

- Malattie psicosomatiche
- Functional Somatic Symptoms (FSS)
- Disturbi di somatizzazione
- Disturbi funzionali
- Medically Unexplained Symptoms (MUS)
- Disturbi somatoformi (DSM-IV)
- Somatic Symptom Disorder (SSD)
- Illness Anxiety Disorder (IAD)
- Ipocondria (DSM-IV)
- Comorbid psychopathology (CL Psychiatry)
- Related psychosocial factors

PERSISTENT CONFUSION OF THE TERM *psychosomatics*

- Psychogenic causality of somatic conditions
- Specific group of medical disorders
- Method of study with the biopsychosocial model
- Holistic approach (hippocratic, alternative medicine)
- Specialty in medicine (CL psychiatry, medical specialty in Germany and Japan, psychiatry subspecialty in USA)

- Error of commission: allegiance of patient
- Error of omission: missing the organic disorder due to lack of knowledge of the specialist

THE FIELD OF PSYCHOSOMATIC MEDICINE

1. The investigation of the relationships between biological, psychological, and social determinants of health and wellness
2. The holistic approach in medical practice
3. It includes CL psychiatry as one of its essential component

Z.Lipowski, Can J Psychiatry 1986

1. The role of psychosocial factors in affecting individual vulnerability to all kinds of diseases
2. The psychosocial correlates of disorders (psychiatric comorbidity, psychological factors, abnormal illness behavior, HRQL)
3. The application of psychological therapies to the prevention, treatment, and rehabilitation of physical illnesses (treatment of psychiatric comorbidity, treatment of maladaptive AIB, use of psychotropic drugs in the medically ill)

Fava & Sonino, J Clin Psychiatry 2005

Disease, illness, sick role

Talcott Parsons, 1951

Illness behaviour

Mechanic and Volkart, 1961

**Abnormal illness
behaviour**

Pilowsky, 1969

Somatization is the tendency to experience and communicate psychological distress in the form of physical symptoms and to seek medical help for them.

Lipowski, 1987

Somatoform disorders – regardless of their somatic and/or psychological etiology – are due to amplification of normally fluctuating levels of bodily preoccupation and concern that reach a level of sustained intensity that causes psychological derailment or social maladaptation.

The threshold to pathology is a function both of psychological feedback loops (vicious circles of anxiety and attention) and of **family and social dynamics**. Whether any individual crosses this threshold would then be a product of temperamental variability, childhood experiences, sociocultural factors, and the structure and function of the health care system.

Kirmayer et al, 1994

Psychosomatic disorders are disorders in which the presence of somatic symptoms cause suffering and impairment to the patient and

in which there is evidence of psychological factors influencing such symptoms.

Porcelli & Rafanelli, 2010

What is Health?

Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.



June 1946

IMPRECISIONE DEL TERMINE “PSICOSOMATICA”

La psiche viene considerata un “pezzo” più o meno misterioso dell’individuo da aggiungere ad altri “pezzi” noti.

In prima battuta, quindi, il termine “psicosomatica” viene formulato in modo *ex-negativo* (“**disturbo fisico senza cause organiche...**”) per quanto riguarda i rapporti di causalità (“... **e quindi di origine psicologica**”), tanto che viene confuso con “disturbo psicogenetico” o addirittura “immaginario” non solo nei mass media (Internet incluso) ma anche da medici, psichiatri e psicologi.

Conseguenze possibili

molte teorie psicosomatiche sono state costruite estrapolando le osservazioni effettuate su pazienti selezionati (affetti dalla malattia fisica X e da disturbi psichici Y) all’intera classe “malattia”

INDETERMINAZIONE DEL CONCETTO “PSICOSOMATICA”

Un corpo umano osservato dall'esterno è un oggetto tridimensionale misurabile, e, infatti, le funzioni corporee possono essere misurate da esami, analisi, indagini, ecc.

Paradosso epistemologico: non abbiamo un linguaggio scientifico per indicare la matrice unitaria, vissuta, esperienziale del proprio corpo, per cui medicina e psicologia parlano di due costrutti differenti del corpo, complementari l'uno all'altro ma senza linguaggio comune.

Conseguenze possibili

- Scissione fra funzioni psichiche e funzioni somatiche
- Doctor-shopping behavior
- Medicina difensiva

I disturbi somatoformi sono dovuti all'amplificazione dei livelli di normale oscillazione delle preoccupazioni verso il proprio corpo i quali raggiungono un grado di intensità tale da causare disagio psicologico o disadattamento sociale. La soglia di patologia è funzione sia dei circuiti psicologici innescati (circolo vizioso di ansia e attenzione) che delle dinamiche familiari e sociali. Un individuo oltrepassa questa soglia in rapporto alla variabilità del suo temperamento, alle esperienze vissute nell'infanzia, ai fattori socioculturali e alla struttura e alle funzioni del sistema sanitario [Kirmayer et al, *J Abn Psychol* 1994, n.103, p. 133].

MODELLO ETIOLOGICO

Identificazione di malattia

MODELLO DISFUNZIONE DANNOSA

(Wakefield, 2004; Zachar-Kendler, 2007)

1. **DANNO** (*harmful*) = comportamento disadattivo per l'individuo (componente di valore)
2. **DISFUNZIONE** (*dysfunction*) = perturbazione del funzionamento affettivo-cognitivo (componente fattuale)



DIAGNOSI PSICOSOMATICA

Presenza contemporanea di

1. **aspetto disfunzionale** (amplificazione somatica, health care seeking)
2. **aspetto dannoso** (limitazione attività psicosociali)

MODELLO BIOMEDICO TRADIZIONALE

MALATTIA

Anormalità diagnosticabili nella struttura / funzione di organi o tessuti

RELAZIONE CAUSALE LINEARE

SINTOMO

Percezione individuale di malattia

MODELLO PSICOGENETICO TRADIZIONALE

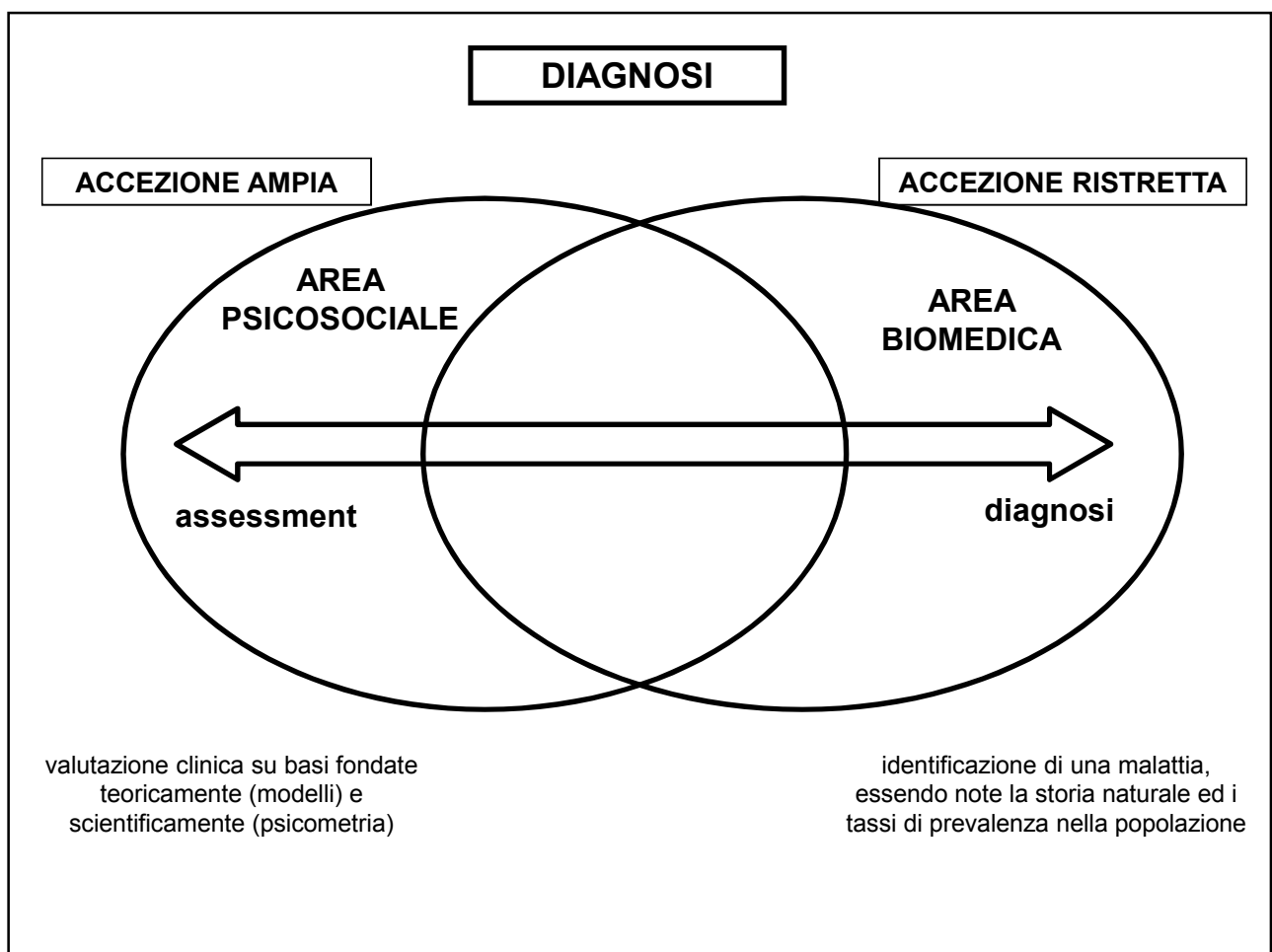
PSICHE

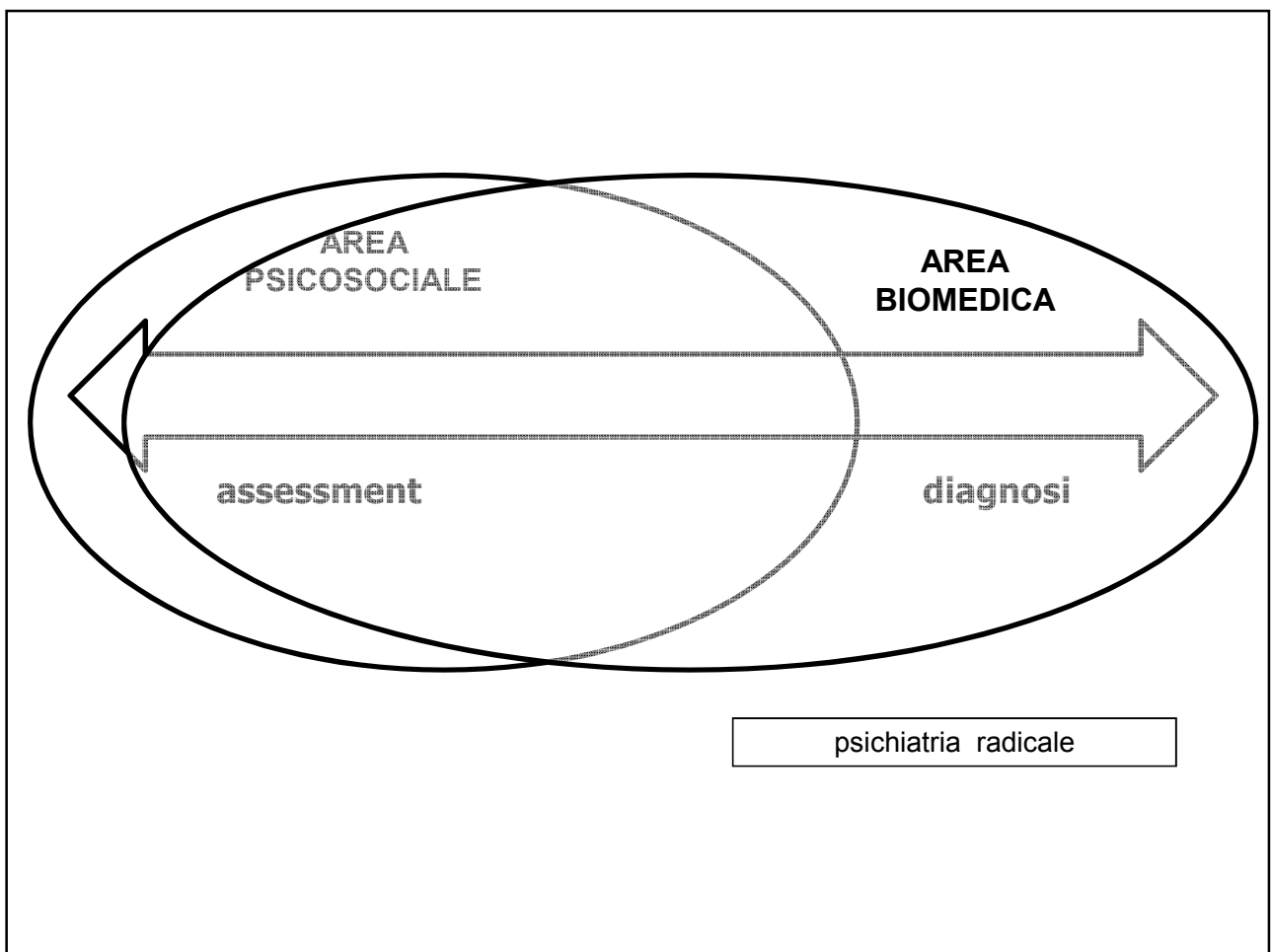
**Conflitto intrapsichico che comporta l'arousal degli
equivalenti somatici**

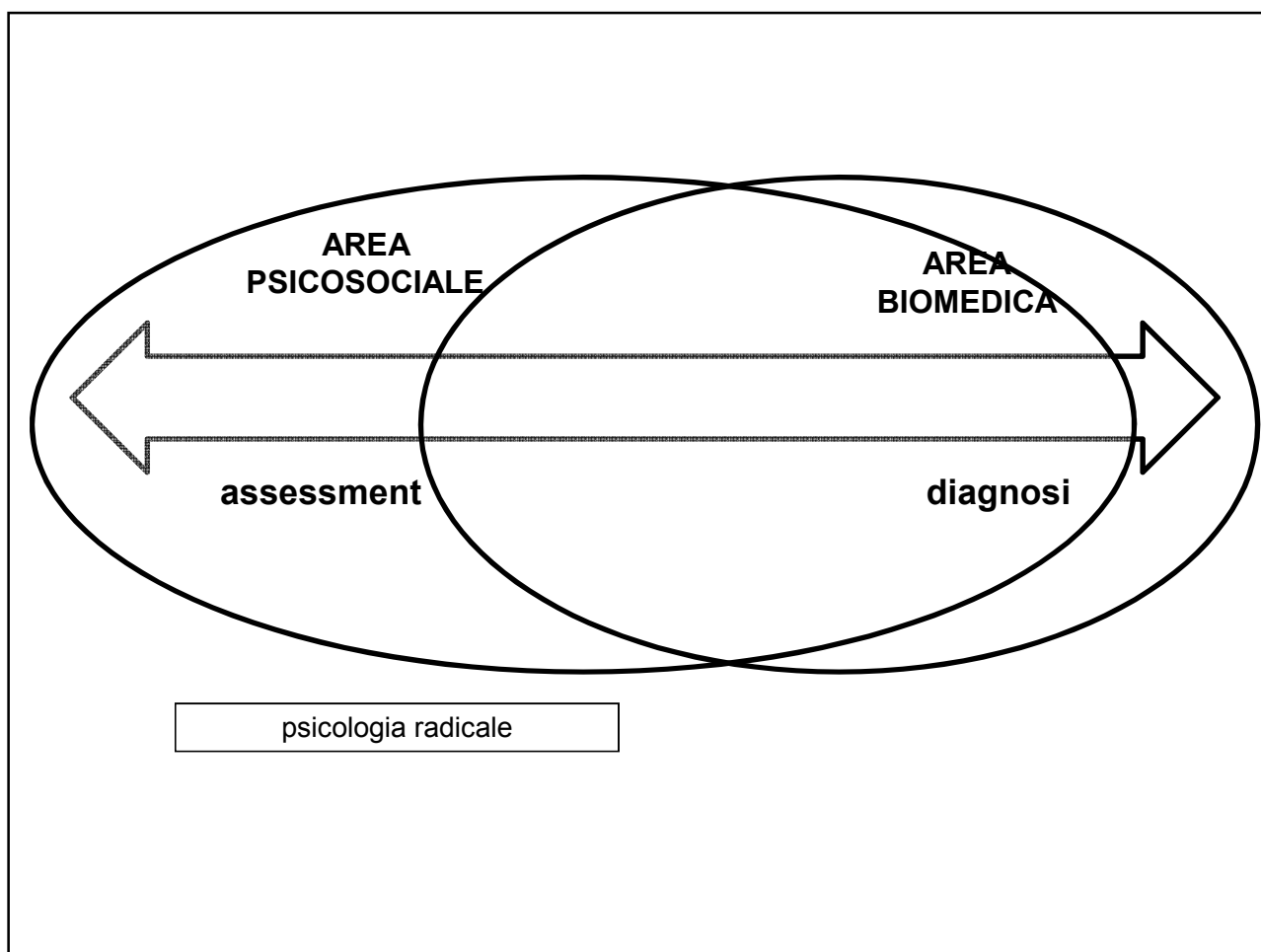
RELAZIONE CAUSALE LINEARE

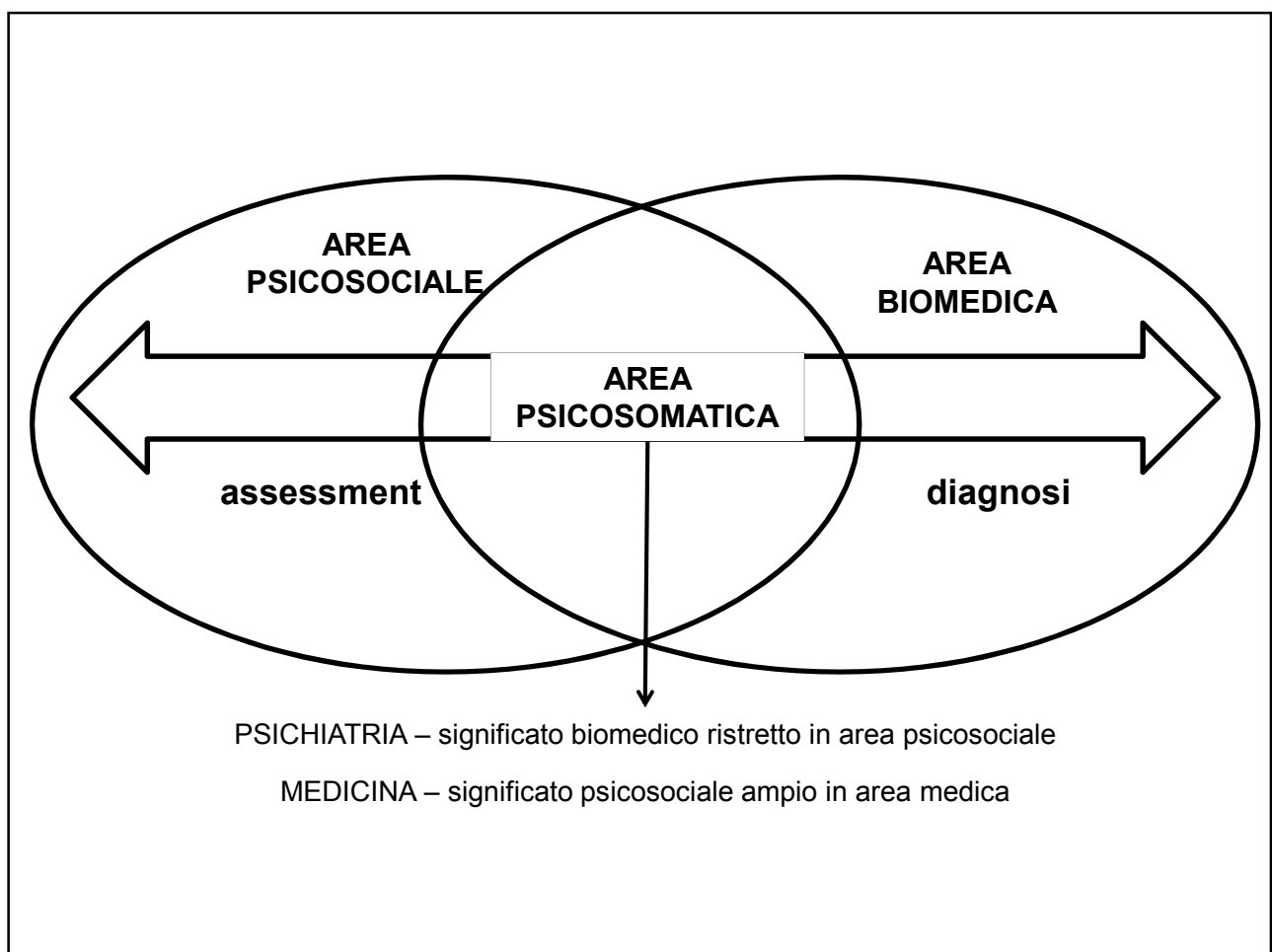
SINTOMO

Manifestazione somatica









CLINICAL HEALTH PSYCHOLOGY

American Board of Professional Psychology (ABPP)

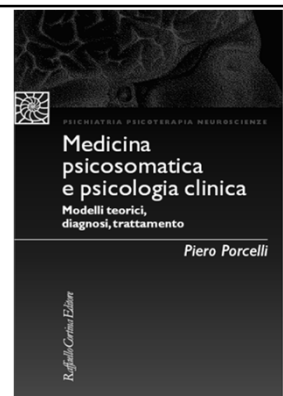
Ambito psicodiagnostico	Esempio
1. Fattori psicologici secondari a malattie	<i>demoralizzazione in pz con ipertensione essenziale</i>
2. Presentazione somatica di disturbi psicologici	<i>attacco di panico riferito come dolore anginoso</i>
3. problemi con componenti psicofisiologiche	<i>dolore lombare cronico</i>
4. Sintomi fisici che potrebbero rispondere a interventi comportamentali	<i>incontinenza evacuatoria, nausea anticipatoria</i>
5. Complicazioni somatiche associate a fattori comportamentali	<i>scarsa aderenza a trattamenti medici</i>
6. Presentazione psicologica di patologie organiche	<i>depressione in ipotiroidismo</i>
7. Aspetti psicologici di procedure mediche stressanti	<i>esami invasivi, interventi chirurgici</i>
8. Fattori di rischio comportamentali per malattie mediche	<i>fumo, dieta, promiscuità sessuale, esercizio fisico</i>
9. Problemi connessi al sistema sanitario	<i>relazione medico-paziente, burnout, tipologia di comunicazione all'interno dell'equipe sanitaria, qualità dei servizi</i>

- 86%-95% della popolazione generale accusa almeno un sintomo fisico in un intervallo di 2-4 settimane
- Un adulto medio accusa almeno un fastidio somatico ogni 4-6 giorni e l'80% uno o più sintomi in un mese
- 75%-95% di tali episodi sintomatici vengono gestiti autonomamente senza ricorrere a consultazioni mediche
- 20-75% dei pazienti di medicina di base accusa sintomi fisici che non hanno una seria base medica e il 75% dei sintomi guarisce o migliora in poche settimane mentre il 25% di essi resta stabile per anni (almeno 5)
- 70%-90% di pazienti di MMG con ansia/depressione si presentano esclusivamente per MUS
- 50% di persone con disturbi psicologici si presentano dal MMG e vengono trattate solo dal MMG
- Pazienti medici con comorbidità psicopatologica utilizzano le strutture sanitarie per un costo del 50-100% superiore ai pazienti medici senza disturbi psicopatologici
- La depressione è la terza ragione più frequente di consultazione dal MMG

Garfield et al., *NEJM* 1976; 294: 426-431
Kroenke, *Inter J Meth Psychiat Res* 2003; 12: 34-43

It would appear possible for an illness generally thought of as being *psychosomatic* to be *non* psychosomatic in certain individuals. Likewise an illness generally thought as *not* being psychosomatic may be *psychosomatic* in some individuals

D.Kissen, *J Nerv Ment Dis* 1963

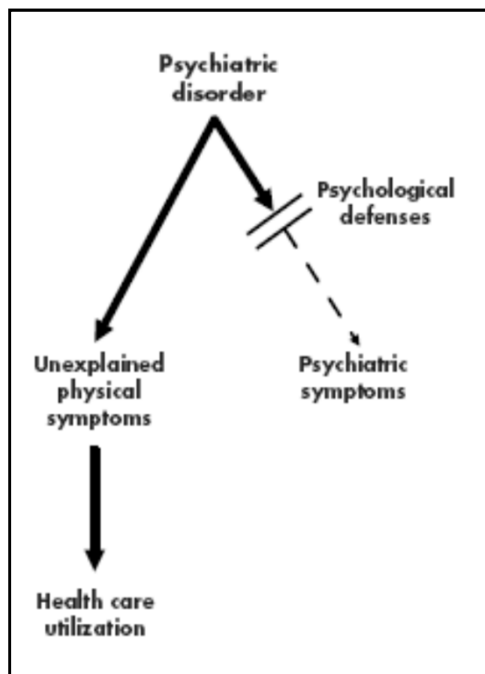


PESO RELATIVO

- Se *tutti* i punti di vista sono legittimi (i meccanismi biochimici per la medicina, le funzioni mentali per la psicologia, ecc.), non tutti hanno la *medesima* importanza poiché le malattie sono multifattoriali ed eterogenee.
- Il compito della psicologia clinica in psicosomatica è pertanto 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?* E, corrispettivamente, il compito della psicosomatica è individuare i pesi relativi dei fattori implicati in questo specifico paziente con una data condizione clinica.
- Il problema psicosomatico quindi non è capire qual è la *causa* della patologia X, né se tale patologia è da considerarsi psicosomatica o meno in modo binario. Il vero problema è il *peso relativo* dei fattori implicati, da cui deriva anche la possibilità di intervenire in modo differenziato e individualizzato.

SOMATIZATION, PSYCHOPATHOLOGY AND HEALTH CARE USE

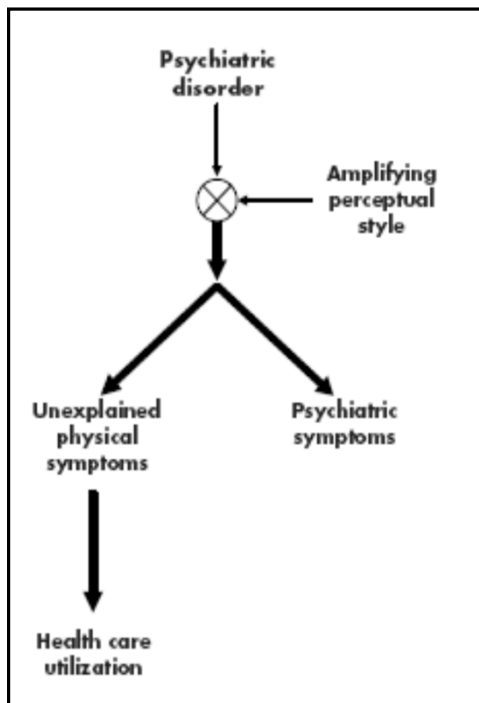
1



- Somatic symptoms and health care utilization result from an altered presentation of psychopathology, usually anxiety and mood disorders
- From psychodynamics (conversion hysteria) to mentalization deficits (alexithymia)

SOMATIZATION, PSYCHOPATHOLOGY AND HEALTH CARE USE

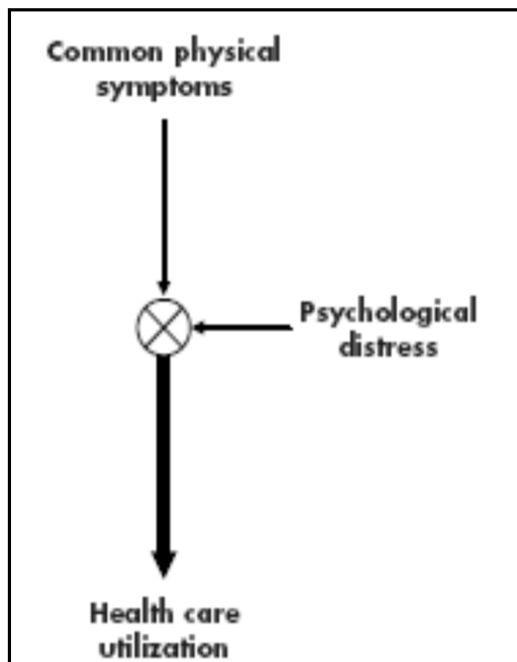
2



- Somatic and psychiatric symptoms are consequences of non-specific underlying distress
- Somatosensory amplification resulting from current negative affect, developmental factors, traumatic experiences, allostatic load

SOMATIZATION, PSYCHOPATHOLOGY AND HEALTH CARE USE

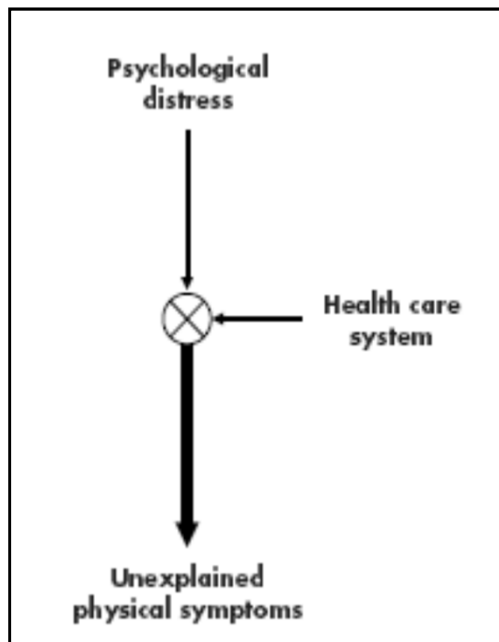
3



- Unpleasant physical symptoms are ubiquitous and negative affective states cause people to seek health care for symptoms they might otherwise ignore
- Lipowski's notion of somatization

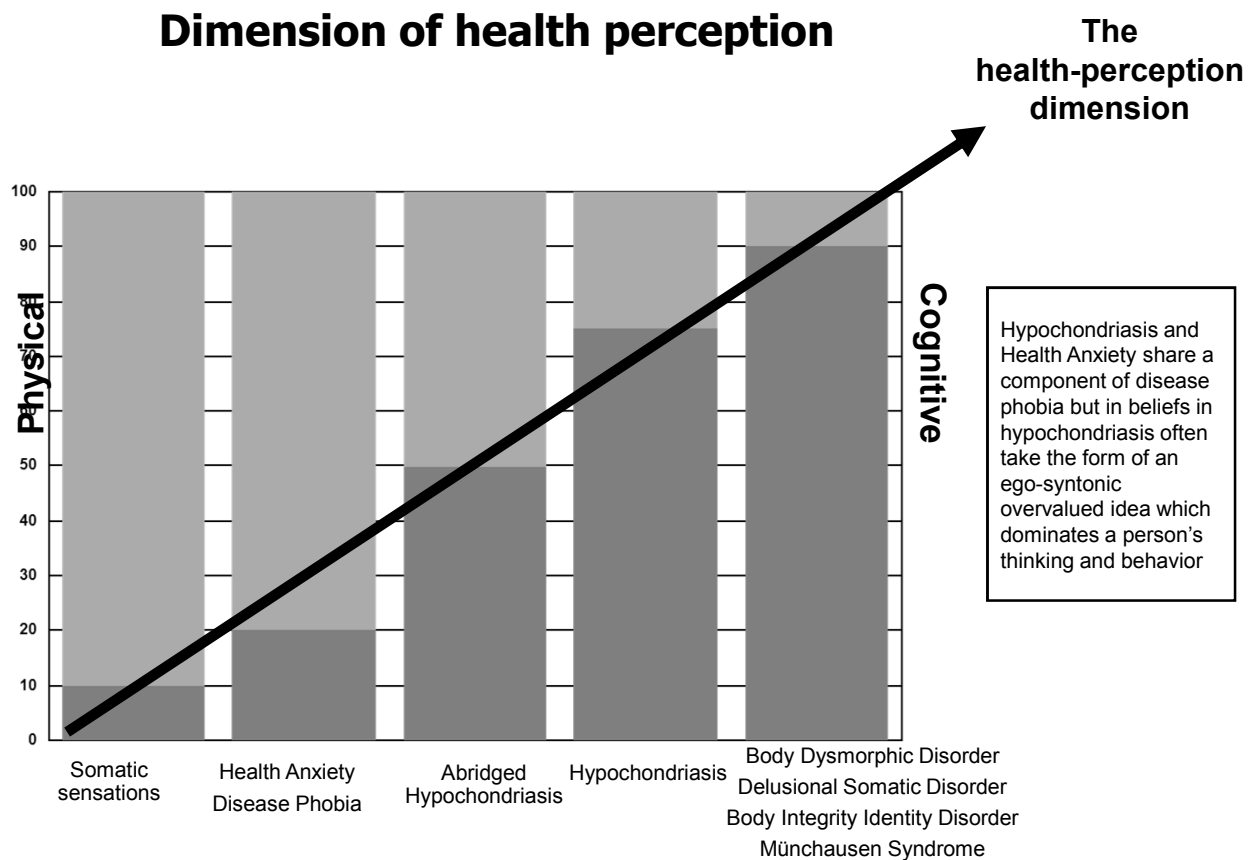
SOMATIZATION, PSYCHOPATHOLOGY AND HEALTH CARE USE

4



- Cultural forces and medical providers reinforce illness behavior and symptom reporting
- Kleinman's model of disease

Dimension of health perception



Dimensione esplicita

Primo livello di valutazione diagnostica “in positivo” costituito dall’individuazione dei sintomi osservabili clinicamente, nella maggior parte dei casi riferiti dal paziente stesso o direttamente o attraverso scale di sintomi.

Dimesione implicita

Valutazione di una dimensione “covert”, presente non nel contenuto della narrativa dei sintomi riferita dal paziente stesso ma negli elementi impliciti del suo modo di comportarsi, di attivare funzioni mentali, di reagire a situazioni complesse: funzioni di personalità, schemi cognitivi, espressione affettiva, attivazione psicofisica emotiva, modelli comportamenti, modalità relazionali.

DSM-IV

Somatization Disorder
Pain Disorder
Undiff.Somatoform Disorder

Hypochondriasis

Conversion Disorder

Somatoform Disorder NOS

Body Dysmorphic Disorder

DSM-5

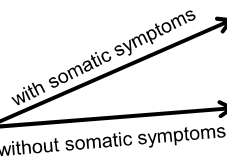
Somatic Symptom Disorder

Illness Anxiety Disorder

Conversion Disorder

Unspecified SSD

*Body Dysmorphic Disorder
(OC and Related Dis.)*



MODIFYING HYPOCHONDRIASIS

Patients with hypochondriasis may fall into two distinct subgroups [*arbitrarily?*]

- 75% of hypochondriasis patients: somatic symptoms predominate and form the patient's primary concern.
- 25% of hypochondriasis patients: minimal somatic symptoms but high anxiety about and suspicious of the presence of an undiagnosed, serious medical illness.

The former subgroup of patients is subsumed under the new diagnosis of Somatic Symptom Disorder (SSD), while the latter subgroup under Illness Anxiety Disorder (IAD).

IAD is closely related to other somatic symptom disorders, anxiety disorders, and depressive disorders, but it is included here because of its close relationship to the other somatic symptom disorders in clinical presentation, phenomenology, and in cognitive, affective and behavioral characteristics.

SOMATIC SYMPTOM DISORDER

Criteria A, B, and C must all be fulfilled to make the diagnosis:

- A. Somatic symptoms: One or more somatic symptoms that are distressing and/or result in significant disruption in daily life [*MUS vs non-MUS distinction is unreliable*].
- B. Excessive thoughts, feelings, and behaviors related to these somatic symptoms or associated health concerns: At least one of the following must be present.
 - 1) Disproportionate and persistent thoughts about the seriousness of one's symptoms.
 - 2) Persistently high level of anxiety about health or symptoms
 - 3) Excessive time and energy devoted to these symptoms or health concerns
- C. Chronicity: Although any one symptom may not be continuously present, the state of being symptomatic is persistent (typically >6 months).

Specifiers

Predominant Pain (previously pain disorder). This category is reserved for individuals presenting predominantly with pain complaints who also satisfy criteria B and C of this diagnosis. Some patients with pain may better fit other psychiatric diagnoses such as adjustment disorder or psychological factors affecting a medical condition.

SOMATIC SYMPTOM DISORDER

Severity Specifiers

Somatic Symptom Disorder is a disorder characterized by persistency, symptom burden, and excessive or maladaptive response to somatic symptoms.

There is a considerable range of severity. Typically, the disorder is more severe when multiple somatic symptoms are present.

In addition to fulfilling criteria A and C, the following metrics may be used to rate severity:

- Mild: only 1 of the B criteria fulfilled
- Moderate: 2 or more B criteria fulfilled
- Severe: 2 or more B criteria fulfilled plus multiple somatic symptoms

ILLNESS ANXIETY DISORDER

- A. Preoccupation with having or acquiring a serious illness.
- B. Somatic symptoms are not present or, if present, are only mild in intensity. If another medical condition or high risk for developing a medical condition (e.g. strong family history) is present, the preoccupation is clearly excessive or disproportionate.
- C. There is high level of anxiety about health and a low threshold for becoming alarmed about their health.
- D. The individual performs excessive health-related behaviors (e.g., repeatedly checking one's body for signs of illness), or exhibits maladaptive avoidance (e.g., avoiding doctors' appointments and hospitals).
- E. Illness preoccupation has been present for at least 6 months but the specific illness that is feared may change over that period of time.
- F. The illness-related preoccupation is not better accounted for by another psychiatric disorder, such as somatic symptom disorder, panic disorder, generalized anxiety disorder, body dysmorphic disorder, obsessive-compulsive disorder, or delusional disorder, somatic type.

Subtypes

Care-seeking type: care-seeking individuals have elevated rates of medical utilization.

Care-avoidant type: avoidant individuals rarely seek medical care because seeing a physician and undergoing laboratory tests and diagnostic procedures heighten their anxiety to intolerable levels.

Le principali modifiche del DSM-5 riguardano quindi:

1. la de-enfatizzazione del concetto di sintomi somatici non spiegabili dal punto di vista medico (*medically unexplained*) poiché perpetua il dualismo mente-corpo, per cui non si fa differenza, soprattutto nel SSD, fra sintomi "funzionali" (o MUS) e "organici" (causati da una malattia medica diagnosticata);
2. la combinazione delle principali sindromi somatoformi del DSM-IV in un unico disturbo maggiore (SSD);
3. l'introduzione una nuova categoria (*Illness Anxiety Disorder*) per includere la maggior parte dei pazienti ipocondriaci ma anche una buona percentuale di soggetti con elevata ansia per la salute ma senza sintomi fisici;
4. la maggiore enfasi sui controlli medici nel disturbo da conversione nel quale viene eliminato il criterio (di derivazione psicodinamica) dell'associazione con condizioni di stress psicologico e l'eliminazione del criterio di simulazione (perché poco affidabile in quanto è impossibile stabilire che il paziente non stia simulando). Inoltre all'etichetta di "disturbo di conversione" viene aggiunta fra parentesi la dizione di "disturbo da sintomo neurologico funzionale" perché pare più utilizzato dai neurologi e meno offensivo per il paziente;
5. l'inclusione della categoria "Fattori psicologici che influenzano una condizione medica" pienamente nella rubrica *Somatic Symptom Disorder*, invece che in quella secondaria di "Altre condizioni oggetto di attenzione clinica" del DSM-IV;
6. lo spostamento del disturbo dismorfofobico nella categoria dei disturbi ossessivo-compulsivi.

Illness is the lived experience of monitoring bodily processes (as respiratory wheezes, abdominal cramps, stuffed sinuses, or painful joints); involves the appraisal of those processes as expectable, serious, or requiring treatment; and includes the patient's judgments about how best to cope with the distress and the practical problems in daily living it creates

Illness behavior consists of initiating treatment (e.g., changing diet, eating special foods, resting, engaging in exercise, taking over-the-counter medication or on-hand prescription drugs) and deciding when to seek care from professionals or alternative practitioners.

Disease is what the practitioner creates in the recasting of illness in terms of theories of disorder ... It is the problem from the practitioner's perspective.

Kleinman A, *The Illness Narratives*, Basic Books 1988

Somatization is the tendency to experience and communicate psychological distress in the form of physical symptoms and to seek medical help for them.

Lipowski, *Am J Psychiatry* 1988

SOMATOSENSORY AMPLIFICATION

The tendency to experience somatic sensations as intense, noxious and disturbing

A tendency to selectively amplify somatic symptoms because of

1. **Hypervigilance:** Heightened attentional focus on bodily sensations, increased awareness of bodily sensations, *body awareness*) (perception);
 2. **selecting** out and concentrating on certain weak and infrequent sensations, labeling minor sensations as pathological symptoms (cognition);
 3. **reacting** to somatic sensations with affect and cognitions that intensify them and make them more alarming, ominous and disturbing, while the subject is overwhelmed with fear and distress (emotion)
- It may be a trait (probably learned in childhood) or a state (because of situational factors)
 - It is involved in functional symptoms (somatoform disorders, masked depression) and organic diseases (individual variability of symptoms in the same tissue pathology)

Overview: Hypochondriasis, Bodily Complaints,
and Somatic Styles

Arthur J. Barsky, M.D., and Gerald L. Klerman, M.D.
Am J Psychiatry 140:273–283, 1983

THE TREADMILL EXPERIMENT

56 healthy male subjects walking on a treadmill for 11 minutes wearing headphones:

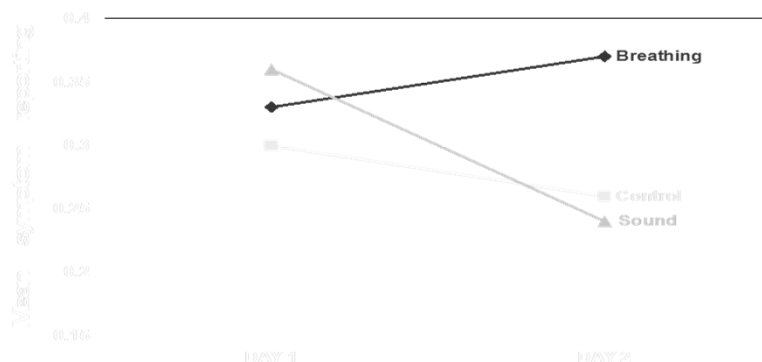
Day 1 = silence on the phones; Day 2 (1 wk later) = 3 groups of subjects:

GROUP 1 sound condition	Ss heard a variety of moderately interesting street sounds (passing cars, portions of conversations, music spots, etc.)
GROUP 2 breathing condition	Ss heard their own breathing piped over the headphones
GROUP 2 control condition	Ss heard nothing over the headphones

OUTCOMES

Heart rate, blood pressure, prceived physical symptoms (headache, racing heart, sweating, fatigue, etc.)

No between- and within-group difference of heart rate and blood pressure



J.W. Pennebaker, The psychology of physical symptoms, 1982

THE TREADMILL EXPERIMENT

The probability that a given stimulus is encoded is dependent on:

1. the number of competing stimuli available at the same time
(an organism is more likely to encode or orient toward stimulus X if no competing stimuli are present than if stimuli A, B and C are also present in conjunction with X)
2. the nature or characteristics of cues
(stimuli that are unique or moderately complex or display motion are examined in greater detail than stimuli that are redundant, simple, or stationary)

When internal information is constant, the amount of potential external information is invariant.

Conversely, when external information is variant, the degree of potential internal information is positively correlated with symptom reporting

$$\text{Awareness of internal states} = f \left(\frac{\text{internal information}}{\text{external information}} \right)$$

No group
rate and blood pressure



J.W. Pennebaker, *The psychology of physical symptoms*, 1982