



IL DISAGIO PSICHICO NELLO STUDIO DEL MEDICO: QUANDO È IL CORPO CHE PARLA

Depressione, ansia e somatizzazioni

INDICE:

La Depressione "incarnata"

Diagnosi: ascoltare per riconoscere

Possibilità terapeutiche: quando la cura si fa necessaria

Bibliografia

Sitografia

La Depressione "incarnata"

*«Di regola ciò che non si vede disturba la mente degli uomini
assai più profondamente di ciò che essi vedono».*

(Giulio Cesare)

La Sindrome Depressiva è fra i disturbi psichiatrici quello con cui più frequentemente si trova a confrontarsi il Medico di Medicina generale.

Il paziente può ricorrere a una consulenza medica riconoscendo direttamente i sintomi depressivi oppure, più spesso, presentando una serie di disturbi somatici, vari e recidivanti, che si leggeranno solo successivamente, dopo esami di laboratorio o strumentali, come "somatizzazioni".

In sostanza, frequentemente, il paziente "dà voce" al proprio disagio psichico attraverso il corpo con disturbi che iniziano come funzionali e che, in taluni casi, si possono complicare dando luogo a vere e proprie patologie somatiche.

Gli studi sulla Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI), ormai da molti anni, ci illustrano scientificamente, dettagliatamente e rigorosamente come avviene il collegamento tra emotività e patologia somatica. Il Sistema Nervoso Centrale e il Sistema Endocrino possono influenzare direttamente la risposta del Sistema Immunitario e le comunicazioni bidirezionali fra i vari sistemi possono modificare sostanzialmente una risposta di tipo infiammatorio: nello stress cronico si manifesta una omeostasi instabile con la possibile insorgenza di fenomeni di ansia e di depressione.

**Alessandra Bagnoli
Medico e Psicoterapeuta**Articolo scaricato da www.humantrainer.com

Quello che *Carl Gustav Jung* aveva intuito già ai primi del Novecento («*Un cattivo funzionamento della psiche può fare molto per danneggiare il corpo e allo stesso modo una malattia somatica può danneggiare la psiche; psiche e corpo non sono due entità separate, ma costituiscono insieme la vita dell'uomo*», 1917), oggi viene dimostrato dagli studi sulla PNEI come da numerosi lavori con pubblicazioni nelle più importanti riviste scientifiche (es. *Lancet* etc.).

La via della somatizzazione è più facilmente praticata da quei soggetti che vengono definiti "alexitimici", ossia da coloro che non riconoscono o non riescono a esprimere le proprie emozioni. Il Medico di Medicina generale è abitualmente il primo *filtro* per il paziente di fronte alla malattia, pertanto riuscire a riconoscere alcuni segnali importanti per porre tempestivamente una diagnosi di depressione - oltre a essere un atto deontologico - risulta utile al fine del contenimento dei costi, che si esprimono direttamente sulla spesa sanitaria e indirettamente sull'intera società. Infatti, in questo particolare momento storico, dominato da una crisi iniziata come economica e continuata come politica e sociale, il principio del buon senso dovrebbe guidare ancora di più le nostre azioni nell'ambito professionale.

La Sindrome Depressiva, secondo un rapporto dell'OSMED (Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali, AIFA) pubblicato nel luglio 2012, in un periodo che va dal 2000 al 2011 ha visto un aumento della prescrizione e della distribuzione farmacologica del 340%.

Sebbene l'*impennata* della terapia antidepressiva sia evidentemente favorita da alcune condizioni, quali:

1. l'abolizione nel 2001 della nota AIFA 80 (limitativa della rimborsabilità di questi farmaci);
2. l'allargamento delle indicazioni registrate degli antidepressivi;
3. l'aumentata prevalenza della depressione, dell'ansia e degli attacchi di panico nella popolazione;
4. la maggiore attenzione in generale sia nella Medicina di base che nella specialistica a questi disturbi - certamente si è assistito e si assiste, spesso, a una facile prescrizione farmacologica, non sostenuta da un adeguato colloquio utile alla raccolta di un'anamnesi esaustiva e orientativa (Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, 2012, epicentro.iss.it, 2012).

Diagnosi: ascoltare per riconoscere

I carichi di lavoro, la sempre maggiore burocrazia a scapito della clinica, la difficoltosa organizzazione talvolta comportano, in parte comprensibilmente, lo svolgimento di colloqui in spazi temporali ristretti con il risultato di essere non sempre efficaci ai fini diagnostici in tema di depressione. È inoltre da rilevare l'importanza della "capacità di colloquio" di ciascun professionista ai fini sia diagnostici che terapeutici.

Quindi comprendiamo da un lato la forte esigenza di una *ri-umanizzazione* della Medicina di base, privilegiando la clinica e il rapporto Medico-paziente, contro la tendenza all'aumento dei carichi burocratici, dall'altro la necessità di sviluppare le capacità di colloquio e la collaborazione con i colleghi specialisti del settore (Psichiatri e Psicoterapeuti).



L'ascoltare e il supportare un paziente con disagio psichico, in più colloqui, è un atto medico di alto valore e di grande utilità e in questo ruolo il Medico di base ha una posizione privilegiata grazie all'osservazione clinica "longitudinale" dell'assistito e della sua famiglia nel corso degli anni.

Da un punto di vista sintomatologico, per utilizzare un "linguaggio comune" tra professionisti (Medici di base, Psichiatri e Psicoterapeuti), l'uso del DSM (ormai è appena stato pubblicato il V, traduzione italiana, maggio 2014) può esserci utile quale guida e indispensabile strumento per un linguaggio universale ai fini diagnostici.

Qualora si utilizzassero anche altri strumenti, si dovrà tenere conto delle differenze fra gli stessi. Ad esempio, se prendiamo come riferimento le linee guida NICE (*National Institute for Health and Care Excellence*), in esse, a differenza del DSM IV, verranno prese in considerazione anche le forme depressive di media e lieve entità definite "sottosoglia".

Infatti, secondo il DSM, i sintomi presi in considerazione non sarebbero sufficienti a porre una diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore. In ogni caso, la maggior parte delle differenze salienti tra la classificazione del DSM e dell'ICD non riflette reali differenze scientifiche, ma rappresenta piuttosto il derivato storico di processi di lavoro di comitati indipendenti.

Emerge, in ogni caso, per il Medico di Medicina generale, l'importanza di un buon colloquio condotto con il paziente al fine di far emergere tutti i sintomi presenti e di poter valutare se si tratti di una vera depressione o se, invece, ci si trova di fronte, ad esempio, solo ad alcuni tratti depressivi, magari in disturbi di personalità predisponenti.

La conoscenza dei nostri pazienti, in seguito alla continuità del rapporto che il Medico di base instaura con i suoi assistiti, può facilitare questo compito, permettere quindi al professionista di individuare quei soggetti che potrebbero avere una predisposizione allo sviluppo di una sindrome depressiva (personalità pre-morbose).

Sappiamo che risultano a favore dello sviluppo di tale patologia: i soggetti con tendenze ossessive, con tratti di personalità dipendente, orale e isterica. Inoltre anche bassi livelli di autostima, accompagnati a forti livelli di autocritica, favoriscono l'insorgenza di una sindrome depressiva. Sono molto importanti i fattori psicosociali precoci e la relazione madre-bambino che il soggetto ha avuto durante la sua infanzia.

Altrettanto negativi e predisponenti, sul piano psicosociale, sono gli eventi stressanti recenti, che potrebbero favorire l'insorgere della depressione, ruotando intorno all'esperienza della perdita (la perdita del lavoro o gli insuccessi lavorativi, la separazione o il divorzio, il lutto etc.). Nel confronto continuo con i nostri pazienti assistiamo, quali spettatori, alla tendenza della nostra società verso il *Narcisismo*.

La stessa cinematografia descrive questo fenomeno: a riguardo una nota citazione tratta dal film "Scoop" di Woody Allen del 2006: «*Come nascita sono di confessione ebraica, ma poi mi sono convertito al narcisismo*».



Questa tendenza della società verso il narcisismo patologico (esiste un narcisismo sano e un narcisismo patologico) comporta l'insorgere di tratti depressivi legati alla mancata accettazione di quelli che si definiscono gli "scacchi della vita" con il subentrare di stati di tristezza che l'individuo non accetta ed è disposto a rimuovere anche farmacologicamente.

La tristezza in realtà, è un'emozione fisiologica che entro certi limiti (di quantità e di durata) non necessita della farmacoterapia. Il Medico di Medicina generale deve essere a conoscenza del fatto che l'essere consapevole significa sperimentare sia l'emozione della gioia che quella della tristezza. Come diceva la Psicoanalista *Melanie Klein*, la posizione depressiva non esclude la felicità, ma la integra.

La posizione di "limite" è indispensabile perché si tenga insieme la nostra personalità. Quindi dobbiamo guardare la tristezza e l'infelicità non solo con occhi negativi, ma in una certa misura, considerarne l'utilità ai fini della "normalità".

Possibilità terapeutiche: quando la cura si fa necessaria

In sostanza e in termini pratici dobbiamo tener presente di non *medicalizzare* la "normalità". Quindi, come dice *Allen Frances*, Scienziato autorevole e Psichiatra molto apprezzato, nel suo libro: "*Primo, non curare chi è normale*".

Comprendiamo, quindi, l'importanza per il Medico di Medicina generale di porsi da osservatore "consapevole" verso il proprio paziente, al fine di svolgere la professione con quella quota di "umanità" e di "buon senso" che, accanto agli strumenti scientifici di codifica e alle terapie, risulta un elemento inscindibile della qualità del suo operare.

Il malato è una persona nella sua totalità, con le sue relazioni con il mondo, con i suoi conflitti, con il suo passato, che inevitabilmente influenza il presente e il futuro: egli non è solo una malattia ben identificata dai codici nosologici dei vari sistemi di classificazione ma, come ci insegna anche l'ecobiopsicologia, egli è inserito in un "sistema a rete" con le relative connessioni e influenze sul suo stato di salute e di malattia.

La terapia farmacologica rimuove i sintomi, non modifica i tratti di personalità premorbose, gli stili di vita disfunzionali e non modifica gli effetti negativi che rapporti alterati del nostro passato con i loro effetti continuano a esercitare sulla nostra vita quotidiana.

La farmacoterapia, è necessaria nei casi gravi e medi, ma più spesso, la letteratura scientifica e la nostra esperienza ci dimostrano, l'associazione tra farmacoterapia e psicoterapia risulta più efficace per una risoluzione totale del disturbo senza incorrere nelle recidive. Talvolta, nei casi lievi, può essere indicata la sola Psicoterapia oppure l'osservazione e il buon senso che il Medico di Medicina generale può per primo mettere in atto per una diagnosi e una cura oltre che più umana anche scientificamente più efficace per il proprio paziente.



Bibliografia

- American Psychiatric Association, "*Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*", Quinta Edizione DSM-5, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014
- American Psychiatric Association, DSM IV MG, "*Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali per la Medicina Generale*", Masson, Milano, 2002
- Cavallari G., "*Creatività: l'uomo oltre le crisi*", Vivarium, Milano, 2013
- Cavallari G., Marini A., Convegno Aneb, febbraio 2014, "*Gioia e tristezza, nel corpo e nell'anima le emozioni dell'uomo moderno*"
- Frances A., "*Primo, non curare chi è normale*", Bollati Boringhieri, Torino, 2013
- Gabbard G.O., "*Psichiatria Psicodinamica*", Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007
- Invernizzi G., "*Manuale di Psichiatria e Psicologia Clinica*", McGraw-Hill, Milano, 2006
- Linee Guida del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), "*Depression in adult: treatment and management of depression in adult*", 2009
- Rapporto OsMed pubblicato nel Luglio 2012, "*L'uso dei farmaci in Italia. Rapporto Nazionale anno 2012*"
- Taylor G.J., "*Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi Contemporanea*", Astrolabio, Roma, 1993

Sitografia

1. Dorrick C., Frances A., "Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit", *bmj.com*, 2013
www.bmj.com/content/347/bmj.f7140
2. Godlee F., "*Don't keep taking the tablets*", *bmj.com*, 2013
www.bmj.com/content/347/bmj.f7438
3. Reparto di Farmacoepidemiologia, Cnesps-Iss, "*Il trattamento farmacologico della depressione: alla ricerca dell'appropriatezza*", *epicentro.iss.it*, 2012
www.epicentro.iss.it/temi/mentale/GM2012_Farmaco.asp
4. Jessup S., "*Patient perspective: mild depression must not be ignored*", *bmj.com*, 2013
www.bmj.com/content/347/bmj.f7225