

EDITORIALE

EDITORIAL

P. PANCHERI

III Clinica Psichiatrica, Università di Roma «La Sapienza»

Il problema dei sintomi somatici non spiegati (*unexplained medical symptoms*) sta assumendo una crescente importanza sia in medicina che in psichiatria. A livello della medicina di base i pazienti che si rivolgono al medico curante accusando disturbi somatici per i quali non è riscontrabile un'obiettività somatica raggiungono il 30-50% delle consultazioni totali. Prima che questi pazienti vengano inviati dallo specialista psichiatra, per un inquadramento diagnostico e un possibile trattamento, può passare fino a un anno speso in ripetute visite mediche, in accertamenti diagnostici complessi e spesso inutili, in ospedalizzazioni superflue e in terapie inadeguate. Ciò significa un elevato costo per le strutture mediche, un progressivo peggioramento della sofferenza del paziente e la mancanza di un trattamento psichiatrico precoce adeguato. In molti casi questo potrebbe essere evitato con una diagnosi psichiatrica tempestiva.

I sintomi somatici senza una spiegazione medica sono da molto tempo oggetto di osservazione e di descrizione psichiatrica. I quadri di somatizzazione, di conversione e di ipocondria hanno una lunga storia nelle trattazioni psichiatriche e sono stati inquadrati nosograficamente nelle classificazioni contemporanee. Il DSM ha creato la categoria diagnostica dei Disturbi Somatoformi per questo tipo di patologia psichiatrica. Va tuttavia rilevato che nella clinica è estremamente frequente l'osservazione di sintomi somatici che si associano al quadro clinico di base di molti disturbi di Asse I. Colpisce tuttavia il fatto che nei disturbi di Asse I dove può essere presente una sintomatologia somatica prevalente o talvolta dominante, quest'ultima venga raramente menzionata tra i criteri diagnostici specifici. Il clinico è, di conseguenza, portato a sottovalutare la sintomatologia somatica dei disturbi psichiatrici, limitandosi ad effettuare la relativamente rara diagnosi di Disturbo Somatoforme quando i sintomi somatici senza una spiegazione medica hanno un carattere sindromico "primario".

In realtà la "dimensione somatica" in psichiatria può essere rilevata con carattere transnosografico in gran parte dei disturbi di Asse I e in molti disturbi di Asse II, spesso con un peso altrettanto rilevante delle dimensioni "psichico-comportamentali". Le analisi fattoriali effettuate sulla depressione hanno dimostrato che la componente principale caratterizzata da sintomi somatici ha, in termini di percentuali di varianza

spiegata, un peso molto vicino a quello della componente "umore depresso-tristezza". La componente somatizzazione è stata riscontrata nelle analisi fattoriali di altri raggruppamenti. Studi effettuati con strumenti di valutazione dimensionale (SVARAD), su popolazioni diagnosticate eterogenee, hanno confermato la distribuzione transnosografica della dimensione somatizzazione con peso variabile, ma comunque significativo, in tutte le categorie diagnostiche. Ciò contrasta con i criteri diagnostici categoriali del DSM dove, con l'eccezione dei Disturbi Somatoformi, i sintomi somatici hanno in genere una scarsa rilevanza. Va d'altra parte rilevato che quando i pazienti, che si rivolgono alla medicina di base per sintomi senza una spiegazione medica, vengono poi valutati dallo specialista psichiatra vengono inquadrati in una diagnosi psichiatrica e ricevono un trattamento adeguato.

Un rilevante numero di studi recenti effettuato sul disturbo dello spettro depressivo ha riportato all'attualità il concetto di "*depressione mascherata*" proposto negli anni '70 e poi progressivamente caduto in disuso nella trattatistica psichiatrica. Nella sua accezione originale il termine di *depressione mascherata* era stato proposto per caratterizzare quei quadri clinici a prevalente manifestazione somatica che erano in realtà espressione di un disturbo depressivo non adeguatamente inquadrato come tale. A partire dagli anni '80, dopo la pubblicazione del DSM-III che aveva creato la categoria diagnostica dei Disturbi Somatoformi e che non contemplava la *depressione mascherata* come una forma di disturbo depressivo, sia il termine che il concetto sono progressivamente scomparse dalla trattatistica psichiatrica.

Da qualche anno la *depressione mascherata* ha assunto un nuovo significato, in base a un crescente numero di studi che hanno dimostrato come, nella depressione, siano presenti alterazioni sottili ma significative di tipo biologico non usualmente prese in considerazione nell'ambito di esami medici abituali. È ampiamente dimostrato come in alcune forme depressive vi sia una significativa alterazione della funzionalità dell'asse ipotalamo-cortico-surrene, così come di altri assi neuroendocrini. Dati sperimentali e clinici indicano come nella depressione vi siano anche alterazioni di tipo neuroimmunitario. Il sistema delle citochine periferiche attivato usualmente da processi infiammatori, ma potenzialmente anche da

segnali di pericolo somatico, attiva per via neurale anche il sistema delle citochine cerebrali che possono indurre l'insieme di comportamenti protettivi, difensivi e di ricerca di aiuto che si accompagnano ad ogni malattia. Questi dati possono spiegare molti sintomi somatici senza una spiegazione medica dimostrabile e che hanno tuttavia una base biologica significativa. In questa prospettiva la malattia depressiva, con tutti i suoi sintomi caratteristici sia di tipo cognitivo-emotivo che di tipo somatico, viene ad essere inquadrata come un disturbo globale di tipo somato-psichico, come era stata considerata dalla medicina antica secondo un modello rimasto valido fino a tempi relativamente recenti.

Un inquadramento somatopsichico dei disturbi psichiatrici può essere esteso anche al di là dei disturbi dello spettro depressivo. Lo spettro dei disturbi d'an-

sia ne è l'esempio più evidente ma questa prospettiva può essere allargata anche ad altri disturbi psichiatrici.

Ci possiamo oggi chiedere se i tempi non siano maturi per una rivalutazione dei sintomi dei disturbi psichiatrici considerati come caratteristici e diagnosticamente significativi negli attuali sistemi classificatori. Ci possiamo anche chiedere se non sia giunto il momento di attribuire il corretto significato biologico ai sintomi somatici senza una spiegazione medica. Ci possiamo soprattutto chiedere se i disturbi psichiatrici non vadano più correttamente inquadrati in un contesto medico generale che vede le malattie sia di interesse medico che di interesse psichiatrico, in una prospettiva globale che non consideri più la dicotomia tradizionale tra malattie del cervello e malattie del corpo.