

# DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI: CONSIDERAZIONI SU UNA NUOVA CATEGORIA DEL DSM-5

*Somatic Symptoms Disorder and related disorders: considerations on a new DSM-5 category*

M. Chiappedi<sup>\*</sup>, M.M. Mensi<sup>\*\*</sup>, M. Tantardini<sup>\*\*</sup>, U. Balottin<sup>\*\*</sup>

<sup>\*</sup> Struttura Complessa di Neuropsichiatria Infantile, Istituto Neurologico Nazionale C. Mondino, Pavia; <sup>\*\*</sup> Dipartimento di Scienze del Sistema Nervoso e del Comportamento, Università degli Studi di Pavia

## RIASSUNTO

Il lavoro analizza la nuova categoria del DSM-5 denominata "Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati". Oltre a una descrizione della categoria stessa, viene preso in esame il complesso dibattito emerso nella lettura scientifica relativamente a tale novità. Gli autori concludono che l'approccio integrato alla presa in carico del paziente sembra anche in questo settore presentare grandi vantaggi e opportunità per la corretta diagnosi e per un trattamento adeguato.

## SUMMARY

*This paper analyzes the new DSM-5 category named "Somatic Symptoms Disorder and related disorders". Beyond a description of the category itself, the complex debate which emerged in the scientific literature concerning this innovation is examined. The authors conclude that also in this field the integrated approach to taking care of the patient seems to present great advantages and opportunities for the correct diagnosis and appropriate treatment.*

## INTRODUZIONE

La pubblicazione della quinta revisione del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) da parte dell'American Psychiatric Association ha determinato un immediato e acceso dibattito, con prese di posizione anche clamorose (si pensi come esempio alla durissima presa di posizione del National Institute of Mental Health con la decisione di procedere sulla linea della definizione dei Research Domain Criteria [RDoC])<sup>1</sup>. Riteniamo fondamentale, per poter comprendere il senso di questo dibattito e in particolare della porzione dello stesso relativo al capitolo denominato "Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati", ricapitolare brevemente l'evoluzione di questo sistema di classificazione.

Sono state ad oggi pubblicate 7 edizioni del DSM, considerando anche le revisioni: il DSM-I del 1952, il DSM-II del 1968, il DSM-III del 1980, il DSM-III-R

del 1987 (R sta per Revised), il DSM-IV del 1994, il DSM-IV-TR del 2000 (TR sta per Text Revision), e il DSM-5 del 2013. In realtà, le prime due edizioni suscitavano scarso interesse perché erano semplici elenchi di disturbi con una loro breve descrizione; la vera novità venne nel 1980 col DSM-III, realizzato da un team guidato da Bob Spitzer, nonché con il DSM-IV (la cui guida fu Allen Frances) e nel DSM-5 (che vede come coordinatore dell'intero progetto David Kupfer). Le principali novità nel DSM-5 possono essere sintetizzate in una revisione e semplificazione del modello multiassiale e nel recupero di una logica di tipo dimensionale affiancata a quella categoriale.

Presenteremo ora sinteticamente la categoria del "Disturbo da sintomi somatici e disturbi correlati", evidenziando in particolare i cambiamenti introdotti rispetto ai disturbi affini come descritti nel DSM-IV-TR. L'importanza di valutare correttamente i fattori psicolo-

## PAROLE CHIAVE

Disturbo da sintomi somatici - Psicosomatica - DSM-5

## KEY WORDS

Somatic symptoms disorder - Psychosomatics - DSM-5

gici che possono influenzare il decorso delle malattie è stata sottolineata sin dalla nascita della cosiddetta "medicina psicosomatica" <sup>2</sup>. Così negli anni Settanta del secolo scorso, il modello biopsicosociale di Engel (che rappresenta una delle radici teoretiche del modello ICF / ICF-CY proposto dall'OMS <sup>3</sup>) ha evidenziato come l'insorgenza, la progressione e la prognosi delle malattie derivi dall'interazione tra fattori medici e psicologici <sup>4</sup>. Tuttavia, sin dalla loro introduzione nel DSM-III la categoria dei disturbi somatoformi è stata oggetto di critica sia per la scarsa definizione dei confini rispetto ai disturbi ansiosi e dell'umore, sia per la difficoltà di definire in modo operativo le motivazioni e i moti emozionali dei soggetti rispetto alla loro patologia organica o al timore della stessa <sup>5</sup>.

## **DISTURBO DA SINTOMI SOMATICI E DISTURBI CORRELATI**

Il primo aspetto evidente di questa nuova categoria è l'importante semplificazione rispetto a quanto si trovava nel DSM-IV-TR; è evidente infatti il tentativo di offrire un minor numero di quadri clinici, definendoli meglio e rendendoli utilizzabili anche per il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta a cui molto spesso giungono in prima battuta i soggetti affetti da questo tipo di disturbi. La categoria in sé, del resto, è del tutto nuova nella sua organizzazione, ed è stata oggetto di un prolungato dibattito anche all'interno del sottogruppo di psichiatri incaricati di redigerla.

Il Disturbo da Sintomi Somatici viene definito sulla base di tre criteri e tre specificatori. Il Criterio A è la presenza di "uno o più sintomi somatici che procurano disagio o portano ad alterazioni significative nella vita quotidiana". Il Criterio B è definito dalla presenza di pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi rispetto alla situazione di salute, ma ad essa correlati; in particolare devono essere presenti almeno uno tra pensieri sproporzionati e persistenti circa la gravità dei propri sintomi, un livello costantemente elevato di preoccupazione ansiosa per la propria condizione di salute o malattia, un eccessivo impegno di tempo ed energie, anche in forma semplicemente di preoccupazione, dedicati ai sintomi o comunque alla propria salute. Il Criterio C aggiunge una dimensione

temporale, prevedendo che il disturbo sia persistente tipicamente durante almeno 6 mesi anche se eventualmente in assenza di uno dei sintomi somatici da cui era originato. Viene precisato che può esistere una forma con dolore come sintomo predominante (sostanzialmente riprendendo quello che nel DSM-IV-TR era definito "disturbo algico") e che inoltre va specificato se si tratta di un disturbo persistente (con "sintomi gravi, marcata compromissione e lunga durata (più di 6 mesi)") e il livello di gravità (lieve se soddisfatto un solo punto del Criterio B, moderata o grave se "sono soddisfatti due o più dei sintomi specificati nel Criterio B, oltre ai quali ci sono molteplici sintomi fisici (o un sintomo fisico molto grave)").

Vengono inoltre descritte delle caratteristiche associate, che possono essere di supporto rispetto alla diagnosi pur non costituendo dei criteri essenziali per la definizione. In particolare, questi soggetti hanno spesso una iperfocalizzazione attentiva rispetto ai sintomi somatici, tendono a interpretare sensazioni fisiche anche del tutto normali come indicatori di malattie organiche e hanno un elevato livello di preoccupazione ansiosa rispetto alla malattia, talora con evitamento (fobico) di attività che potrebbero a loro parere risultare nocive per il proprio corpo. Molto comune è anche la mancanza di efficacia di interventi di rassicurazione da parte dei medici, che nelle forme più gravi sono vissuti come insufficiente attenzione e scrupolosità rispetto alla diagnosi e portano alla ricerca di altro curante (sino a veri e propri fenomeni di "shopping sanitario"); lo stesso accade qualora sia anche delicatamente sollevata l'ipotesi di una componente psicopatologica come fondante almeno in parte il disturbo.

Nei bambini, gli autori del DSM-5 segnalano che "i sintomi più comuni sono dolore addominale ricorrente, mal di testa, spossatezza e nausea", mentre la preoccupazione rispetto alla malattia tende a comparire solo con l'età adolescenziale. Viene sottolineata l'importanza della reazione dei genitori rispetto ai sintomi, "in quanto ciò potrebbe determinare il livello di disagio associato" e per il ruolo del genitore nel determinare il ricorso alle cure (ma anche, ad esempio, quanto può essere ridotta la frequenza scolastica).

Il Disturbo da Ansia di Malattia viene definito da sei criteri e uno specificatore. Il Criterio A è la preoccupa-

zione di avere o contrarre una grave malattia. Il Criterio B è la sproporzione tra i sintomi eventualmente esistenti (ad es. eruttazioni, sensazione vertiginosa da passaggi posturali rapidi...) e il livello di preoccupazione, che a volte origina da una semplice situazione di rischio di poter sviluppare una patologia. Il Criterio C è dato dalla presenza di una generale intensa ansia riguardante la salute, con tendenza a presentare reazioni di allarme rispetto alle proprie condizioni. Il Criterio D implica la messa in atto di comportamenti eccessivi rispetto alla propria salute, sia nel senso di una eccessiva ricerca di indicatori di malattia (oggi anche attraverso informazioni derivanti da siti Internet) sia viceversa nella forma dell'evitamento disadattivo. Secondo il Criterio E è richiesto che la malattia sia presente almeno da 6 mesi, anche se con un variare del disturbo che il soggetto teme di poter sviluppare o di avere in corso. Il Criterio F, infine, richiede l'esclusione per diagnosi differenziale di altri disturbi (Disturbo da Sintomi Somatici, Disturbo di Panico, Disturbo d'Ansia Generalizzata, Disturbo di Dismorfismo Corporeo, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbo Delirante a tipo somatico). Va specificato se il soggetto richiede l'assistenza sanitaria o invece tende ad evitarla, anche se questa seconda forma viene ritenuta più rara.

Caratteristiche non definitorie ma di supporto alla diagnosi sono la ricerca continua di assistenza medica e la tendenza a riscontrare complicanze iatrogene di test e procedure diagnostiche e/o terapeutiche in misura significativamente maggiore e con caratteristiche atipiche rispetto all'atteso.

Il Disturbo di Conversione (Disturbo da Sintomi Neurologici Funzionali) viene definito da quattro criteri diagnostici e due specificatori. Il Criterio A è definito dalla presenza di uno o più sintomi di alterazione della funzione motoria volontaria o sensoriale. Il Criterio B richiede che l'esame clinico fornisca "le prove dell'incompatibilità tra il sintomo e le condizioni neurologiche o mediche conosciute"; viene poi specificato che non è sufficiente una "bizzarria" del dato clinico, ma devono esserci rilievi semiologici neurologici e/o internistici che escludano la compatibilità con una malattia neurologica. Il Criterio C implica l'esclusione per diagnosi differenziale di altre condizioni mediche o mentali che possano meglio spiegare

il deficit rilevato. Il Criterio D impone che il sintomo o il deficit causino "disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti" ovvero richiedano una valutazione medica. Va specificato se si tratta di episodio acuto (durata inferiore a 6 mesi al momento della diagnosi) o persistente (durata superiore a sei mesi), nonché se sia presente oppure no un fattore psicologico stressante (che in caso deve essere descritto).

Tra gli aspetti associati, ma non necessari per la diagnosi, viene sottolineata la presenza di una storia di molteplici sintomi somatici simili, l'eventuale esordio in coincidenza temporale con situazioni traumatiche o comunque stressanti, la presenza di sintomi dissociativi (depersonalizzazione, de-realizzazione, amnesia dissociativa) in particolare all'insorgenza del sintomo somatico o durante gli attacchi, la presenza di "belle indifferenze" ("mancanza di preoccupazione rispetto alla natura e alle implicazioni del sintomo) e di vantaggi secondari ("quando gli individui traggono benefici esterni"). Si sottolinea come vada invece prestata attenzione a escludere in Disturbo Fittizio o la simulazione di malattia, nonostante non sia sempre possibile avere prove certe sulla presenza o assenza di intenzionalità nel determinare uno specifico sintomo neurologico.

I Fattori Psicologici che Influenzano Altre Condizioni Mediche sono situazioni cliniche definite mediante tre criteri e uno specificatore. Il Criterio A indica la presenza di un sintomo o condizione medica non di natura psichiatrica. Il Criterio B richiede che dei fattori psicologici o comportamentali influenzino negativamente la condizione medica in uno di questi modi: influenzando il decorso della condizione medica (dato dimostrato da correlazione temporale), interferendo con il trattamento della condizione medica (ad esempio determinando una insufficiente compliance), determinando "ulteriori rischi accertati per la salute dell'individuo" o influenzando meccanismi fisiopatologici sottostanti alla condizione medica (con conseguente scatenamento o aggravamento dei sintomi e/o ricorso a cure). Il Criterio C impone che i fattori psicologici e comportamentali relativi al Criterio B non siano meglio spiegati per diagnosi differenziale da altro disturbo mentale. Va inoltre specificata la

gravità attuale, che può essere lieve (se viene aumentato solo il rischio di peggioramento della condizione medica), moderata (se la condizione risulta effettivamente aggravata), grave (se si determina necessità di accesso in Pronto Soccorso e/o di ricovero ospedaliero) o estrema (se si determina un rischio immediato o comunque a breve termine per la sopravvivenza stessa dell'individuo).

Il Disturbo Fittizio è definito da quattro criteri e uno specificatore. Ne esistono inoltre due forme, una in cui il disturbo è provocato a sé e una in cui è provocato ad altri (già nota come Disturbo Fittizio per procura nel DSM-IV-TR; in tale caso la diagnosi è posta rispetto a colui che produce le manifestazioni mediche del disturbo e non alla vittima, che potrebbe essere diagnosticata come oggetto di un abuso). Il Criterio A implica la falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici, ovvero l'induzione di infortuni o malattia mediante un accertato inganno; viene precisato a questo proposito che, pur potendo essere difficile avere prova certa dell'inganno, non è possibile porre questa diagnosi in assenza di tale evidenza, non essendo sufficiente una deduzione riguardante l'intenzione o possibili motivazioni di fondo. Il Criterio B richiede che il soggetto presenti se stesso (o la vittima) come malato, menomato o ferito. Il Criterio C sottolinea come il comportamento ingannevole sia palese ma non necessariamente correlato a vantaggi esterni (in sostanza, quindi, la presenza di un vantaggio secondario non è ritenuta essenziale per la diagnosi). Il Criterio D impone che il comportamento non sia meglio spiegato per diagnosi differenziale da altro disturbo mentale. Va specificato se si tratta di episodio singolo o ricorrente.

Tra i criteri non essenziali per la diagnosi ma spesso associati si evidenzia una somiglianza con i Disturbi da Uso di Sostanze, con i Disturbi dell'Alimentazione e con i Disturbi del Controllo degli Impulsi. Viene inoltre precisato che la diagnosi non esclude che i comportamenti possano costituire agiti criminali, come tipicamente nel caso del Disturbo Fittizio provocato ad altri.

Il Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati con altra specificazione è una categoria destinata a raccogliere quelle situazioni cliniche che presentano i sintomi caratteristici del Disturbo da Sintomi Somatici

e dei disturbi correlati, ma "non soddisfano pienamente i criteri per uno qualsiasi dei disturbi della classe diagnostica". Ad esempio sono qui raccolti il Disturbo da Sintomi Somatici Breve e il Disturbo da Ansia di Malattia Breve (in entrambi avendo i sintomi durata inferiore a 6 mesi), il Disturbo da Ansia di Malattia senza eccessivi comportamenti di malattia (in cui non viene soddisfatto il Criterio D per il Disturbo da Ansia di Malattia) e la Pseudociesi (già denominata in passato "gravidanza isterica" e costituita dalla convinzione erronea di essere incinta, associata in alcuni casi a segni obiettivi e sintomi riferiti tipici della condizione gravidica).

Infine il Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati senza specificazione raccoglie quelle situazioni cliniche che presentano i sintomi caratteristici di un Disturbo da Sintomi Somatici o di disturbi correlati, senza tuttavia soddisfare pienamente i criteri diagnostici. Il manuale avvisa che tale categoria "non dovrebbe essere usata, a meno che non ci siano situazioni decisamente insolite in cui ci sono informazioni insufficienti per porre una diagnosi più specifica".

## **LA RIFLESSIONE PRECEDENTE ALLA PUBBLICAZIONE DEL DSM-5**

La discussione in merito al DSM-5 nella letteratura scientifica ha anticipato abbastanza nettamente la sua pubblicazione e, come si vedrà nel successivo capitolo, non si è ancora conclusa. Limiteremo questa riflessione agli elementi che hanno riguardato la categoria del Disturbo da Sintomi Somatici e disturbi correlati.

Sykes segnalava diversi elementi critici relativi a questa categoria diagnostica<sup>6</sup>. In particolare, sosteneva la difficoltà di dimostrare che gli elementi psicologici alla base dei diversi disturbi siano realmente significativi o comunque sufficienti a determinare una problematica classificabile come "psichiatrica". Di fronte a un sintomo concretamente presente, infatti, risulterebbe arbitrario definire quale reazione emozionale e comportamentale sia normale e quale sconfini nella psicopatologia. In effetti, si pone qui il problema della difficoltà di discriminare tra situazioni di normalità e patologia laddove ci si attenga alla ben nota visione "neo-kraepeliniana", che ha costituito una delle basi fondanti delle ultime versioni del DSM.

Ancora, Frances<sup>7</sup> evidenzia come storicamente la distinzione tra ciò che pertiene alla psichiatria e ciò che invece ricade nel dominio della medicina internistica è sempre stata fluttuante e legata alle acquisizioni scientifiche, che talora hanno dimostrato una eziologia chiaramente organica per forme che erano state precedentemente ritenute "funzionali". La scelta di minimizzare il ruolo della dimostrazione medica della "non biologicità" dei sintomi, mettendo come criterio principale l'eccesso di preoccupazione, avrebbe invece determinato il rischio di un eccesso di diagnosi psichiatriche in situazioni di chiara patologia internistica (15% dei pazienti con cancro o malattia coronarica) ma anche in soggetti senza alcuna malattia biologica nota (fino al 7% di falsi positivi segnalato da Dimsdale<sup>8</sup>).

Sempre Frances (in un lavoro scritto insieme a Chapman<sup>9</sup>) evidenzia come i criteri che definiscono il Disturbo da Sintomi Somatici siano decisamente più inclusivi rispetto a quelli del Disturbo Somatoforme secondo il DSM-IV-TR; questo fatto, unito a una generale carenza di evidenze di letteratura rispetto alla validità della categoria diagnostica, contribuirebbe ad aumentare il rischio di un eccesso di diagnosi. L'autore chiarisce come, nel caso di falsi positivi, vi sia il rischio di applicare interventi costosi, inutili e potenzialmente portatori di effetti negativi iatrogeni, sia per effetto diretto delle terapie sia attraverso la creazione di un potenziale stigma ai danni dei soggetti con patologie croniche, che potrebbero essere ritenuti eccessivamente coinvolti dai loro sintomi o addirittura attuatori di comportamenti finalizzati a mantenere il ruolo di malato ("sick role behaviour").

Per concludere la sua riflessione, Frances<sup>8</sup> cita la posizione di Thomas Szasz che stabilisce un parallelo tra il ruolo degli inquisitori (che consideravano indicativo di stregoneria qualsiasi cosa che non avesse una chiara causa nota in termini di patologia medica) e quello dei medici moderni (che dovrebbero diagnosticare una malattia psichiatrica quando non sanno o non riescono a trovare una spiegazione organica). Pur ritenendo tale parallelo eccessivo in linea generale, Frances sottolinea come la diagnosi di Disturbo da Sintomi Somatici come definita nel DSM-5 si presti a simili errori: "i clinici farebbero meglio a ignorare questa nuova categoria. Quando fosse necessaria una

diagnosi psichiatrica per una persona che sia eccessivamente preoccupata rispetto ai suoi problemi medici, la diagnosi più benigna e accurata sarebbe quella di disturbo dell'adattamento (adjustment disorder)".

Un altro tema molto importante è quello della scelta terminologica. In particolare, come sottolineato da Stone et al.<sup>10</sup>, molti dei termini di uso comune risentono di almeno uno di questi problemi: non sono neutrali rispetto al modello etiopatogenetico (si pensi al termine "Disturbo di Conversione", che richiama in modo esplicito al modello psicodinamico per cui l'affetto legato a una rappresentazione rimossa viene tradotto a livello neurologico); tendono a mantenere il dualismo cartesiano tra mente e cervello; possono determinare stigma, anche solo per le connotazioni che nel linguaggio popolare vengono loro associate. Veniva quindi suggerito di prestare particolare attenzione a questi aspetti, cercando di limitarne per quanto possibile l'effetto<sup>10</sup>. Questo tema è stato discusso da Rief e Martin che effettivamente mostrano come il termine Disturbo da Sintomi Somatici possa indurre difficoltà rispetto alle categorie classiche della psicopatologia, non risolvendo nel contempo il rischio di stigma<sup>11</sup>.

## IL DIBATTITO DOPO LA PUBBLICAZIONE DEL DSM-5

Tra le voci più critiche, anche dopo la pubblicazione del DSM-5, va segnalata nuovamente quella di Frances<sup>12</sup>. Nel proporre modifiche ai criteri definiti per il Disturbo da Sintomi Somatici questo autore critica pesantemente l'intero metodo di realizzazione della nuova versione del DSM: "il set dei criteri del DSM-5 è stato creato per scelta determinate ed è basato solo sulle opinioni personali di un piccolo gruppo di esperti, senza il supporto di alcun sostanziale corpo di ricerche nella ottimale definizione dei criteri, della loro attendibilità e validità, e dell'impatto delle nuove diagnosi sulle decisioni dei trattamenti, e della sua utilità pratica" (traduzione degli autori). Una simile critica è stata rapidamente bollata come figlia di rivalità personali, considerato anche che l'autore era stato il primo responsabile della creazione del DSM-IV-TR (e ha riconosciuto le conseguenze negative determinate dai cambiamenti introdotti, nonostante fossero stati pensati con le migliori intenzioni).

Relativamente alla critica secondo cui l'intera categoria diagnostica non avrebbe ragione di essere, in quanto puramente derivata da una teoresi senza fondamento empirico, va detto che in realtà esistono alcune evidenze che sostengono il mantenimento di questa categoria diagnostica. Kotov et al. avevano dimostrato attraverso analisi di cluster che i disturbi somatoformi erano una delle cinque categorie che emergevano analizzando le variabili psicopatologiche<sup>13</sup>. Browning et al. avevano mostrato invece come ci fossero aspetti di neuroimaging correlabili ai disturbi somatoformi<sup>14</sup>, così come Rief et al. avevano evidenziato differenze psicobiologiche significative tra soggetti con disturbi depressivi e soggetti con disturbi somatoformi<sup>15</sup>.

Una delle critiche mosse alla categoria diagnostica dei Disturbi da Sintomi Somatici e disturbi correlati è stata quella che l'affidabilità della diagnosi in questo ambito fosse troppo dipendente dall'abilità del clinico, non esistendo in sostanza dei marcatori oggettivi<sup>16</sup>. Tuttavia, oltre a quanto già sopra riportato, è stato argomentato da altri autori che in fondo tutte le diagnosi mediche (quindi non solo quelle psichiatriche o in maggior specifico quelle appartenenti a questa categoria diagnostica) sono più rapidamente e correttamente raggiunte da clinici maggiormente esperti e preparati. E del resto questo fatto non rappresenta un argomento sufficiente per negare il valore di una diagnosi<sup>17</sup>.

Del tutto recentemente, sono emerse proposte molto articolate per una classificazione alternativa da utilizzare a fini di ricerca; particolarmente documentata sembra quella di Rief e Martin<sup>18</sup>. Nel frattempo, sono stati pubblicati i primi dati sulla stabilità a un anno delle diagnosi formulate secondo i criteri del DSM-5<sup>19</sup>: pur con qualche limitazione legata anche alla relativa brevità del periodo di follow up, tali dati sembrano incoraggianti. Del resto, la inter-rater reliability della diagnosi di Disturbo da Sintomi Somatici era risultata particolarmente brillante nei field trials (con un kappa di 0.61); non era stata tuttavia rilevata rispetto ai minori<sup>20</sup>.

## DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

Rispetto al trattamento dei Disturbi da Sintomi Somatici

e dei disturbi correlati esistono evidenze piuttosto sparse. Una revisione di Sharma e Manjula evidenziava comunque alcuni aspetti sufficientemente condivisi<sup>21</sup>. In primo luogo, un ruolo essenziale è riconosciuto al Medico di Medicina Generale e al Pediatra di Libera Scelta, considerando che possono essere sia i primi a cui si rivolge il paziente sia coloro che possono aprire in modo delicato e prudente la strada a una consultazione psichiatrica o neuropsichiatrica infantile. Diversi approcci psicoterapici hanno dimostrato una certa efficacia; tra i più studiati si colloca come in molti ambiti della psichiatria infantile la terapia cognitivo-comportamentale, ma ci sono evidenze interessanti e positive anche per la psicoterapia familiare e per quella psicodinamica (sia lunga che breve).

Ci sembra importante sottolineare come l'approccio integrato alla presa in carico del paziente, patrimonio e vanto della Neuropsichiatria Infantile italiana, mostri anche in questo caso una particolare validità non solo per la comprensione diagnostica ma anche per offrire un intervento ben calibrato e utile per i pazienti.

In conclusione il nuovo capitolo del DSM-5 nel proporre nuove etichette diagnostiche presenta il difetto di collocare l'uno accanto all'altro capitoli fondamentali della psicopatologia differenziati attraverso tabelle e schemi di grande semplicità e ingenuità così da essere utili per la medicina di base ma non degni di rappresentare capitoli principe della psicopatologia classica. Infatti temi di grandissimo rilievo clinico e teorico come i disturbi da conversione, i disturbi fittizi e i disturbi psicosomatici perdono la loro individualità clinica e teorica e si stingono in criteri di una semplicità disarmante e appiattente. Tuttavia è da riconoscere che di fronte a un sintomo somatico senza spiegazione medica, concetto che sembra coincidere con il titolo del capitolo DSM-5, l'approccio clinico indipendentemente dalla forma psicopatologica presente si delinea secondo modalità che possono avere molti punti in comune sia nel bambino che nell'adolescente e nell'adulto. Molti lavori della neuropsichiatria italiana e francese<sup>22 23</sup> ma anche lavori recenti pubblicati su riviste della medicina dell'evidenza<sup>24</sup> segnalano la necessità di un approccio molto cauto che rispetti la difficoltà della famiglia e del bambino ad avvicinarsi al legame misterioso che connette il corpo e la mente.

Procedere con cautela mantenendo il focus dell'intervista sul corpo, dettagliare la storia sui sintomi somatici e neurologici e chiedere in un secondo tempo informazioni per così dire collaterali che riguardano

le malattie familiari, i life events, gli eventi scolastici, emozionali e la storia psicologica del bambino sono modalità ben note all'approccio psicosomatico e all'approccio neuropsichiatrico infantile.

## BIBLIOGRAFIA

- <sup>1</sup> Carpenter WT. *RDoC and DSM-5: what's the fuss?* Schizophr Bull 2013;39:945-6.
- <sup>2</sup> Fava GA, Sonino N. *The clinical domains of psychosomatic medicine.* J Clin Psychiatry 2005;66:849-58.
- <sup>3</sup> World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health - Version for Children and Youth.* Geneva: WHO, 2007
- <sup>4</sup> Engel GL. *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.* Science 1977;196:129-36.
- <sup>5</sup> Sirri L, Fava GA, Wise TN. *Psychiatric classification in the setting of medical disease: comparing the clinical value of different proposals.* J Psychosom Res 2011;70:493-5.
- <sup>6</sup> Sykes R. *The DSM 5 website proposals for somatic symptom disorder: three central problems.* Psychosomatics 2012;53:524-31.
- <sup>7</sup> Frances A. *The new somatic symptom disorder in DSM-5 risks mislabeling many people as mentally ill.* BMJ 2013;346:f1580.
- <sup>8</sup> Dimsdale JE. *DSM-5 proposals for somatic symptom disorders, presentation.* American Psychiatric Association 165th Annual Meeting, Philadelphia, May 2012.
- <sup>9</sup> Frances A, Chapman S. *DSM-5 somatic symptom disorder mislabels medical illness as mental disorder.* Aust N Z J Psychiatry 2013;47:483-4.
- <sup>10</sup> Stone J, LaFrance WC, Levenson JL, et al. *Issues for DSM-5: conversion disorder.* Am J Psychiatry 2010;167:626-7.
- <sup>11</sup> Rief W, Martin A. *How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications.* Annu Rev Clin Psychol 2014;10:339-67.
- <sup>12</sup> Frances A. *DSM-5 somatic symptom disorder.* J Nerv Ment Dis 2013;201:530-1.
- <sup>13</sup> Kotov R, Ruggero CJ, Krueger RF, et al. *New dimensions in the quantitative classification of mental illness.* Arch Gen Psychiatry 2011;68:1003-11.
- <sup>14</sup> Browning M, Fletcher P, Sharpe M. *Can neuroimaging help us to understand and classify somatoform disorders? A systematic and critical review.* Psychosom Med 2011;73:173-84.
- <sup>15</sup> Rief W, Hennings A, Riemer S, et al. *Psychobiological differences between depression and somatization.* J Psychosom Res 2010;68:495-502.
- <sup>16</sup> Hauser W, Wolfe F. *Letter to the editor: The somatic symptom disorder in DSM5 risks mislabelling people with major medical diseases as mentally ill.* J Psychosom Res 2013;75:586-7.
- <sup>17</sup> Dimsdale J, Creed F, Escobar J, et al. *Somatic symptom disorder: an important change in DSM.* J Psychosom Res 2013;75:223-8.
- <sup>18</sup> Rief W, Martin A. *How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications.* Annu Rev Clin Psychol 2014;10:339-67.
- <sup>19</sup> Voigt K, Wollburg E, Weinmann N, et al. *Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder: prospective 1-year follow-up study.* J Psychosom Res 2013;75:358-61.
- <sup>20</sup> Freedman R, Lewis D, Michels R, et al. *The initial field trials of DSM-5: new blooms and old thorns.* Am J Psychiatry 2013;170:1-5.
- <sup>21</sup> Sharma MP, Manjula M. *Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview.* Int Rev Psychiatry 2013;25:116-24.
- <sup>22</sup> Balottin U, Chiappedi M, Rossi M, et al. *Childhood and adolescent migraine: a neuropsychiatric disorder? Med Hypotheses 2011;76:778-81.*
- <sup>23</sup> Kreisler L. *Psychosomatic approach in children. Introduction.* Soins Gynecol Obstet Pueric Pediatr 1984;(43):3-4.
- <sup>24</sup> Kozłowska K, English M, Savage B. *Connecting body and mind: the first interview with somatising patients and their families.* Clin Child Psychol Psychiatry 2013;18:224-45.

## CORRISPONDENZA

Umberto Balottin, via Mondino 2, 27100 Pavia (PV) - Tel. +39 0382 380211 - E-mail: umberto.balottin@unipv.it