

EFFICACIA DELLE PSICOTERAPIE NEI SINTOMI FISICI MEDICALMENTE INSPIEGABILI (MUPS): UNA REVISIONE DELLA LETTERATURA

Francesca Ceccarelli

Specialista in Psicoterapia Cognitiva

Corrispondenza

Francesca Ceccarelli

E-mail: francesca.ceccarelli@icloud.com

Riassunto

I “sintomi fisici inspiegabili” (MUPS) sono sintomi somatici in cui non è possibile rintracciare una spiegazione fisiopatologica riguardo la loro origine e natura. Sono disturbi molto difficili da trattare, tendono a cronicizzare e a diventare disabilitanti e determinano la richiesta di consulti medici continui con costi sociali enormi. Gli interventi psicologici a vari livelli rappresentano una consuetudine nella gestione di questi pazienti.

L’articolo presentato ha lo scopo di rilevare l’efficacia terapeutica dei trattamenti psicoterapici nei MUPS e nei disturbi somatoformi in genere, attraverso la revisione sistematica della letteratura sull’argomento e prende in considerazione le review più recenti. Ci proponiamo, inoltre, di rintracciare quegli aspetti terapeutici che, se migliorati, possono consentire l’aumento dell’efficacia dei protocolli standard. Particolare attenzione è stata posta ai dati riguardanti la terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

La presente ricerca dimostra che le psicoterapie rappresentano una opzione terapeutica proponibile al paziente con MUPS. La CBT è il trattamento di scelta ed evidence-based. La personalizzazione della psicoterapia che tenga conto delle variabili psicopatologiche dei pazienti, l’intensificazione dei trattamenti (> 6 mesi, 1-2 sedute a settimana), l’ottimizzazione dell’impiego delle terapie di terza ondata, rappresentano una possibile strategia di miglioramento dell’efficacia.

Parole chiave: sintomi fisici inspiegabili, disturbo somatoforme, efficacia terapeutica, psicoterapia

EFFICACY OF PSYCHOTHERAPY FOR MEDICALLY UNEXPLAINED PHYSICAL SYMPTOMS (MUPS): A SYSTEMATIC REVIEW

Abstract

Medically unexplained physical symptoms (MUPS) are somatic symptoms for which it is not possible to trace the origin and nature to a psychopathological explanation. These ailments are very difficult to treat, they tend to become chronic and disabling, and they require continuous medical consultations resulting in enormous health-care costs. Various levels of psychological intervention are common practice in the management of patients afflicted by MUPS.

The article, through the systematic survey of the literature on the subject and by taking into account the most recent reviews, aims to detect the therapeutic efficacy of psychotherapy treatments

SOTTOMESSO NOVEMBRE 2016, ACCETTATO GIUGNO 2017

for MUPS, and for somatic symptom disorders in general. We also intended to track down the therapeutic aspects which, if improved, can increase the effectiveness of standard protocols. Particular attention has been paid to the data concerning the cognitive-behavioral therapy (CBT). This research demonstrates that psychotherapy is a therapeutic option that may be proposed to MUPS patients. CBT is the first-line and evidence-based treatment. Personalizing the psychotherapy taking into accounts the psychopathological variables of patients, the intensification of treatments (> 6 months, 1-2 sessions per week), and the optimization of third wave therapies use, represent a possible improvement in terms of effectiveness.

Key words: medically unexplained physical symptoms, somatoform disorder, outcome, psychotherapy

Introduzione

Con l'espressione "sintomi fisici inspiegabili" (MUPS, "medically unexplained physical symptoms") si indica una vasta serie di sintomi somatici, di gravità variabile, in cui non è rintracciabile una interpretazione fisiopatologica in grado di spiegarne l'origine e la natura e che non sono, quindi, riferibili ad alcuna malattia conosciuta, definibile convenzionalmente (Fink et al. 2005).

Soggetti con MUPS sono molto comuni nel setting di medicina generale: si stima, infatti, che almeno un terzo dei pazienti, che richiedono un consulto medico per un disturbo somatico, presenti un qualche sintomo fisico inspiegabile (van Dessel et al. 2016). L'evoluzione naturale di questa sintomatologia prevede una risoluzione spontanea del disturbo; tuttavia il 25% di questi pazienti svilupperà sintomi persistenti che possono essere severi e disabilitanti e determinare la richiesta di consulti medici continui con costi sociali enormi. Lo UK Forum for Mental Health in Primary Care ha stimato che i costi nazionali annui dei MUPS per la spesa sanitaria superano i 3,1 miliardi di sterline, su 18 miliardi della spesa totale (Chitnis et al. 2011). Soggetti con MUPS sono frequenti anche in ambito psichiatrico. L'associazione fra MUPS e disturbi psichici è, infatti, ampiamente riportata in letteratura: almeno un quinto dei pazienti con MUPS (21%) è in comorbidità con un disturbo psichiatrico (depressione, ansia) rispetto al 10% dei pazienti con patologie croniche. In molti casi il disagio psichico è secondario alla condizione fisica; in altri può essere preesistente (Park e Knudson 2007).

La definizione e la classificazione dei MUPS è a tutt'oggi argomento controverso. Il termine MUPS non compare esplicitamente nelle varie classificazioni diagnostiche. Nel DSM-IV-TR, i MUPS coincidono con la classe diagnostica dei disturbi somatoformi; il numero, la qualità e la localizzazione dei sintomi è indicativo della gravità della sindrome e distingue fra le tre sottocategorie (disturbo di somatizzazione, disturbo somatoforme indifferenziato e disturbo algico). Tuttavia, le categorie diagnostiche del DSM-IV-TR difficilmente sono in grado di descrivere il paziente "tipo" con MUPS che si incontra nella pratica clinica: ad esempio, solo l'1% dei pazienti con MUPS soddisfa i criteri diagnostici per il disturbo da somatizzazione del DSM-IV (la forma clinicamente più grave). Al contrario, la categoria dei disturbi somatoformi indifferenziati, essendo eccessivamente inclusiva, comprende la maggior parte dei pazienti con MUPS, ma unifica sotto una sola voce pazienti anche molto diversi fra loro (Dessel et al. 2014, Witthoftand e Hiller 2010). Il DSM-5, con la definizione di una unica categoria diagnostica, rappresenta un tentativo di superamento di questi ostacoli. Nel DSM-5, l'intera categoria dei disturbi somatoformi è stata sostituita da quella dei disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati; in questa categoria diagnostica scompare il termine "unexplained" e il grado di severità del disturbo è dato non dalla

qualità e dal numero di sintomi somatici, ma dalla gravità dei sintomi psicologici correlati (ansia per la salute, tempo ed energie eccessivamente dedicati, livello di preoccupazione per i sintomi). Tuttavia, il disturbo da sintomi somatici ha ricevuto molte più critiche che consensi: il DSM-5 ha scelto una definizione straordinariamente sensibile, che è però, ancora una volta, eccessivamente non specifica; la classificazione includerebbe infatti un alto tasso di falsi positivi pari al 7% tra le persone sane e una quota intorno al 20% fra le persone con malattie organiche (Porcelli 2014); la classificazione, inoltre, appiattisce le differenze fra gruppi di pazienti diversi e non fornisce alcuno strumento utile alla impostazione terapeutica; rimane infine escluso il criterio di “unexplained” che potrebbe avere un peso psicopatologico rilevante.

Sarà quindi facile comprendere che il dibattito scientifico riguardo a quale possa essere la classificazione diagnostica più appropriata sia tutt'altro che concluso e perché la definizione di MUPS sia ancora scientificamente valida.

Nonostante l'importanza clinica di questi sintomi, in letteratura sono disponibili relativamente pochi studi controllati sugli effetti dei trattamenti.

Con la presente rassegna sistematica della letteratura ci proponiamo di descrivere lo stato dell'arte rispetto all'efficacia dei trattamenti psicoterapici nei MUPS. Ci proponiamo inoltre di individuare i punti deboli dei vari approcci terapeutici e di rintracciare quegli aspetti che possono essere migliorati, al fine di potenziare l'efficacia dei protocolli. Particolare attenzione sarà rivolta ai dati riguardanti la terapia cognitivo-comportamentale (CBT).

Metodi

La ricerca è stata effettuata nel gennaio 2016. È stato utilizzato il motore di ricerca PubMed, impiegando i seguenti termini: somatoform OR somatization OR medical unexplained OR unexplained medical AND (treatment OR therapy OR outcome OR effect OR efficacy) AND metanalysis. A una prima analisi, la ricerca ha portato in evidenza il lavoro di van Dessel dal titolo “Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults”, una review pubblicata sul Cochrane Database of Systematic Reviews, la più autorevole fonte di revisioni sistematiche della letteratura scientifica in tema di salute. Il lavoro di van Dessel analizza i dati sull'efficacia delle psicoterapie nei MUPS precedentemente al novembre 2013. Per tale motivo, dal momento che il nostro intento era quello di analizzare i dati più recenti sull'argomento e considerata la qualità dello studio di van Dessel, abbiamo deciso di ripetere la nostra ricerca restringendola a non oltre i 5 anni precedenti. Sono stati individuati trentanove articoli; fra questi lavori quelli di Koelen e di Gerger, insieme a quello di van Dessel, sono risultati più attinenti allo scopo dello studio e sono quindi stati utilizzati per la nostra ricerca. I dati relativi agli studi selezionati sono riportati in **tabella 1**.

Infine, abbiamo preso in considerazione gli aspetti critici dei trattamenti psicoterapici emersi dalle review selezionate, sforzandoci di evidenziare quelle variabili che se modificate potessero aumentare l'efficacia dei trattamenti standard.

Risultati

Le metanalisi analizzate (Gerger et al. 2015, van Dessel et al. 2014, Koelen et al. 2014) evidenziano l'efficacia delle psicoterapie nel trattamento dei pazienti nei pazienti con MUPS e con disturbo somatoforme in genere. Questi lavori analizzano complessivamente 64 studi, per un totale di 6773 pazienti randomizzati e confrontano interventi terapeutici diversi (terapie mediche standard, psicoterapie di diverso orientamento, placebo, nessuna terapia).

Tabella 1. Dati relativi alle metanalisi analizzate. Confronto fra i dati più rilevanti

	Diagnosi	No studi (No pz)	Durata terapia in media	Tipi di intervento	Controllo	Domini analizzati	Intervallo temporale incluso nella ricerca	Qualità evidenza scientifica	Efficacia delle PST		
									snt fisici	Snt psichici	Snt funzionali
Koelen et al. 2014	Disturbo somatoforme (DSM IV-TR o ICD10) o Somatic Symptom Index) esclusa ipocondria, e dismorfofobia	16 studi (870 pz)	9 settimane	Terapia esperienziale, psicodinamica, cognitiva, comportamentale, sistemica e interventi sul corpo	TAU o lista di attesa (WL)	Snt fisici Snt psichici Deficit funzionali	marzo 2010	Medio-bassa	Grande (ES=0,80) p<0,05	NS	Medio 0,45 p<0,01
van Dessel et al. 2014	MUPS o Disturbo somatoforme (secondo DSM-III o IV-TR ICD 9 o 10)	21 studi (2658 pz)	1-3 mesi	CBT classica, CBT di terza ondata (mindfulness, ACT), terapia psicodinamica, terapia umanistica, terapie fisiche.	UC, WL, EC, placebo	Snt fisici Snt psichici Deficit funzionali + fattibilità (drop-out, effetti collaterali)	Dal novembre 2013 ad aprile 2014	Medio-bassa	Medio-piccolo (ES = 0,34) solo per TAU e UC	NS	Piccolo 0,17/ NS NS per CBT ad alta e media intensità (una o due volte settimanale)
Gerger et al. 2015	MUPS o Disturbo somatoforme (secondo il DSM-IV-TR o almeno 5 MUPS)	27 studi (3225 pz)	6 settimane	Approccio cognitivo comportamentale, terapia psicodinamica, Interventi psicologici non manualizzati (EC)	Usual care o lista di attesa (WL)	Snt fisici snt psichici deficit funzionali	2000-2010	Dato non disponibile	Medio-piccolo ES=0,22	Piccolo 0,13 p<0,05	Piccolo 0,19 p<0,05

SNT: sintomi; pz= pazienti ; PST: psicoterapie; NS statisticamente non significativa; CBT terapia cognitivo-comportamentale; MUPS sintomi medici non spiegabili; Treatment as usual (TAU) o Usual Care (UC): terapie mediche secondo le linee guida internazionali; WL, Waiting-list, lista d'attesa: pazienti in attesa di trattamento psicoterapico.
Enhanced care: terapie mediche secondo le linee guida, prescritte dal medico di medicina generale + interventi psicologici non strutturati secondo un preciso calendario erogati con lo scopo di favorire l'autogestione del problema: fra questi rientrano il training di riattribuzione erogato dai medici di medicina generale, monitoraggio delle visite mediche, provvedimenti sui singoli sintomi, psicoeducazione.

L'efficacia dei trattamenti è stata calcolata per i seguenti domini: severità e intensità dei sintomi fisici; severità e intensità dei sintomi psichici (depressione, ansia, rabbia e sintomi generali); deficit funzionali (stato di salute percepito, qualità di vita, problemi interpersonali, comportamenti e pensieri disfunzionali, qualità di vita, richiesta di assistenza medica). Lo studio di van Dessel valuta inoltre la compliance ed effetti collaterali del trattamento. La misura dell'effetto terapeutico (effect size, ES) è espressa in Differenza Media Standardizzata (= d di Cohen): $d=0,2$ effetto terapeutico piccolo; $d=0,50$ effetto terapeutico medio; $d=0,80$ effetto terapeutico grande) (Cohen 1988).

Efficacia delle psicoterapie nella riduzione dei sintomi fisici

Sebbene le psicoterapie offrano un vantaggio statisticamente significativo nel dominio dei sintomi fisici (Efficacia terapeutica in Koelen moderata-grande pari a 0,75; d di Cohen $p<0,05$). Efficacia terapeutica in van Dessel minima pari a 0,34; Differenza Media Standardizzata, 95% CI 0,16-0,53. Efficacia terapeutica in Gerger minima pari a 0,22 efficacia; d di Cohen 95% CI 0,04-0,40 $p=0,02$), l'efficacia è debole e assai lontana da quella che si ottiene per il trattamento della depressione ($d=1,30-1,87$ vs $0,45-0,80$). Questo risultato può essere ricondotto sia alla natura cronica della somatizzazione, che si contrappone a un andamento più episodico della depressione, sia al ritardo con cui i pazienti con MUPS sono presi in carico dagli specialisti della salute mentale. Il dato di efficacia, inoltre, è statisticamente significativo solo se le psicoterapie sono confrontate con pazienti non in trattamento (van Dessel et al. 2014) o terapia medica standard (TAU, UC). Le psicoterapie perdono il loro vantaggio quando confrontate con il gruppo di pazienti che ricevono "enhanced care" ovvero terapia medica standard addizionate a singoli interventi psicologici non manualizzati (training di riattribuzione somministrato da medici di medicina generale appositamente addestrati, monitoraggio delle visite mediche, provvedimenti sui singoli sintomi, psicoeducazione). L'effetto delle psicoterapie di regola si mantiene durante il primo anno di follow up. È stato riscontrato un aumento del 7% di drop-out nei pazienti in trattamento psicoterapico. Non sono stati descritti rilevanti effetti collaterali dei trattamenti (van Dessel et al. 2014).

Efficacia delle psicoterapie nella riduzione dei sintomi psichici

Le psicoterapie non si dimostrano efficaci nel dominio dei sintomi psichici (van Dessel et al. 2014, Koelen et al. 2014) o presentano un vantaggio minimo, con un effetto terapeutico piccolo (d di Cohen fra 0,13 e 0,19; 95% CI 0,00-0,27 $p=0,05$) (Gerger et al. 2015).

Efficacia delle psicoterapie sui deficit funzionali

Le psicoterapie non si dimostrano efficaci nel dominio relativo ai deficit funzionali (van Dessel et al. 2014). Un beneficio più consistente, ma sempre modesto, è stato riscontrato solo nella metanalisi di Koelen (moderato, $d=0,45$), ma non per la CBT che, al contrario, sembra mostrare un risultato peggiore. Su questo dominio la terapia psicodinamica sembra fornire risultati migliori rispetto alla terapia cognitiva. Koelen spiega questo risultato chiamando in causa la durata del trattamento: per ottenere un beneficio nel dominio dei deficit funzionali, potrebbero rendersi necessari trattamenti continuativi di almeno 6 mesi (Hilsenroth et al. 2001). Le terapie brevi quindi potrebbero avere un effetto terapeutico più modesto. Questo dato è confermato da altri studi sulle terapie brevi, i quali evidenziano chiaramente che la durata della terapia correla con l'efficacia del trattamento nel dominio del funzionamento generale.

Dati di efficacia della CBT

Per quanto riguarda l'efficacia della CBT, i dati ottenuti sono globalmente sovrapponibili a quelli ottenuti per le altre psicoterapie con due eccezioni. L'impatto della CBT è minore sui sintomi funzionali (Koelen et al. 2014); la CBT classica ad alta intensità (una-due sedute a settimana) presenta una efficacia terapeutica migliore (van Dessel 2014) rispetto ad altri approcci psicoterapici (Differenza Media Standardizzata, efficacia terapeutica moderata = 0,54 (95% CI 0,77-0,38) vs Differenza Media Standardizzata, efficacia terapeutica bassa = 0,38 (5% CI 0,69-0,05)).

Possibile spiegazione dei risultati relativi all'efficacia dei trattamenti

I dati di efficacia ricavati dalla revisione della letteratura sono piuttosto deludenti. Questi risultati sono da correlare sia alla complessità, che alla natura cronica del disturbo.

Tuttavia un risultato così modesto potrebbe anche essere il frutto di un bias legato a una inadeguata caratterizzazione dei pazienti arruolati, che non consentirebbe una corretta stratificazione del campione. Quello dei MUPS è, infatti, un gruppo di pazienti molto disomogeneo. Dalla analisi della letteratura si rende evidente che, quando si vuole caratterizzare un paziente con MUPS, andrebbero prese in considerazione almeno le seguenti variabili: grado di errore di interpretazione dei segnali corporei fisiologici o dell'arousal emotivo (amplificazione somato-sensoriale, Barsky et al. 1990), sensibilità nella percezione dei sintomi, stile di attribuzione, qualità del rapporto medico-paziente, tratti di personalità, comportamento di malattia (Duddu et al. 2006), grado di alessitimia, livello di ansia per la salute, qualità dei problemi interpersonali, fattibilità del protocollo di riattribuzione. È probabile, inoltre, che pazienti diversi abbiano alterazioni differenti rispetto ai domini sintomatologici che caratterizzano la sindrome (qualità e intensità dei sintomi fisici, livello di coinvolgimento funzionale, sintomi psichici). Un chiarimento di come tutte queste variabili intercorrono nei pazienti con MUPS potrebbe consentire una corretta stratificazione del campione in esame. Una stratificazione del campione più particolareggiata, potrebbe far emergere risultati di efficacia migliori per determinate categorie di pazienti, chiarendo così alcuni dei molti aspetti oscuri del disturbo.

Un ulteriore bias potrebbe essere rappresentato dalla confusione legata al complicato inquadramento diagnostico di questo disturbo che spesso rende molto difficile il confronto fra i diversi trials sull'argomento. In effetti, numerose classificazioni diagnostiche si sono succedute negli anni. Queste mutevoli classificazioni creano molte difficoltà nella ricerca, poiché spesso ci si trova a confrontare dati provenienti da studi che hanno arruolato gruppi di pazienti con caratteristiche diverse: ad esempio alcuni lavori hanno preso in considerazione esclusivamente pazienti con MUPS, altri includono i MUPS e disturbi funzionali singoli, alcuni parlano di disturbi somatoformi, altri di somatizzazione, altri ancora includono l'ipocondria. Tutto questo si riflette sui risultati, che possono mostrare dati contraddittori (Schoeder et al. 2015) con valori di efficacia anche molto ampi (d di Cohen da 0,18 a 0,80).

È auspicabile che accanto a una classificazione diagnostica, utile nel porre agevolmente diagnosi e inquadrare il paziente, i ricercatori elaborino una classificazione psicopatologica capace di tener conto della complessità dei pazienti affetti da MUPS. Questa apertura verso una dimensione psicopatologica del problema potrebbe avere ripercussioni positive sia in ambito clinico, consentendo una personalizzazione del trattamento, sia nella ricerca, permettendo il disegno di studi ad hoc capaci di chiarire le contraddizioni dei risultati di efficacia ottenute fino a oggi.

Tabella 2. Regole generali per il colloquio con il paziente con MUPS

Nello specifico del colloquio con i pazienti affetti da MUPS è utile tener presenti alcune regole e attenzioni e in particolare:

A. RIDURRE L'ALONE DI MISTERO CHE ACCOMPAGNA I MUPS.

È utile che il paziente sappia che la presenza di sintomi somatici non spiegabili è una condizione piuttosto comune, presente in almeno 1/3 dei pazienti che accedono all'ambulatorio del medico di base.

È utile che il paziente conosca l'evoluzione naturale di questi sintomi e cioè che la maggior parte di questi disturbi tendono a risolversi spontaneamente nel tempo, mentre un 25% cronicizzano rimanendo di fatto senza una causa specifica.

B. LEGITTIMARE L'ESIGENZA DI CONOSCENZA DEL PAZIENTE, SENZA OFFRIRE FALSE SPERANZE.

È fondamentale che al paziente sia chiarito che, nonostante sia legittima la sua esigenza di trovare la causa di questi sintomi, i dati della letteratura dimostrano che di regola la causa rimane sconosciuta.

C. ANCORARE LA TERAPIA AL DATO DI REALTÀ.

È indispensabile verificare che il paziente abbia eseguito gli accertamenti medici del caso, che escludano patologie organiche in atto.

Di fronte all'esclusione di malattie somatiche, da una parte è fondamentale rimarcare l'importanza di questo dato oggettivo, dall'altra dovrebbe essere comunicato con delicatezza al paziente che la negatività degli esami non lo rende immune dalla possibilità di ammalarsi in futuro come qualunque essere umano. Deve essere chiaro al terapeuta infatti che una quota di patologie anche, invalidanti, esordiscono con sintomi somatici sfumati e che almeno all'inizio sfuggono a un inquadramento diagnostico univoco.

D. STABILIRE UNA ALLEANZA TERAPEUTICA SENZA EQUIVOCI.

È fondamentale che al paziente sia chiarito che il lavoro psicoterapico non è finalizzato a trovare una causa ai suoi disturbi, che di regola rimane misteriosa, quanto a prevenire o limitarne la cronicizzazione, com'è stato ampiamente dimostrato in letteratura. Qualora non fosse possibile prevenire la cronicizzazione (questo si verifica nel 25% dei casi, quindi molti), l'obiettivo principale coincide col ridurre l'impatto che questi sintomi hanno sulla sua vita del paziente ovvero nel permettergli di svolgere una vita "normale" nonostante la presenza del disturbo. Riguardo alle possibilità terapeutiche, anche se, almeno per ora, non possiamo presentare valori di efficacia molto elevati, è importante sottolineare che anche piccoli miglioramenti possono determinare un beneficio clinico importante perché consentono al paziente di entrare nel circolo virtuoso del cambiamento.

Margini di miglioramento dei trattamenti

Questa rassegna della letteratura si prefigge, inoltre, di individuare i possibili margini di miglioramento dell'efficacia dei protocolli standard; particolare attenzione è stata posta ai livelli di intervento che possono implementare l'efficacia della CBT.

Motivazione al trattamento e alleanza terapeutica

Gli studi scientifici analizzati evidenziano che una buona motivazione al trattamento potrebbe riflettersi sull'efficacia terapeutica (van Dessel et al. 2014). Il paziente con MUPS è di regola molto restio e demotivato a iniziare un trattamento psicoterapico (Looper et al. 2002). Questo si verifica per diversi motivi. Quando giunge alla osservazione del professionista della salute mentale è di regola reduce da percorsi clinico-diagnostici che hanno già più volte invalidato i suoi sintomi e il suo malessere fisico, contribuendo allo scoraggiamento e alla differenza nei confronti delle figure di aiuto e delle possibilità di cura (Stone 2015). Il rifiuto dello stigma di malato psichico e il continuo andirivieni fra specialisti diversi contribuiscono al ritardo con cui si inizia un trattamento psicoterapeutico adeguato.

Inoltre fra terapeuta e paziente di regola si riscontra la mancanza di un obiettivo condiviso, e ciò determina l'instaurarsi di una relazione terapeutica fragile e ambigua. In effetti, mentre il paziente, ha lo scopo di capire l'origine del suo disagio e vuole risolvere la sintomatologia (Stone 2015), il terapeuta esclude a priori questi obiettivi, orientandosi invece verso il recupero funzionale e il sostanziale miglioramento della qualità di vita (Chitnis 2011, Witthoftande e Hiller 2010).

Infine, le continue richieste di rassicurazione del paziente e la diffidenza nei confronti del trattamento disorientano il terapeuta col rischio di instaurare cicli interpersonali disfunzionali (Duddu et al. 2006). Per tale motivo è molto importante l'approccio giusto al paziente con MUPS chiarendo fin dall'inizio gli scopi del trattamento e le effettive possibilità terapeutiche. L'obiettivo condiviso non dovrà essere quello di scoprire la causa (che di regola nei MUPS rimane misteriosa) ma di risolvere quegli aspetti psicologici che amplificano e mantengono il disturbo e, soprattutto, impediscono la risoluzione spontanea del problema. Se questa informazione viene correttamente trasferita al paziente, la CBT viene sostanzialmente ben accettata perché il paziente non si sente completamente invalidato dallo shift verso il trattamento psicoterapico. Riguardo alle possibilità terapeutiche, anche se, di fatto, non possiamo presentare valori di efficacia molto elevati, è importante sottolineare che anche piccoli miglioramenti possono determinare un beneficio clinico importante perché consentono al paziente di entrare nel circolo virtuoso del cambiamento (Gerger 2015). La **tabella 2** descrive un possibile esempio di approccio al paziente con MUPS.

Durata e intensità del trattamento

Nelle metanalisi analizzate, è stato evidenziato che il trattamento dei MUPS e dei disturbi somatoformi beneficia di trattamenti terapeutici a lungo termine. Nonostante non ci sia un consenso univoco sulla durata del trattamento (in letteratura sono suggeriti trattamenti di lunghezza diversa, precisamente fra le 6 e le 16 sedute), alcuni autori (Kleinstauber et al. 2011) hanno riscontrato una associazione positiva fra durata del trattamento ed efficacia, suggerendo che i protocolli più lunghi sono probabilmente più utili. Hilsenroth (Hilsenroth et al. 2001)

ipotizza la necessità di un trattamento che duri almeno 6 mesi per ottenere un miglioramento nel dominio dei deficit funzionali. Questo dato può spiegare la ridotta efficacia della CBT classica nel dominio dei deficit funzionali, quando confrontata con approcci psicoterapici più lunghi (terapia psicodinamica) e una sostanziale maggiore efficacia per la CBT a moderata e alta densità (una o più sedute settimanali).

Ottimizzazione del training di riattribuzione

La riattribuzione è una delle tecniche più utilizzate dalla CBT classica, anche se alcune review hanno fallito nel dimostrare la sua effettiva efficacia terapeutica (Morris et al. 2007). La riattribuzione potrebbe avere un potere limitato nei pazienti con MUPS in cui l'arousal fisiologico ed emozionale contribuisce in misura limitata alla genesi e alla percezione del sintomo corporeo. In questi casi un approccio di questo tipo può risultare addirittura invalidante. Tuttavia è probabile che, nella maggior parte dei casi, una quota variabile dei sintomi esperiti dal paziente in corso di MUPS sia sostenuta da una attivazione dell'arousal emozionale o da una maggiore consapevolezza dei cambiamenti fisiologici dello stato interno. Il terapeuta dovrebbe quindi saper differenziare fra i sintomi dovuti all'arousal e all'"iperattenzione" sul corpo e quelli non sostenuti da questi meccanismi, per indirizzare fruttuosamente l'intervento di riattribuzione solo sui primi. Infine una riattribuzione forzata può essere pericolosa se si prefigge di spiegare l'inspiegabile (Gask et al. 2011): il terapeuta non dovrebbe mai dimenticare che in alcuni casi malattie anche invalidanti esordiscono con sintomi somatici sfumati e difficilmente inquadrabili. Ulteriori ricerche che considerino la disomogeneità dei pazienti con MUPS potranno chiarire l'effettiva utilità dell'impiego della tecnica in questi pazienti (Shoeder et al. 2015).

Lavoro sulle emozioni

Lo studio di Allen et al. (2006) e quello di Sattel et al. (2012) hanno evidenziato l'importanza delle emozioni nei pazienti con MUPS. L'intervento sugli aspetti emozionali del disturbo, soprattutto sulla riduzione dell'alessitimia, produce un importante effetto terapeutico. Questo dato è supportato da molti studi scientifici pubblicati in letteratura (Abbass et al. 2009). Lo studio di Allen evidenzia che il lavoro sulle emozioni (elicitazione ed esplorazione) ha una grande efficacia terapeutica in quei pazienti che non sono in grado di accedere ai propri contenuti emotivi. La CBT potrebbe migliorare i risultati di efficacia se arricchita con specifiche strategie di regolazione emotiva. Il protocollo ENCERT (Gottschalk et al. 2015) rappresenta un tentativo in questa direzione e merita un ulteriore approfondimento tramite studi scientifici più ampi.

Ruolo della CBT di terza ondata

Le terapie basate sulla mindfulness rappresentano un nuovo approccio nel trattamento di questi disturbi. Van Ravesteijn (van Ravesteijn et al. 2013) spiega il razionale dell'impiego della terapia cognitiva basata sulla mindfulness (MBCT) nel trattamento dei pazienti con MUPS. La MBCT è un training di gruppo costituito da esercizi di meditazione, yoga e psicoeducazione. Il focus della terapia è la consapevolezza delle proprie sensazioni corporee e della loro relazione con le emozioni e i comportamenti. Semplificando, la mindfulness favorisce quindi un'accettazione dei sintomi e il controllo del disagio che deriva da essi. Il trattamento dei MUPS trova quindi nella MBCT un forte razionale soprattutto dopo che è stato dimostrato che l'attenzione sul corpo non aumenta le preoccupazioni ipocondriache in questi pazienti (van Ravesteijn et al. 2014). Inoltre le MBCT sono da considerarsi trattamenti intensivi e dai dati di letteratura è noto

che ciò potrebbe associarsi a una efficacia migliore. Un ulteriore incentivo all'uso di queste tecniche è che queste non si presentano necessariamente come psicoterapie e quindi vengono accolte con meno resistenze da questi pazienti che spesso rifiutano l'approccio psicologico al loro problema. Infine la consapevolezza dei propri contenuti mentali potrebbe migliorare l'alessitimia comune in alcuni pazienti con MUPS. Tuttavia, nonostante queste interessanti premesse, i risultati ottenuti dagli studi sono deboli. La review di Lakhan (Lakhan e Schofield 2013) mostra un effetto moderato ($ES=0,40$) sulla riduzione dell'intensità dei sintomi, anche se gli studi inclusi prendono in considerazione i pazienti con disturbi specifici e questi risultati non sono necessariamente generalizzabili ai pazienti con MUPS. Uno studio di Ravesteijn et al. (2014) sulla MBCT nei MUPS ha fallito nel dimostrare un sostanziale vantaggio dei pazienti del gruppo sperimentale nel recupero dello stato di benessere globale. Allo stesso modo, lo studio di Fjorback et al. (2012) non ha dimostrato un vantaggio di questo approccio nel trattamento del disturbo da somatizzazione e nei disturbi funzionali. Tuttavia il razionale per l'impiego della mindfulness nei MUPS rimane molto forte e i dati ottenuti sulla gestione del dolore cronico sono chiaramente a favore di questi protocolli (Veehof et al. 2011). A nostro parere lo studio della efficacia della MBCT nei MUPS incontra almeno due difficoltà: una pratica relativa al timing di intervento e una più filosofica. Per prima cosa le tecniche mindfulness vengono pensate come alternativa alla CBT classica, quando probabilmente sarebbe utile considerarle come una naturale continuazione del trattamento al termine del protocollo standard. L'associazione fra mindfulness e CBT consentirebbe il superamento di uno dei limiti dell'approccio cognitivo-comportamentale standard che è considerato di fatto una terapia breve. Il secondo limite è che valutare la riduzione del sintomo fisico potrebbe essere la misura di efficacia meno appropriata per la mindfulness in cui il miglioramento sintomatologico viene considerato un prodotto secondario della meditazione.

Successivi studi chiariranno il ruolo della MBCT nel trattamento dei MUPS, consentendo di ottimizzare il trattamento.

Conclusioni

Sebbene la presente rassegna della letteratura si limiti all'analisi delle review più recenti, restringendo l'analisi agli ultimi 5 anni, appare evidente che per i pazienti con MUPS e disturbo somatoforme in genere, la psicoterapia è un trattamento proponibile, sebbene l'efficacia terapeutica sia limitata; la CBT è il trattamento di scelta ed evidence-based. Visti i dati sull'efficacia, molti sforzi dovranno essere indirizzati verso il miglioramento dei protocolli terapeutici, che dovranno tener conto della disomogeneità e della complessità psicopatologica di questi pazienti. L'effettiva utilità di potenziare durata e intensità della terapia, di intensificare il lavoro sulle emozioni e di integrare i protocolli con tecniche mindfulness e ACT dovrebbe essere testata in studi prospettici randomizzati. Le terapie della terza ondata meriterebbero, in aggiunta, una rassegna della letteratura dedicata. Il presente lavoro, fornisce anche dei suggerimenti per la pratica clinica, consentendo di tracciare una prima stesura delle raccomandazioni che dovrebbero guidare il delicato approccio al paziente con MUPS.

Bibliografia

- Abbass A, Kisely S, Kroenke K (2009). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders. *Systematic review and meta-analysis of clinical trials* 78, 5, 265-274.
- Allen LA, Woolfolk RL, Escobar JI, Gara MA, Hammer RM (2006). Cognitive-behavioural therapy for so-

- matization disorder: a randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* 166, 14, 1512-1518.
- Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL (1990). The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *Journal of Psychiatric Research* 24, 4, 323-334.
- Chitnis A, Dowrick C, Byng R, Turner PDS (2011). Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms. In *Guidance for health professionals on medically unexplained symptoms*. London, RCGP.
- Cohen J (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Lawrence Erlbaum Associated, Hillsdal NJ.
- Duddu V, Isaac MK, Chaturvedi SK (2006). Somatization, somatosensory amplification, attribution styles and illness behaviour: a review. *International Review of Psychiatry* February 18, 1, 25-33.
- Fava GA, Freyberger HJ, Bech P, Christodoulou G, Sensky T, Theorell T, Wise TN (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics* 63, 1, 1-8.
- Fink P, Rosendal M, Olesen F (2005) Classification of somatisation and functional somatic symptoms in primary care. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 39, 772-781.
- Fjorback LO, Arendt M, Ørnbøl E, Walach H, Rehfeld E, Schröder A, Fink P (2012). Mindfulness therapy for somatization disorder and functional somatic syndrome. Randomized trial with one-year follow up. *Journal of Psychosomatic Research* 74, 1, 31-40.
- Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters P, Morriss R (2011). Reattribution reconsidered: narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *Journal of Psychosomatic Research* 71, 5, 325-334.
- Gerger H, Hlavica M, Gaab J, Munder T, Barth J (2015). Does it matter who provides psychological interventions for medically unexplained symptoms? A meta-analysis. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84, 4, 217-26.
- Gottschalk JM, Bleichhardt G, Kleinstäuber M, Berking M, Rief W (2015). Extension of Cognitive Behavioral Therapy by Emotion Regulation Training in Patients with Multiple Somatoform Symptoms: Results of a Controlled Pilot Study. *Verhaltenstherapie* 25, 13-21.
- Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD (2001). Evaluating the phase model of change during short term psychodynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research* 11, 1, 29-47.
- Kleinstäuber M, Witthoft MM, Müller W (2011). Efficacy of short-term psychotherapy for medically unexplained physical symptom: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 31, 1, 146-160.
- Koelen JA, Houtveen JH, Abbass A, Luyten P, Eurelings-Bontekoe EHM, Geenen R (2014). Effectiveness of psychotherapy for severe somatoform disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry* 204, 1, 12-9.
- Lakhan SE, Schofield KL (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorder: a systematic review and meta-analysis. *Public Library of Science one* August 26, 8, e71834.
- Looper KJ, Kirmayer JK (2002). Behavioural medicine approaches to somatoform disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 3, 810-827.
- Morriss R, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Dunn G, Rogers A (2007). Cluster randomized controlled trial of training practices in reattribution for medically unexplained symptoms. *British Journal of Psychiatry* 191, 6, 536-42.
- Park J, Knudson S (2007). Medically unexplained physical symptoms. *Health Reports*, vol. 18, no. 1.
- Porcelli P (2014). I disturbi di somatizzazione nel DSM-5. *Psicoterapia e Scienze Umane* 48, 3, 431-452.
- Sattel H, Lahmann C, Gündel H, Guthrie E, Kruse J, Noll-Hussong M, Ohmann C, Ronel J, Sack M, Sauer N, Schneider G, Henningsen P (2012). Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 200, 1, 60-67.
- Schoeder A, Sharpe M, Fink P (2015). Medically unexplained symptom management. *The Lancet Psychiatry* 2, 7, 587-588.
- Stone L (2015). Managing medically unexplained illness in general practice. *Australian family physician* 44, 9, 624-629.
- van Dessel N, den Boeft M, van der Wouden JC, Kleinstäuber M, Leone SS, Terluin B, Numans ME, van der Horst HE, van Marwijk H (2014). Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. *Cochrane Database Systematic Review*

Nov 1, 11, CD011142.

- van Dessel NC, van der Wouden JC, Dekker J, van der Horst HE (2016). Clinical value of DSM-IV and DSM-5 for diagnosing the most prevalent somatoform disorder in patients with medically unexplained physical symptom (MUPS). *Journal of Psychosomatic Research* 82, 4-10.
- van Ravesteijn H, Lucassen P, Bor H, van Weel C, Speckens A (2013). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for patients with medically unexplained symptoms: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatic* 82, 299-310.
- van Ravesteijn H, Suijkerbuijk YB, Langbroek JA, Muskens E, Lucassen P, van Weel C, Wester F, Speckens AEM (2014). Mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) for patients with medically unexplained symptoms: process of change. *Journal of Psychosomatic Research*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.04.010>
- Veehof MM, Oskam M, Schreurs KMG, Bohlmeijer ET (2011). Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: A systematic review and meta-analysis. *Pain* 152, 3, 533-542.
- Witthoftand M, Hiller W (2010). Psychological Approaches to Origins and Treatments of Somatoform Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology* 6, 257-283
- Woolfolk RL, Allen LA (2012). *Cognitive Behavioral Therapy for Somatoform Disorders. Standard and innovative strategies in cognitive behavioural therapy*. Edito da Dr Irismar De Oliveira, 14 marzo 2012. Su: www.interchopen.com.