

Francesca Zizzi¹, Domenico Italiano², Paola Tammaro², Francesco Mazzoleni²

¹ Specializzanda in Psichiatria, Università di Torino; ² Medici di Medicina Generale, SIMG

La gestione dei disturbi da sintomi somatici: una sfida complessa per il medico di medicina generale

Introduzione

I disturbi da sintomi somatici (DSS) sono un insieme di manifestazioni psicopatologiche caratterizzate dalla presenza di sintomi fisici tali da compromettere il funzionamento del paziente, che possono fare pensare a una condizione medica sottostante, ma che non sono dovute a patologie organiche o a effetti di sostanze¹.

I DSS e disturbi correlati, costituiscono una nuova categoria nosologica inserita nella versione aggiornata del DSM-5 (Manuale Diagnostico Statistico delle Malattie Psichiatriche), che sostituisce quella precedente del DSM-IV, dove erano classificati come "disturbi somatoformi", modificandone i criteri diagnostici¹.

I cambiamenti più importanti introdotti dal DSM-5 sono rappresentati da:

- raggruppamento di gran parte degli ex-disturbi somatoformi in un'unica etichetta di Disturbo da Sintomi Somatici;
- sdoppiamento della ex-ipocondria nelle diagnosi di DSS e disturbo da ansia di malattia, a seconda della presenza o assenza di sintomi *Medically Unexplained Symptoms* (MUS);
- conservazione del disturbo di conversione, ma eliminando il criterio di associazione con stress psicologico;
- spostamento del disturbo da distorsione corporea nella sezione dei disturbi ossessivo-compulsivi;
- inclusione di due categorie del DSM-IV considerate a parte: il disturbo fittizio

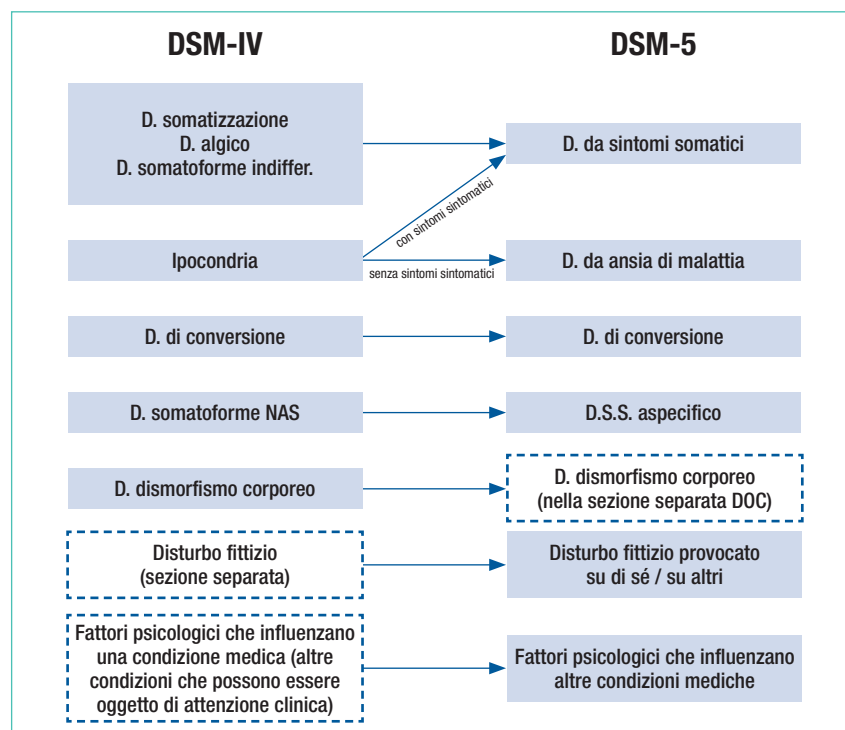
(provocato su sé o su altri) e i fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche (Fig. 1).

Il termine MUS è stato introdotto nella prima metà degli anni '90 come termine descrittivo: sintomi che si presentano clinicamente ma per i quali l'osservatore non può trovare alcuna causa medica riconosciuta sulla base dell'evidenza cli-

nica o di esami diagnostici, ma che tuttavia possono essere correlati con vere e proprie patologie croniche specifiche. Un singolo MUS si associa spesso ad altri e i soggetti tendono ad avere somatizzazioni funzionali multiple e persistenti (*serial somatizers*)².

Sono identificati come dolori aspecifici, articolari e/o muscolari talvolta migranti, stan-

FIGURA 1.



chezza cronica, vertigini e nausea, disturbi dell'appetito, colon irritabile e disturbi digestivi, stipsi o diarrea, disturbi del tono dell'umore, perdita di memoria a breve termine, difficoltà di concentrazione, aritmie o tachicardia, perdita di peso senza cause obiettive riscontrabili.

Quando i DSS si manifestano in concomitanza di comorbidità somatiche, l'esposizione di sintomi fisici e/o di mal funzionamento sociale e lavorativo risulta eccessiva rispetto a quanto indicato da anamnesi, esame fisico e indagini diagnostiche, con riferimenti a una vasta gamma di problematiche personali e comportamentali. Infatti, i pazienti tendono a presentare i loro sintomi in modo esagerato e drammatico (talvolta invece in modo vago), o inseriti in una lunga e intricata storia clinica. Ansia e depressione sono molto frequenti e possono rappresentare il motivo per cui i soggetti giungono all'osservazione medica.

I sintomi somatici, ben noti al Medico di Medicina Generale (MMG), rappresentano un problema che implica percorsi di gestione talvolta complessi e dispendiosi in termini di impegno clinico e uso di risorse³.

Molteplici sono gli aspetti critici nell'approccio a queste affezioni che vengono comunemente considerate di inquadramento diagnostico problematico.

In realtà, le difficoltà di interpretazione clinica di segni e sintomi suggestivi della presenza di queste patologie presentano una vasta gamma di variabilità, con estremi che partono da situazioni relativamente semplici, fino ad arrivare a condizioni più complesse.

Tuttavia, l'aspetto più problematico non sembra essere il riconoscimento dei disturbi e il successivo iter diagnostico, sebbene questo possa risultare complesso e macchinoso anche in considerazione della sempre più diffusa "medicina difensiva".

In effetti, quantomeno nei casi più gravi, il punto critico è rappresentato dalle soluzioni terapeutiche che risultano il più delle volte inefficaci o parzialmente efficaci, oltre che difficili da essere condivise con i pazienti i quali, il più delle volte, tendono a rifiutare l'idea dell'origine psicologica dei loro malesseri.

In considerazione della variabilità dei quadri clinici, la gestione da parte del medico richie-

de un percorso ragionato basato su adeguate conoscenze e sulla consapevolezza che una relazione appropriata con il paziente rappresenta un aspetto strategico rilevante.

Epidemiologia

Fino al 30% della popolazione può, in qualche momento della propria vita, sperimentare sintomi ascrivibili a somatizzazione. Tuttavia, nella maggior parte dei casi essi non costituiscono una vera condizione patologica. Predittivi di persistenza e cronicizzazione di tali sintomi nel corso del tempo sono il genere femminile, la presenza di sintomi depressivi, una storia di traumi o di abusi e anche la presenza di disturbi di somatizzazione nei genitori⁴.

La prevalenza del DSS vero e proprio oscilla tra lo 0,2 e il 2% nelle donne e assume valori inferiori allo 0,2 negli uomini, con un rapporto maschi/femmine che è compreso tra 1:5 e 1:20 nelle varie casistiche.

Il tasso di prevalenza sembra influenzato da particolari condizioni socio-culturali: è più elevato nei paesi in via di sviluppo nei ceti sociali meno abbienti e con più basso livello culturale^{5,6}. Per spiegare la maggior prevalenza nelle donne sono state chiamate in causa influenze ambientali, culturali e biologiche, senza però evidenze definitive. Disturbo da conversione: nella popolazione generale vengono riportati tassi di prevalenza variabili dallo 0,01 allo 0,5%, con una prevalenza decisamente superiore nel sesso femminile e un rapporto maschi/femmine di 1:5. Nei maschi la sintomatologia è spesso riconducibile a eventi di natura traumatica occorsi in ambito occupazionale o militare⁷.

La prevalenza del disturbo da ansia di malattia nella popolazione generale è valutabile intorno all'1-5%. Anche se la patologia può esordire a qualunque età, la maggiore frequenza si riscontra tra i 20 e i 30 anni. Non sono invece state rilevate differenze significative nei due sessi o in base allo stato civile, sociale e di istruzione^{6,7}.

In complesso, più del 4% della popolazione generale risulta affetta da disturbi che non possono essere spiegati in maniera esaustiva da una base organica⁸.

Tale percentuale sale fino al 20% circa nell'ambito della Medicina Generale (MG)⁶.

Tra i pazienti che afferiscono agli ambulatori dei MMG, infatti, la prevalenza di questi disturbi è molto più elevata, andando dal 5% per il DSS al 3-13% per il disturbo da ansia di malattia e all'1-4,5% per il disturbo da conversione^{6,7}.

La comorbidità di questi disturbi con ansia e depressione è molto elevata e può arrivare fino al 50%⁹.

Aspetti clinici e diagnostici

Nei vari quadri clinici dei disturbi da sintomi somatici, rientrano condizioni tra loro molto diverse che hanno in comune l'attenzione del soggetto focalizzata su uno o più fenomeni di natura somatica, con sintomi che causano un forte disagio e limitazioni del normale funzionamento sociale, lavorativo e relazionale.

Secondo il DSM-5, per formulare una diagnosi di disturbo da sintomi somatici è necessaria la presenza di almeno un sintomo somatico capace di creare forti limitazioni nella vita di tutti i giorni per un periodo di almeno sei mesi.

Al sintomo somatico devono associarsi almeno una delle seguenti risposte psicologiche o comportamentali:

- a) pensieri eccessivi riguardanti la gravità dei sintomi;
- b) elevati e persistenti livelli di ansia o impiego eccessivo di tempo e di energie spese a causa delle preoccupazioni per il proprio stato di salute.

I disturbi possono essere riferiti a qualsiasi organo o apparato e descritti in modo specifico, come nel caso di un dolore acuto in regione precordiale, un senso di bruciore alla minzione, una cefalea, oppure in termini più vaghi, come una sensazione di nausea, vertigine, *discomfort* addominale, dolori diffusi. Un'ulteriore caratteristica è che i sintomi si possono modificare nel tempo e venire descritti dal paziente in modo diverso, senza apparenti cause scatenanti né fattori di peggioramento o di attenuazione. La nuova classificazione del DSM-5 ha generato alcune perplessità di metodo e di merito per la prospettiva che i nuovi criteri possano sovra-patologizzare le sensazioni fisiche normali e stigmatizzare come malattia mentale i sintomi delle malattie mediche gravi¹⁰. Per meglio definire le diagnosi di

DDS è stato proposto di aggiungere tre sotto-criteri ¹¹:

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

Un ulteriore punto di dibattito riguarda l'approccio secondo il "modello bio-psico-sociale" di malattia, secondo il quale occorre non valutare esclusivamente la dimensione esplicita dei sintomi somatici, ma quella implicita dei correlati biopsicosociali della salute fisica, indipendentemente dalla natura dei sintomi.

Si tratta cioè di mettere al centro del concetto di diagnosi la percezione soggettiva della salute (in contrapposizione alla prospettiva osservativa del DSM) e la valutazione clinica, con tutte le variabili di temporalità, durata, decorso e severità ¹².

L'approccio bio-psico-sociale considera gli aspetti biologici, sociali e psicologici di salute di una persona partendo dal presupposto che siano correlati e non distinti tra loro. Fondamentale per il modello è un costrutto olistico della salute e del benessere nel quale i pazienti possano gestire i propri sintomi con la necessità di un sostegno da parte del MMG o dei servizi specialistici, che può essere poco rilevante o più consistente a seconda dell'intensità dei disturbi. In questo modello, importante è lo spazio da riservare al rapporto di collaborazione e alla negoziazione tra pazienti e operatori.

La prospettiva del DSM-5 dovrebbe aiutare il clinico a non porre unicamente una diagnosi di esclusione nel momento in cui non trovi una spiegazione medica adeguata per un sintomo somatico, definendo dei criteri diagnostici positivi, con particolare attenzione all'impatto psicologico che i sintomi

somatici hanno sull'individuo piuttosto che alla loro causa. In tal senso, la componente psicopatologica non sta nella presunta origine psicologica dei sintomi somatici, quanto piuttosto nei modi disadattivi con cui l'individuo reagisce a essi e li affronta: risulta più importante la reazione ai sintomi piuttosto che la loro causa.

Disturbo da sintomi somatici

Il DSS è caratterizzato dalla presenza di uno o più sintomi fisici che comportano una significativa compromissione della qualità di vita quotidiana, da eccessivi e persistenti pensieri riguardanti la severità della propria condizione clinica o da livelli costantemente elevati di ansia correlata alla salute o da un dispendio eccessivo di tempo e di energie dedicati alla propria sintomatologia; tale condizione psicosomatica risulta persistente (tipicamente più di 6 mesi). Rispetto al DSM-IV, il DSM-5 pare sottolineare meglio la complessa interfaccia tra psichiatria e medicina: tale relazione non può essere ridotta alla valutazione di sintomi non spiegabili da problemi organici, ma costituisce piuttosto uno spettro in cui, oltre ai sintomi somatici, pensieri, sentimenti e comportamenti disfunzionali costituiscono la natura del disturbo. Nel disturbo da sintomi somatici, sintomi inspiegabili possono coesistere con disturbi medici diagnosticati.

Disturbo da ansia di malattia

Se sono presenti elevati livelli di ansia correlati alla propria salute in assenza di sintomi somatici o in presenza di sintomi di lieve entità, si pone diagnosi di disturbo da ansia di malattia. Nel caso di un paziente che presenti vari sintomi somatici che procurano disagio e alterazioni significative della vita quotidiana, la diagnosi propende per il DSS, mentre nel disturbo da ansia di malattia il nucleo psicopatologico è la preoccupazione di avere o di contrarre una grave malattia in assenza di sintomi somatici o quando questi sono presenti solo in forma lieve. Il parere dei medici e le indagini diagnostiche producono una rassicurazione breve, facendo ripiombare il paziente nella paura e nel dubbio, dando vita a un circolo vizioso. L'aspetto centrale da considerare è che, quello che

crea ansia e disagio al paziente, è il significato attribuito al sintomo: generalmente i disturbi riportati sono normali sensazioni fisiologiche (come le vertigini ortostatiche) o disfunzioni benigne o autolimitanti (come gli acufeni transitori) alle quali il paziente attribuisce un significato patologico.

Disturbo di conversione

Nel disturbo di conversione sono presenti sintomi neurologici non spiegati da patologie del sistema nervoso centrale o periferico.

Tali sintomi neurologici sono caratterizzati da alterazioni della funzione motoria volontaria o sensitiva (ipostenia, paresi o paralisi, movimenti anomali, disturbi della deglutizione o dell'eloquio, attacchi epilettiformi, ipoestesia, anestesia). I disturbi possono essere episodici o persistenti, acuti o cronici.

È importante sottolineare che l'assenza di una evidente compromissione neurologica non significa che queste manifestazioni siano un atto di simulazione o di finzione deliberata (come avviene per esempio nel disturbo fittizio) e tanto meno che non creino un reale, significativo disagio e una vera disabilità nelle persone affette. Possiamo considerare il disturbo di conversione ciò che in passato era definito isteria. I sintomi di conversione evidenziano la problematica questione della relazione mente-corpo: nel corso del tempo essi sono stati considerati sia di natura psichica e causati da disturbi organici, sia come problemi organici causati da violente emozioni.

Ciò che risulta indiscusso è l'importanza dei fattori psicologici nel contribuire all'origine, all'esacerbazione, alla gravità e al mantenimento di tali disturbi.

Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche

Si pone diagnosi di questa forma in presenza di una sintomatologia medica associata a fattori psicologici o comportamentali che influiscono negativamente su di essa.

Tale influenza può esplicitarsi in quanto la condizione medica e quella psicologica si manifestano con una stretta relazione temporale, oppure in quanto i fattori psicologici interferiscono con la terapia della condizio-

ne medica (ad esempio, riducendo la compliance al trattamento), oppure in quanto gli aspetti psicologici costituiscono un ben noto fattore di rischio o una condizione precipitante la sintomatologia medica.

I fattori psicologici e comportamentali comprendono sintomi di ansia e depressione, eventi stressanti, tratti di personalità che possono precipitare o determinare condizioni mediche, sia acute sia croniche, a patogenesi nota (come ad esempio diabete, cancro, malattie coronariche), sindromi funzionali (tra le quali figurano fibromialgia, sindrome da colon irritabile) o sintomi non spiegabili dopo valutazione medica (dolore specifico, astenia).

Disturbo fittizio

Il disturbo fittizio è caratterizzato dalla falsificazione, da parte del paziente, di segni e sintomi fisici o psicologici: i pazienti producono intenzionalmente segni di disturbi medici o mentali con l'intento di essere considerati malati. I disturbi hanno una caratteristica compulsiva, ma i comportamenti sono considerati volontari, in quanto deliberati e diretti a uno scopo preciso, anche se non possono essere controllati. La prevalenza dei disturbi fittizi è sconosciuta, benché si pensi che siano più comuni di quanto si ritenga generalmente.

Percorso diagnostico

I punti critici più significativi della gestione dei DSS sono costituiti dalle due situazioni estreme e cioè da una sottovalutazione da una parte, con possibili rischi per i pazienti e da una sovra-medicalizzazione dall'altra, con l'innescio di percorsi di approfondimento diagnostico che si possono dilatare in modo tale da essere difficili da controllare e da collocare sui binari dell'appropriatezza.

Un aspetto importante da considerare è che, di regola, nell'approccio a questi problemi sono coinvolte numerose figure professionali, anche su pressante richiesta dei pazienti che spesso, con decisione autonoma, iniziano a peregrinare da un professionista all'altro oppure, nella certezza di essere sottoposti rapidamente ad accertamenti diagnostici, accedono di frequente ai Servizi di Emergenza-Urgenza.

Un ruolo rilevante nella gestione di questi "pazienti vaganti" lo svolgono le figure professionali coinvolte, per le quali è talvolta più semplice e sbrigativo procedere con ulteriori consulenze specialistiche e indagini diagnostiche con l'obiettivo di esimersi dalla presa in carico dei problemi e di affrancarsi da responsabilità (medicina difensiva).

Il rischio di tali comportamenti è di favorire il perpetuarsi dei disturbi, soprattutto nei pazienti con sintomi di esordio, rendendo poi più complessi gli interventi terapeutici. Quali strategie è opportuno prendere in considerazione nella gestione dei pazienti con DSS? Il primo punto è che occorre modulare il percorso diagnostico-terapeutico sul singolo caso specifico e con interventi sinergici delle varie figure professionali coinvolte.

In generale, gli elementi da considerare sono rappresentati, oltre che dal tipo di sintomatologia riferita, dalle modalità espositive dei sintomi, dalla conoscenza del paziente e familiari, dalle comorbidità e politerapie, dall'esame obiettivo.

Nel caso che prenda forma e consistenza il sospetto diagnostico di DSS, momento fondamentale è quello di parlarne subito con il paziente, iniziando ad affrontare il problema in modo pragmatico.

Negli approfondimenti con indagini diagnostiche, il ricorso alle raccomandazioni delle linee guida rappresenta un punto di riferimento importante per il medico ma anche per il paziente, al quale vanno chiariti in modo comprensibile i vantaggi di indagini eseguite in modo appropriato, tra i quali quello di evitare i possibili risultati "falsi positivi" che, soprattutto in questo tipo di soggetti, possono essere causa di disturbi aggiuntivi o di peggioramento di quelli già presenti, oltre che di ulteriori indagini su problemi di fatto inesistenti.

Gestione e interventi terapeutici

La gestione del DSS richiede un approccio integrato, concepito "su misura" per il singolo paziente: ciò implica per il clinico prendere in considerazione i fattori psicologici, sociali e culturali coinvolti nella patogenesi del disturbo. Alla base di una gestione appropriata di una persona affetta da

somatizzazioni ci deve essere un'adeguata alleanza terapeutica, che garantisca un'efficace collaborazione tra medico e paziente: per ottenerla, è necessario che il medico riconosca e legittimi l'importanza dei sintomi riferiti, che pianifichi regolarmente visite a intervalli brevi, limitando i test diagnostici soprattutto se invasivi, con interventi finalizzati a chiarire i problemi e a educare il paziente alla gestione dei principali sintomi fisici, condividendo con lui l'obiettivo terapeutico del miglioramento funzionale generale e indirizzandolo a specialisti di riferimento¹³.

Importante è cercare di sostituire la dipendenza da procedure tecniche, come indagini di laboratorio e/o di imaging, con una strategia finalizzata a portare i pazienti verso una convivenza con i propri sintomi, anziché cercare di eliminarli del tutto². Questo anche perché, secondo alcuni dati, disturbi da sintomi somatici e il rischio di subire una procedura diagnostica invasiva potenzialmente pericolosa arriva al 28,5% per gli uomini e al 22,1% per le donne¹⁴, senza considerare il problema dei falsi positivi, che a sua volta può portare a ulteriori indagini.

Un punto da rimarcare è che gli interventi di rassicurazione da parte del medico non determinano risultati di rilievo, portando soltanto a una riduzione nel brevissimo termine delle preoccupazioni di malattia dei pazienti, i quali vogliono soprattutto che ai loro sintomi venga riconosciuta importanza e che venga data una convincente spiegazione¹⁵.

I farmaci utilizzati per il trattamento del disturbo da sintomi somatici comprendono antidepressivi, antiepilettici e antipsicotici, sebbene la loro efficacia abbia un'evidenza scientifica limitata. Tale mancanza di specificità in letteratura riflette il tentativo clinico di trovare un trattamento valido e definitivo per il disturbo da sintomi somatici, tentativo evidentemente problematico in un disturbo tanto eterogeneo.

La *review* a cura della Cochrane del 2014 sintetizza i risultati dei principali studi farmacologici condotti nei pazienti affetti da disturbi somatici, dati che possono essere considerati utili, sebbene gli studi siano stati condotti alla luce dei criteri diagnostici delle precedenti versioni del DSM. In particolare, la letteratura sembra promuovere l'uso di antidepressivi; tuttavia, non sono disponibili

dati certi circa la diversa efficacia tra differenti principi attivi. La scelta della molecola dovrebbe essere personalizzata sulla base del profilo sintomatologico del paziente e sulla base della tollerabilità del farmaco, intesa come probabilità che il soggetto presenti effetti collaterali e/o interazioni farmacologiche¹⁶. In tal senso, il trattamento dovrebbe essere in primo luogo volto ad alleviare il disagio del paziente, indagando al contempo le cause del disturbo. Il clinico potrebbe talora essere portato a enfatizzare eccessivamente la causalità psicosociale dei sintomi e sottostimare in questo modo la necessità di terapia. Un approccio che può risultare utile nella pratica è quello di categorizzare i pazienti suddividendoli in coloro in cui prevale la "convinzione" piuttosto che l'"esperienza" di malattia¹⁶.

Nel primo caso, da un punto di vista fenomenologico si riscontrano prevalentemente eccessiva preoccupazione, idee ossessive, idee prevalenti e talora anche deliri. Questi pazienti possono beneficiare di ansiolitici e/o antidepressivi SSRI per quanto concerne ansia, preoccupazione e idee ossessive. Gli antipsicotici possono essere utili nel caso di idee prevalenti, di deliri o nelle forme più gravi del disturbo. Nei pazienti in cui invece prevalga l'esperienza di malattia, predominano sintomi di attivazione autonoma, piuttosto che il dolore o la fatigue. In questi casi si possono impiegare agenti farmacologici quali ansiolitici, antidepressivi e antipsicotici, ma anche FANS, oppiacei e beta-bloccanti. È possibile combinare agenti farmacologici differenti associando ad esempio un antidepressivo a un antipsicotico. Utili risultano interventi di carattere psicologico e comportamentale¹⁷.

A fronte di questi dati, le caratteristiche comuni dei disturbi da sintomi somatici sono la cronicità, l'impatto sociale e la complessa gestione clinica, elementi questi che spesso comportano elevati livelli di insoddisfazione sia per il medico, sia per il paziente.

In questo complesso quadro, il MMG si trova a dover coordinare l'intervento di specialisti diversi, a gestire le varie terapie proposte e, ciò che risulta particolarmente difficoltoso ma cruciale, a mantenere una solida alleanza terapeutica con il paziente.

Conclusioni

I DSS rappresentano un problema noto agli operatori sanitari nelle sue connotazioni generali ma non sufficientemente acquisito nei multiformi aspetti clinici che lo caratterizzano. Il MMG è la figura professionale che spesso prima di altre entra in contatto con pazienti affetti da queste patologie e si deve quindi dotare di conoscenze appropriate per essere in grado di gestire in modo appropriato i percorsi diagnostici e terapeutici, alla base dei quali la relazione medico-paziente assume una valenza determinante. La conoscenza negli anni dei propri pazienti, dei fattori di rischio e delle patologie presenti anche nei nuclei familiari, rappresentano elementi che facilitano il MMG nell'approccio a questi problemi.

Al di là di percorsi diagnostico-terapeutici teoricamente appropriati, la gestione dei pazienti con DSS rappresenta un aspetto critico rilevante per il MMG che, spesso, si trova a doversi occupare di queste patologie nello stesso paziente per tempi molto lunghi o per tutta la durata del rapporto con il paziente stesso, con risultati il più delle volte deludenti in termini di efficacia di interventi.

Tutti questi elementi espongono il medico al rischio di *burnout* e di conseguente disimpegno, eventi che possono essere superati con il supporto di una reale gestione integrata e multidisciplinare che però, attualmente e nella maggior parte dei casi, rappresenta ancora una realtà disomogenea, parcellizzata e a comparti stagni tra le diverse figure professionali con evidenti difficoltà di comunicazione.

Come viene unanimemente riconosciuto, una relazione appropriata con i pazienti affetti da DSS rappresenta l'elemento essenziale dell'intervento medico, ma occorre che su questo aspetto ci sia un effettivo impegno individuale da parte di tutti gli operatori coinvolti.

Bibliografia

- 1 DSM-5. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* (www.dsm5.org).
- 2 Olde Hartman TC, Blankenstein AH, Molenaar B, et al. *NHG Standaard SOLK. NHG Guideline on medically unexplained symptoms (MUS)*. Huisarts Wet 2013;56:222-30.
- 3 Salmon P, Ring A, Dowrick CF, et al. *What do general practice patients want when they*

present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? J Psychosom Res 2005;59:255-60.

- 4 Olde Hartman TC, Borghuis MS, Lucassen PL, et al. *Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: course and prognosis. A systematic review*. J Psychosom Res 2009;66:363-77.
- 5 Katz J, Rosenbloom BN, Fashler S. *Chronic Pain, Psychopathology, and DSM-5. Somatic Symptom Disorder*. Can J Psychiatry 2015;60:160-7.
- 6 Fornaro M, Maremmani I, Canonico PL, et al. *Prevalence and diagnostic distribution of medically unexplained painful somatic symptoms across 571 major depressed outpatients*. Neuropsychiatr Dis Treat 2011;7:217-21.
- 7 Kroenke K. *Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management*. Int J Methods Psychiatr Res 2003;12:34-43.
- 8 Tavel ME. *Somatic symptom disorders without known physical causes: one disease with many names?* Am J Med 2015;128:1054-8.
- 9 Lieb R, Meinschmidt G, Araya R. *Epidemiology of the association between somatoform disorders and anxiety and depressive disorders: an update*. Psychosom Med 2007;69:860-3.
- 10 Porcelli P. *I disturbi di somatizzazione nel DSM-5*. Psicoterapia e Scienze Umane 2014;XLVIII:431-52 (<http://www.psicoterapiaescienzeumane.it>).
- 11 Allen JF. *DSM 5 Is Guide Not Bible – Ignore Its Ten Worst Changes*. Psychological Today Dec 2012.
- 12 Fava GA, Rafanelli C, Tomba E. *The clinical process in psychiatry: a clinimetric approach*. J Clin Psychiatry 2012;73:173-84.
- 13 Kurlansik SL, Maffei MS. *Somatic Symptom Disorder*. Am Fam Physician 2016;93:49-54.
- 14 Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. *A biosocial developmental model of borderline personality: elaborating and extending Linehan's theory*. Psychol Bull 2009;135:495-510.
- 15 Donovan JL, Blake DR. *Qualitative study of interpretation of reassurance among patients attending rheumatology clinics: "just a touch of arthritis, doctor?"*. BMJ 2000;320:541-4.
- 16 Somashekar B, Janer A, Wuntakal B. *Psychopharmacotherapy of somatic symptoms disorders*. Int Rev Psychiatry 2013;25:107-15.
- 17 Sharma MP, Manjula M. *Behavioural and psychological management of somatic symptom disorders: an overview*. Int Rev Psychiatry 2013;25:116-24.