stili di vita. Soprattutto è caratterizzato dalla condivisione degli obiettivi terapeutici posti dal medico con le priorità di vita del paziente. Se mettere insieme tutto questo è probabilmente troppo per le conoscenze scientifiche attuali e costituisce al più un orizzonte futuro per la ricerca e la clinica (Wise, 2014), sicuramente ridurre questa complessità a un'etichetta diagnostica di disturbo mentale concepita con i criteri SSD del DSM-5 è troppo poco.

Riassunto. L'articolo illustra i criteri diagnostici per i Disturbi da Sintomi Somatici nel nuovo DSM-5. Il DSM-5 ha conservato alcuni principi fondamentali delle prime edizioni, come l'ateoricità e la regola gerarchica, e ha modificato radicalmente la sezione dei Disturbi Somatoformi del DSM-IV eliminando l'Ipocondria, raggruppando tutte le sindromi principali in due categorie di Disturbo da Sintomi Somatici e Disturbo da Ansia di Malattia e spostando la Dismorfofobia nei Disturbi Ossessivo-Compulsivi. La nuova classificazione ha generato moltissime critiche di metodo e di merito con il timore che i nuovi criteri possano sovra-patologizzare le sensazioni fisiche normali, stigmatizzare come malattia mentale i sintomi delle malattie mediche gravi ed essere più attenti agli interessi commerciali di *Big Pharma* che all'utilità clinica. Vengono quindi illustrate alcune alternative fondate, come i criteri del *Manuale Diagnostico Psicodinamico* (PDM) e i *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCRP). [PAROLE-CHIAVE: diagnosi, disturbo da sintomi somatici, DSM-5, psicosomatica, somatizzazione]

Abstract. Somatization syndromes in the DSM-5. This paper aims at describing diagnostic criteria for Somatic Symptom Disorders in the new DSM-5. The DSM-5 has preserved some core features of the earlier DSM versions, such as the atheoretical approach and the hierarchical rule, and has substantially changed the category of DSM-IV Somatoform Disorders by eliminating Hypochondriasis, grouping the main syndromes into two categories of Somatic Symptom Disorder and Illness Anxiety Disorder, and moving Body Dysmorphic Disorder in the Obsessive-Compulsive Disorder category. This new classification has caused much criticism from the methodological as well as content perspective, highlighting the risk of over-pathologizing ordinary somatic sensations, providing psychiatric stigma to severe medical diseases, and paying more attention to Big Pharma than clinical utility. Some alternative criteria are then reported, as those included in the *Psychodynamic Diagnostic Manual* (PDM) and the *Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research* (DCRP). [KEY-WORDS: diagnosis, somatic symptom disorder, DSM-5, psychosomatics, somatization]

Bibliografia

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition* (DSM-IV). Washington, D.C.: APA (trad. it. basata sulla "Versione internazionale con i codici dell'ICD-10" del 1995: *DSM-IV. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quarta edizione*. Milano: Masson, 1995).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5). Washington, D.C.: APA (trad. it.: *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Quinta edizione*. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Angell M. (2011). The epidemic of mental illness: Why? *The New York Review of Books*, 58, 11 (23 giugno): 20-22; The illusions of psychiatry. *The New York Review of Books*, 58, 12 (14 luglio): 20-22 (trad. it. di entrambi gli articoli: L'epidemia di malattie mentali e le illusioni della psichiatria. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2012, XLVI, 2: 263-282. DOI: 10.3280/PU2012-002008).
- Barron J.W., editor (1998). *Making Diagnosis Meaningful: Enhancing Evaluation and Treatment of Psychological Disorders*. Washington, D.C.: American Psychological Association (trad. it.: *Dare un senso alla diagnosi*. Milano: Raffaello Cortina, 2005).
- Carta M.G., Sancassiani F., Pippia V., Bhat K.M., Sardu C. & Meloni L. (2013). Alexithymia is associated with delayed treatment seeking in acute myocardial infarction. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 3: 190-192. DOI: 10.1159/000341181.
- Cornally N. & McCarthy G. (2011). Help-seeking behavior for the treatment of chronic pain. *British Journal of Community Nursing*, 16: 90-98.
- Cosgrove L. & Krinsky S. (2012). A Comparison of DSM-IV and DSM-5 panel members' financial associations with industry: A pernicious problem persists. *PLoS Medicine*, 9, 3: e1001190. DOI: 10.1371/journal.pmed.1001190.
- Cosgrove L., Krinsky S., Wheeler E.E., Kaitz J., Greenspan S.B. & Dipentima N.L. (2014). Tripartite conflicts of interest and high stakes patent extensions in the DSM-5. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 2: 106-113. DOI: 10.1159/000357499.
- Dimsdale J.E., Creed F., Escobar J., Sharpe M., Wulsin L., Barsky A., Lee S., Irwin M.R. & Levenson J. (2013). Somatic Symptom Disorder: An important change in DSM. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 3: 223-228. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.06.033.
- Engel G.L. (1960). A unified concept of health and disease. *Perspectives in Biology and Medicine*, 3: 48-57.
- Engel G.L. (1968) A reconsideration of the role of conversion in somatic disease. *Comprehensive Psychiatry*, 9: 316-326.

- Engel G.L. (1970). *Conversion symptoms*. In: MacBryde C.M. & Blacklow R.S. , editors. *Signs and symptoms*. Philadelphia: Lippincott, 1970, pp. 650-669.
- Engel G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 4286: 129-136. DOI: 10.1126/science.847460.
- Fava G.A., Rafanelli C. & Tomba E. (2012). The clinical process in psychiatry: A clinimetric approach. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 2: 177-184. DOI: 10.4088/JCP.10r06444.
- Fava G.A. & Wise T. (2007). Issues for DSM-V: Psychological factors affecting either identified or feared medical conditions: A solution for Somatoform Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 164: 1002-1003. DOI: 10.1176/appi.ajp.164.7.1002.
- First M.B. (2011). Moving beyond unexplained medical symptoms in DSM-5: Great idea, problematic execution. *Psychosomatics*, 52, 6: 584-585. DOI: 10.1016/j.psych.2011.05.002.
- Frances A. (2010). DSM in philosophyland: Curiouser and curiouser. *Bulletin of the Association for the Advancement of Philosophy and Psychiatry (AAP)*, 17, 1: 21-25; Reprint: 17, 2: 3-7. Internet: <http://alien.dowling.edu/~cperring/aapp/bulletin.htm> (trad. it.: Il DSM nel paese della filosofia. *aut aut*, 2013, 357: 99-112).
- Frances A. (2011). “Psichiatria tra diagnosi e diagnosticismo. Il dibattito critico sulla preparazione del DSM-5”. Incontro con Allen Frances organizzato da *Psicoterapia e Scienze Umane* all'interno della “Settimana della Salute Mentale” dell'AUSL di Bologna. Con interventi di Giovanni de Girolamo, Angelo Fioritti, Paolo Migone e Giovanni Neri. Vedi il sito Internet http://www.psicoterapiaescienzeumane.it/Frances_22-10-11.htm. YouTube: <https://www.youtube.com/watch?v=bnYluMWN6dI>.
- Frances A. (2012). Mislabeling medical illness as mental disorder. The eleventh DSM 5 mistake needs an eleventh hour correction. *Psychology Today*, Dec. 8, 2012: <http://www.psychologytoday.com/blog/dsm5-in-distress/201212/mislabeling-medical-illness-mental-disorder>.
- Frances A. (2013a). *Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life*. New York: William Morrow (trad. it.: *Primo, non curare chi è normale. Contro l'invenzione delle malattie*. Torino: Bollati Boringhieri, 2013).
- Frances A. (2013b). *Essentials of Psychiatric Diagnosis*. New York: Guilford (trad. it.: *La diagnosi in psichiatria. Ripensare il DSM-5*. Prefazione all'edizione italiana di Franco Del Corno, Vittorio Lingiardi e Paolo Migone. Milano: Raffaello Cortina, 2014).
- Gornall J. (2013). DSM-5: A fatal diagnosis? *British Medical Journal*, 346, f3256. DOI: 10.1136/bmj.f3256.
- Guidi J., Rafanelli C., Roncuzzi R., Sirri L. & Fava G.A. (2013). Assessing psychological factors affecting medical conditions: comparison between different proposals. *General Hospital Psychiatry*, 35, 2: 141-146. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2012.09.007.
- Häuser W. & Wolfe F. (2013). The Somatic Symptom Disorder in DSM 5 risks mislabelling people with major medical diseases as mentally ill. *Journal of Psychosomatic Research*, 75, 6: 586-587. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2013.09.005.
- Jasper F., Hiller W., Rist F., Bailer J. & Witthöft M. (2012). Somatic symptom reporting has a dimensional latent structure: results from taxometric analyses. *Journal of Abnormal Psychology*, 121, 3: 725-738. DOI: 10.1037/a0028407.
- Jones M.P., Chey W.D., Singh S., Gong H., Shringarpure R., Hoe N. Chuang E. & Talley N.J. (2014). A biomarker panel and psychological morbidity differentiates the irritable bowel syndrome from health and provides novel pathophysiological leads. *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*, 39, 4: 426-437. DOI: 10.1111/apt.12608.
- Kato K., Sullivan P.F. & Pedersen N.L. (2010). Latent class analysis of functional somatic symptoms in a population-based sample of twins. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 5: 447-453. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2010.01.010.

- King S.A. (2013). The new Somatic Symptom Disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill. *British Medical Journal*, 346: f1580. DOI: 10.1136/bmj.f1580.
- Kleinman A. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and The Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kliem S., Beller J., Kröger C., Birowicz T., Zenger M. & Brähler E. (2014). Dimensional latent structure of somatic symptom reporting in two representative population studies: Results from taxometric analyses. *Psychological Assessment*, 26, 2: 484-492. DOI: 10.1037/a0035721.
- Konnopka A., Schaefer R., Heinrich S., Kaufmann C., Luppä M., Herzog W. & König H.H. (2012). Economics of medically unexplained symptoms: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81, 5: 265-275. DOI: 10.1159/000337349.
- Lacourt T., Houtveen J. & van Doornen L. (2013). "Functional somatic syndromes, one or many?" An answer by cluster analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74, 1: 6-11. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.013.
- Lipowski Z.J. (1987). Somatization. *American Journal of Psychiatry*, 47: 160-167.
- Lipowski Z. (1989). Psychiatry: Mindless or brainless, both or neither? *Canadian Journal of Psychiatry*, 34: 249-254.
- Mayou R., Kirmayer L.J., Simon G., Kroenke K. & Sharpe M. (2005). Somatoform disorders: time for a new approach in DSM-V. *American Journal of Psychiatry*, 162, 5: 847-855. DOI: 10.1176/appi.ajp.162.5.847.
- Migone P. (2006). La diagnosi in psicoanalisi: presentazione del PDM (*Psychodynamic Diagnostic Manual*). *Psicoterapia e Scienze Umane*, XL, 4: 765-774.
- Migone P. (2013). Presentazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVII, 4: 567-600. DOI: 10.3280/PU2013-004001.
- Nemiah J. C. (1984). *The Psychodynamic View of Anxiety*. In: Pasnau R.O. , editor, *Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 1984, pp. 117-137.
- Pilowsky I. (1997). *Abnormal Illness Behavior*. Chichester, UK: Wiley.
- PDM Task Force (2006). *Psychodynamic Diagnostic Manual (PDM)*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations. Vedi sito Internet: <http://www.pdm1.org> (trad. it.: *PDM. Manuale Diagnostico Psicodinamico*. Milano: Raffaello Cortina, 2008; trad. delle pp. 691-764 in: *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2005, XXXIX, 1: 7-90). La seconda edizione (PDM-2), a cura di Robert S. Wallerstein (*honorary chair*) e Vittorio Lingiardi & Nancy McWilliams (*co-chairs*), è prevista per il 2015 presso l'editore Guilford di New York (trad. it.: Milano: Raffaello Cortina, in preparazione).
- Porcelli P. (2009). *Medicina psicosomatica e psicologia clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Porcelli P. (2012). Sviluppi contemporanei della psicosomatica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLVI, 3: 359-388. DOI: 10.3280/PU2012-003002
- Porcelli P. & De Carne M. (2008). Non-fearful panic disorder in gastroenterology. *Psychosomatics*, 49: 543-545. DOI: 10.1176/appi.psy.49.6.543.
- Porcelli P., Fava G.A., Rafanelli C., Bellomo A., Grandi S., Grassi L., Pasquini P., Picardi A., Quartesan R., Rigatelli M. & Sonino N. (2012). Anniversary reactions in medical patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200, 7: 603-606. DOI: 10.1097/NMD.0b013e31825bfb2e.
- Porcelli P. & Sonino N., a cura di (2008). *Fattori psicologici che influenzano le malattie*. Roma: Fioriti.
- Porcelli P. & Todarello O. (2003). La questione psicosomatica e il caso dell'ulcera peptica. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XXXVII, 4: 57-91.
- Rief W., Mewes R., Martin A., Glaesmer H. & Brähler E. (2011). Evaluating new proposals for the psychiatric classification of patients with multiple somatic symptoms. *Psychosomatic Medicine*, 73, 9: 760-768. DOI: 10.1097/PSY.0b013e318234eff6.

- Simon G.E. & Gureje O. (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1: 90-95. DOI: 10.1001/archpsyc.56.1.90.
- Sirri L. & Fava G.A. (2013). Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research and Somatic Symptom Disorders. *International Review of Psychiatry*, 25, 1: 19-30. DOI: 10.3109/09540261.2012.726923.
- Sirri L., Fava G.A. & Sonino N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 2: 74-81. DOI: 10.1159/000343508.
- Spitzer R.L. & Frances A. (2011). Guerre psicologiche: critiche alla preparazione del DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane*, XLV, 2: 247-262. DOI: 10.3280/PU2011-002007.
- Starcevic V. (2013). Hypochondriasis and health anxiety: Conceptual challenges. *British Journal of Psychiatry*, 202, 1: 7-8. DOI: 10.1192/bjp.bp.112.115402.
- Stone J., Carson A., Duncan R., Coleman R., Roberts R., Warlow C., Hibberd C., Murray G., Cull R., Pelosi A., Cavanagh J., Matthews K., Goldbeck R., Smyth R., Walker J., Macmahon A.D. & Sharpe M. (2009). Symptoms “unexplained by organic disease” in 1144 new neurology out-patients: how often does the diagnosis change at follow-up? *Brain*, 132, 10: 2878-2788. DOI: 10.1093/brain/awp220.
- Sykes R. (2012). The DSM-5 website proposals for Somatic Symptom Disorder: Three central problems. *Psychosomatics*, 53, 6: 524-531. DOI: 10.1016/j.psym.2012.06.004.
- Szasz T. (1970). *The Manufacture of Madness: A Comparative Study of the Inquisition and the Mental Health Movement*. New York: Harper & Row; Syracuse, NY: Syracuse University Press, 1997 (trad. it.: *I manipolatori della pazzia: studio comparato dell'Inquisizione e del movimento per la salute mentale in America*. Milano: Feltrinelli, 1972).
- Taylor G.J. (2003). Somatization and conversion: Distinct or overlapping constructs? *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, 31, 3: 487-508. DOI: jaap.31.3.487.22136 (trad. it. Somatizzazione e conversione: costrutti distinti o sovrapposti? *Internet*: <http://www.psychomedia.it/pm/answer/psychosoma/taylor2004.htm>).
- Taylor G.J. (2010). Affects, trauma, and mechanisms of symptom formation: A tribute to John C. Nemiah, MD (1918-2009). *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 6: 339-349. DOI: 10.1159/000320119.
- Thomas M.L. & Locke D.E. (2010). Psychometric properties of the MMPI-2-RF Somatic Complaints (RC1) scale. *Psychological Assessment*, 22, 3: 492-503. DOI: 10.1037/a0019229.
- Tinetti M.E. & Fried T. (2004). The end of the disease era. *American Journal of Medicine*, 116, 3: 179-185. DOI: 10.1016/j.amjmed.2003.09.031.
- Voigt K., Wollburg E., Weinmann N., Herzog A., Meyer B., Langs G. & Löwe B. (2012). Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder--comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. *Journal of Psychosomatic Research*, 73, 5: 345-350. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.020.
- Wakefield J.C. (2010). Misdiagnosing normality: Psychiatry's failure to address the problem of false positive diagnoses of mental disorder in a changing professional environment. *Journal of Mental Health*, 19, 4: 337-351- DOI: 10.3109/09638237.2010.492418 (trad. it.: Patologizzare la normalità: l'incapacità della psichiatria di individuare i falsi positivi nelle diagnosi dei disturbi mentali. *Psicoterapia e Scienze Umane*, 2010, XLIV, 3: 295-314. DOI: 10.3280/PU2010-003001).
- Wessely S., Nimnuan C. & Sharpe M. (1999). Functional somatic syndromes: One or many? *Lancet*, 354, 9182: 936-939. DOI: 10.1016/S0140-6736(98)08320-2.
- Wise T. (2014). Psychosomatics: Past, present and future. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 2: 65-69. DOI: 10.1159/000356518.