

Disturbi depressivi e difficoltà di diagnosi in medicina generale

Filippo Zizzo

Medico di medicina generale

Psichiatra

Lissone (MI)

Mental Health in Family Medicine

(Editorial board member)

Secondo una recente metanalisi pubblicata su Lancet, i Mmg incontrano spesso difficoltà nel riconoscere il disturbo depressivo e le diagnosi errate superano quelle corrette. Ma questa è una vecchia storia che ciclicamente riaffiora e quasi sempre viene affrontata in modo acritico. L'articolo analizza i punti di forza della metanalisi, ma soprattutto i bias che non sono stati considerati e che sono intrinseci alla medicina generale

Ci risiamo: appare in letteratura l'ennesimo articolo che dimostra, attraverso metanalisi di studi precedenti, che il Mmg è un vero "brocco" nell'identificazione e, ancora di più, nella gestione del disturbo depressivo (Mitchell AJ et al. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609-19).

Vecchia storia, vecchie osservazioni, peraltro meno garbate di quelle che agli inizi degli anni '80 David Goldberg espresse. Da buon amico della medicina generale, egli volle concretamente intervenire con uno strumento semplice, atto ad aiutare chi, con umano equilibrio, criticava saggiamente, cioè il suo questionario preliminare per l'identificazione del disturbo depressivo in medicina generale (Generale Global Health Questionnaire).

Certamente bei tempi, quando a una critica seguiva un aiuto concreto e non come oggi, dove dal Mmg ci si aspetta che faccia di tutto e che lo faccia alla perfezione.

Lungi da me spezzare una lancia in favore della medicina generale in modo acritico, come è lontano da me indossare le false vesti dello spia-

lista e, scuotendo la testa, sostenere altrettanto acriticamente il risultato della metanalisi.

Cercherò di commentare in modo sereno e puntuale quali sono i punti di forza dell'articolo che vanno attentamente considerati (*tabella 1*) e quali sono i bias non presi in considerazione (*tabella 2*), che intervengono in modo sostanziale nel determinare una "incapacità" diagnostica di chi pratica la medicina generale.

Da ultimo cito per completezza, anche se non coerenti con il problema diagnostico, altri tre gravi disagi per il Mmg, che insorgono quando si è posta la dovuta diagnosi:

- incertezze sulla terapia psico-farmacologica (molecola, dose, somministrazione, effetti collaterali e come sempre: come, quando, perché);
- terapia con le parole?
- invio allo specialista (quale? quando? con quale motivazione?).

■ Excursus storico

Il medico di medicina generale è un medico pratico, come ci indicano i nostri colleghi anglosassoni (*practitioner*) o, come ci confermano i francofo-

ni, è un soggetto pratico su ogni aspetto dello scibile medico (*omni-praticien*).

Ma domandiamoci, in tutta onestà: chi è oggi questo stupendo uomo rinascimentale che ha un immenso scibile in ambito medico? La figura del medico che sapeva cosa fare in ogni frangente è già venuta meno dai primi anni Settanta del secolo scorso, quando le strumentazioni diagnostiche hanno ampliato l'orizzonte conoscitivo nel soma e, per conseguenza, hanno indotto la crescita delle competenze specifiche: le specialità mediche. Usando un aforisma si potrebbe affermare: "minore conoscenza, maggiore competenza". In Italia il declino del medico *omni-connaisseur* è andato via via concretizzandosi sempre più dall'avvento del sistema sanitario nazionale (1978), in parallelo con l'escalation di competenze e specialità e l'esclusione dal 1986 del Mmg dall'ente ospedaliero, con l'obbligatorietà della scelta di lavorare tra le "mura" ospedaliere o tra le "mura" dello studio personale. Rammento anche un particolare di non poca importanza: sino al 1978 la materia universitaria psichiatrica era materia di insegnamento facoltativa.

■ Formazione del Mmg

Questo excursus storico serve semplicemente per affermare che nella formazione del medico di medicina generale sono venuti a mancare:

- il confronto con i colleghi;

Tabella 1

Difficoltà di diagnosi psichiatriche in medicina generale: cause estrinseche

Cause dovute al paziente

Face value problem

Barriere linguistiche (paziente straniero)

Barriere culturali

Cause socio-culturali

Pregiudizio sociale verso la malattia psichiatrica

Tabella 2

Difficoltà di diagnosi psichiatriche in medicina generale: cause intrinseche

Cause educative/formative	Cause individuali	Cause gestionali
Assenza di preparazione specifica in ambito psichiatrico	Pregiudizio psicologico (il disturbo depressivo non esiste, è solo un problema di volontà)	Tempistica di ascolto ridotta
Assenza/non uso di strumenti di semplice valutazione del disagio espresso del paziente (self rating scale, flow chart diagnostiche)	Processo relazionale deficitario (empatia/anempatia)	Solitudine operativa (assente contatto con uno psichiatra di riferimento)
Incertezza diagnostica psichiatrica (descrittività versus <i>cluster symptoms</i> sistematizzati)	Specificità caratteriale del medico (habitus riduzionistico o habitus psicologizzante)	Assenza di gruppi educativi/terapeutici Balint specifici per i Mmg
Scelta diagnostica somatizzante versus psichiatrizzante		Difficoltà gestionale del disturbo

■ la possibilità dell'uso di farmaci in ambito protetto;

■ la conoscenza dei farmaci, mediante verifica sul campo della loro efficacia.

Inoltre, la non obbligatorietà della materia psichiatrica ha creato medici che per loro scelta decidevano di approfondire le nozioni psichiatriche ed altri che non ne sapevano niente.

Attualmente delle tre distorsioni si è superata quella universitaria, inducendo l'obbligo della materia. Gli altri due "danni" però persistono, creando ancora notevoli problemi.

Inoltre, ben diversa è la descrizione verbale - quanto si voglia accurata - di sintomi, dalla loro verifica nella pratica clinica.

Non a caso, per superare la grave lacuna parola-vista, alla fine del XIX secolo Charcot aveva l'abitudine - plateale quanto si voglia - di mostrare l'esempio umano nelle fasi di acuzie delle patologie neuropsichiatriche.

Chi mai dimentica un basalioma quando lo ha visto anche una volta sola, magari spiegato da un collega dermatologo a sua disposizione? Chi può dimenticare un'immagine di un soggetto ricurvo su se stesso, con le palpebre rosee, così magistralmente descritte nella semeiotica tedesca di fine Ottocento, con il tono flebile vocale e il disagio conclamato nell'affacciamento delle mani? Chi dimentica l'ascolto di una persona che è stanca della vita?

Oggi il Mmg ha bisogno certo di "educazione medica continua", ma

quale educazione o sviluppo?

Per un uomo "pratico" c'è necessità di pratica visiva e uditiva del paziente, non ci si può fermare alle parole educative, che sono imperfette per la descrizione del disagio psichiatrico e come sempre si rendono semplici solo per chi è già cultore della materia.

La formazione avviene solo sul campo, e il Mmg deve essere condotto sul campo a "vedere" la patologia psichiatrica.

Ammettiamolo, vedere di per sé non è una certezza e quindi in una medicina scientifica del XXI secolo c'è la necessità di strumenti che specifichino la patologia. Nella medicina somatica se si ha un dubbio di calcocoli alla colecisti chi ci vieta di valutarla con un'ecografia dell'addome superiore? Se però mi viene il dubbio che chi è di fronte a me sia affetto da un disturbo depressivo che strumenti obiettivi ho a disposizione?

■ Questionari di supporto diagnostico

Nella nostra realtà non vengono usati i questionari di supporto diagnostico, quali quello classico di Beck (Beck Depression Inventory) o quello precedentemente indicato di Goldberg (Generale Global Health Questionnaire), per citarne solo due di quelli che sono strumenti validati e che posseggono una specificità e affidabilità calcolata ben oltre l'80%.

Il Mmg italiano non li usa, perché semplicemente non li conosce; non

c'è bisogno di essere un grande cultore dei questionari in medicina per fare eseguire questi due self rating scale da parte del candidato. Pochi minuti e i "giochi sono fatti": una semplice impressione, una sensazione emergente viene corroborata o destituita di valore.

Certo, la diagnosi non è posta con l'uso di questi strumenti, la diagnosi è fatta dal possesso di conoscenze mediche precise applicate alla pratica: non le abbiamo, non le ricordiamo? Niente paura ci ha già pensato chi non si è mai sentito *omni-puissant* ed è stato strutturato uno strumento semplice ed efficace (cartaceo in origine, oggi anche computerizzato) che è "Prime MD" (Primary Care Evaluation of Mental Disorders). Un semplice diagramma di flusso, che con domande guidate porta a una diagnosi di specificità altissima.

■ Dalla ricerca dei sintomi...

Il disturbo depressivo è poi caratterizzato da *cluster symptoms* e allora perché non cercarli con domande mirate? Non è del medico ricercare i sintomi con l'ascolto oltre che la valutazione visiva associata e quando se ne ravvede la necessità una valutazione clinica, ovvero l'applicazione della semeiotica? Certo tutti noi Mmg concordiamo sul fatto che il tempo a nostra disposizione è modesto e non possiamo perderci in chiacchiere, soprattutto quando l'atrio è stracolmo di pazienti animati dal desiderio di ave-

re un consulto a tutti i costi, anche per la ripetizione di una banale ricetta.

Tuttavia, da uno studio di Sir Pereira-Gray, medico di famiglia londinese, si è visto che con i soli 7 minuti di consultazione ripetuta più volte in un anno abbiamo a nostra disposizione oltre 47 minuti, tempo superiore a qualsiasi consultazione specialistica. L'antica conoscenza della persona fa il resto.

Le sfumature delle parole, il maggiore desiderio di collusione, il persistere, il tentennare, il ripetersi accennano di certo che chi è di fronte a noi sta chiedendo un'attenzione particolare e non si è rivolto per il semplice raffreddore o la classica diarrea da rotavirus, che imperversa durante tutto l'anno solare e angoscia i nostri pazienti ipocondriaci.

Certo, se abbiamo orecchio capiamo cosa c'è nascosto dietro al "mi sento stanco" o "non è che ho qualcosa di grave?" o "non è il caso che faccia gli esami?", qualcosa di impalpabile che può celare l'esistenza di un disturbo depressivo.

Ovviamente per libero arbitrio possiamo agire in due modi: o dare ascolto o semplicemente somministrare un farmaco, richiedere un'indagine, "spedire" il paziente, stranamente impaziente e noioso, allo specialista che si interessa dei sintomi proposti. È anche vero che non c'è obbligo all'ascolto dell'intimità del paziente, del resto la figura del medico si distacca dalla figura dello "iereus" e si trasforma in "iatropos" (da "guaritore ispirato" a "medico istruito") già nell'antichità con Ippocrate e quindi non ci si può farne una colpa, soprattutto se con spirito eccessivamente meccanicistico si ritiene che il paziente sia una semplice "macchina" da smontare e studiare nei suoi pezzi.

■ ...al rischio di sottovalutare quelli organici

La cosa si complica ulteriormente se il nostro udito si raffina sulle sfumature linguistiche del paziente e iniziamo a sentire e immaginare mondi, sensazioni, perversioni, disagi, dalle sfumature nel discorso del paziente. Siamo i novelli Freud, in-

terpretiamo e costruiamo "critiche" meravigliose, quali un critico d'arte sa costruire su un dipinto impressionista o della scapigliatura o del giapponese Hiroshige, dimenticando che chi è di fronte a noi è anche macchina! Corriamo cioè il rischio di sottovalutare sintomi che sono malauguratamente organici.

Come aneddoto racconto ciò che mi è capitato poco tempo fa: vedo in consultazione una signora di 71 anni che lamenta un lieve senso di astenia e una modesta sensazione di nausea, con vertigini sfumate durante il cammino e nulla d'altro. Il suo Mmg curante aveva deciso che si trattava di un problema psicologico, da poco era nato il nipotino e si sa che le nuore "piazzano" i figli alle suocere e conseguentemente le suocere si infastidiscono e "somatizzano". Il Mmg, con impostazione relazionale psicologizzante, consiglia un supporto psicologico. Per caso la paziente giunge dallo psichiatra, che - come il buon vecchio Freud - fa anche il medico della "mutua". La sottopongo alle solite *rating scale* (non mi fido solamente del mio intuito) e il punteggio risulta sempre negativo per disturbi psichiatrici. Anche alla valutazione clinica riscontro solo un aumento della pressione arteriosa diastolica.

Il caso non mi convince, così chiedo al medico curante la cortesia di prescrivere una risonanza magnetica cerebrale. A distanza di quindici giorni vengo chiamato dalla paziente. Mi legge le conclusioni della RMN: si tratta di un glioblastoma.

■ Come intervenire terapeutamente?

Dunque quando si ha un apparente disturbo depressivo siamo davanti a un reale disturbo psichiatrico oppure siamo davanti a problemi fisici che mimano un disturbo psichico o semplicemente si tratta di noia esistenziale di sartriana memoria? È ovvio che in base alla corretta diagnosi seguirà un approccio terapeutico specifico e diverso in funzione delle corrette diagnosi.

Difatti non tutti i disagi che si colorano con tinte *blue* (come si dice nei

paesi anglosassoni come sinonimo di depressione) è malattia, bensì è solo *taedium vitae*.

Qui nasce la domanda ovvia: quando devo scegliere di intervenire e come? Con i farmaci, con la psicoterapia, con entrambi gli strumenti, con il buon consiglio e l'equilibrio del buon padre/buona madre di famiglia?

Come si vede, la cosa non è poi così semplice come si pretende che sia. È come se pretendessimo che un sergente sappia fare il generale. Con tutta la buona volontà un sergente può fare scelte utili per la truppa e in molti casi prendere importanti decisioni, ma sicuramente non potrà essere all'altezza di stabilire azioni su vasta scala, applicando strategie belliche precise.

■ Stigma sociale

Ma andiamo avanti, altre complicazioni in vista. Chi di noi non ha pensato che porre una diagnosi psichiatrica non potesse essere di nocimento per chi la riceve? Pertanto capita di usare un atteggiamento psicagogico del tipo: "ma non faccia così!", "ma rifletta, cosa le manca?", "perché farsi questi problemi, che senso ha?" e si invia il paziente all'amico internista che mi ha risolto tanti casi, o al neurologo o all'agopunturista, o al riflessologo, certo persone di tutto rispetto e specialisti ottimi... ma che cosa hanno a che fare con il disturbo psichiatrico?

Tutto ciò dipende da preoccupazioni sociali legate alla nostra incapacità dialettica ed empatica e dalla preoccupazione dello stigma sociale. Come noi la stessa preoccupazione la rende esplicita il paziente, usando una comunicazione deviata, nota come *face value problem*, cioè il paziente non esplicita i propri profondi disagi, ma racconta di addomi dolenti, di dorsalgie, lombalgie, cefalee, gastralgie, e noi in tutto questo mare magnum che cosa ci facciamo? Tra l'altro quanti sono gli psichiatri che adottano i criteri diagnostici del DSM-IV e quanti sono i nostri colleghi che posseggono il "DSM-IV per la medicina generale" o usano l'ICD 10?

Penso ben pochi, del resto presi da burocrazia ammorbante e ben altri

codici e codicilli, note e piani terapeutici e altre paccottiglie che lo Stato italiano ci impone, si avrà poco tempo per codici e manuali che hanno lo scopo di rendere più semplice il processo comunicazionale tra esperti e ambiti meno esperti.

Ancora oggi esistono psichiatri che adottano definizioni liquide, cioè che si adattano ad ogni ambito come si adatta l'acqua su qualsiasi solido e magari fenomenologiche, cioè la traduzione in razionale del contenuto inconscio affettivo. Già, ma che cosa riesco a dare a chi è *praticien*, cioè uomo, professionista pratico con questi strumenti? Nulla.

■ Solitudine lavorativa e rischio di burn out

Il Mmg spesso non ha una rete di specialisti come si hanno a disposizione in ambito ospedaliero. La solitudine lavorativa determina l'irrigidimento di opinioni e atteggiamenti che spesso sono veramente datati e che sono alla base di errori verso i pazienti, soprattutto di tipo comportamentale. Purtroppo non abbiamo gruppi Balint di sostegno e di educazione per modificare preconcetti e opinioni obsolete e guardare dentro di noi.

Inoltre, tra la classe medica siamo una delle categorie più a rischio di depressione e suicidio dopo psichiatri e oncologi. Figuriamoci, non è possibile che noi tutori della salute altrui siamo così vulnerabili. Invece sì, siamo molto vulnerabili e non abbiamo alcun sostegno psicologico e così di gran carriera ci dirigiamo verso il burn out e quindi alla depressione.

Soli senza network operativi specialistici, tra cui uno psichiatra di fiducia, con conoscenze talora superate e in assenza di strumenti diagnostici semplici e riproducibili, pieni di pregiudizi che risalgono alla fine del XIX secolo, talora con la convinzione che la pacca sulla spalla e il sorriso a trentadue denti ammiccante risolvano il disagio di chi abbiamo avanti, seguiamo la nostra navigata nel mare di consultazioni quotidiane.

Certo, tutti noi conosciamo il verso di apertura del vangelo di Giovanni: "In principio era la parola", ma la

semplice logoterapia può risolvere il disturbo depressivo? Quando ero un giovane assistente entravi in un insuperabile conflitto con il mio maestro, perché sostenevo appassionatamente che l'assenza di un buon rapporto dialettico era di pregiudizio alla guarigione dal disturbo depressivo, oggi non ne sono più così certo.

La malattia è malattia e l'organicità di tale disturbo non può essere più messa in discussione, benché nessuno possa altrettanto mettere in discussione che un atteggiamento empatico e la buona parola possano giungere al cuore del paziente prima della molecola al cervello.

■ Proposte pratiche

Alla base della mancata diagnosi di disturbo depressivo, almeno per noi in Italia, le cause sono personali, culturali, sociali, relazionali, comunicazionali e strutturali.

Per superare questo impasse, oltre a quanto esplicitato in precedenza, propongo uno scarso elenco, che spero possa essere di aiuto se non a noi ai prossimi colleghi che ci seguiranno su questa strada difficoltosa e poco gratificante che è la medicina generale:

- frequenza di un ambulatorio/reparto specialistico psichiatrico;
- collegamento con uno specialista

di fiducia, con il quale avere un dialogo franco e operativo;

- dotazione di strumenti diagnostici di primo livello;

- approfondimento degli aspetti somatici dei disturbi lamentati;

- istituzione di gruppi Balint per Mmg, con uno specialista psicologo e psichiatra per educazione e sostegno;

- corsi di aggiornamento mirati alla diffusione della conoscenza di strumenti diagnostici e statistici (DSM-IV e/o ICD 10) uniformi e riproducibili;

- corsi di aggiornamento mirati alla diffusione delle conoscenze farmacologiche aggiornate e alla modalità corretta del loro utilizzo;

- abbandono dei pregiudizi psicologizzanti, che risalgono a fine Ottocento;

- evitare di considerare debolezza di carattere o assenza di volontà l'insorgenza di una malattia;

- sapere proporre al paziente un iter terapeutico completo a seconda della patologia, gravità e aspetti concomitanti sociali, affettivi, relazionali, non escludendo il consiglio mirato con lo psichiatra di riferimento.

Ovviamente, tutto ciò è semplice a scriversi, più difficile è metterlo in atto, certamente però non è impossibile. La strada da percorrere è sotto gli occhi di tutti noi? Perché allora non iniziare?

BIBLIOGRAFIA

- Anderson L, Lewis G et al. Self-help books for depression: how can practitioners and patients make the right choice? *BJGP* 2005; 55: 387-92.
- Bellantuono C, Fiorio R, Zanotelli R, Tansella M. Psychiatric screening in general practice in Italy. A validity study of the GHQ. *Int J Soc Psychiatry* 1987; 22: 113-7.
- Bellantuono C, Tansella M. Epidemiologia e trattamento dei disturbi psichiatrici nella medicina di base. *Quaderni Italiani di Psichiatria* 1989; 3: 197-263.
- Bellantuono C, Balestrieri M, Ruggeri M, Tansella M. I disturbi psichici nella medicina generale. Il Pensiero Scientifico, Roma 1992.
- Department of Health Fast-forwarding primary care mental health: graduate primary care mental health workers - best practice guidance. Department of Health, London 2003.
- Betancourt JR. Cross-cultural medical education: conceptual approaches and frameworks for evaluation. *Acad Med* 2003; 78: 560-9.
- Frude N. A book prescription scheme in primary care. *Clinical Psychology* 2004; 39:11-4.
- Goldberg D, Gournay K. The general practitioner, the psychiatrist and the burden of mental health care. Maudsley Discussion Paper n. 1. Institute of Psychiatry, London 2000.
- Körner H. It's really a myriad of different signals, not just the textbook: the complexities of diagnosing depression in gay men in general practice. *Mental Health in Family Medicine* 2009; 167-75.
- Mitchell AJ et al. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374: 609-19.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. Depression: management of depression in primary and secondary care. London 2007 (www.nice.org.uk/guidance/CG23).
- Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC. The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2003; 11: 507-16.
- Pereira Gray D. Forty-seven minutes a year for the patient. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1816-17.
- Pereira Gray D. The key to personal care. *J R Coll Gen Pract* 1979; 29: 666-78.
- Rodenburg H. Developments in primary mental health care in New Zealand. *Mental Health in Family Medicine* 2009; 247-9.
- Slade M, Gask I, Leese M et al. Failure to improve appropriateness of referrals to adult community mental health services: lesson from a multi-site cluster randomized controlled trial. *Family Practice* 2008; 25: 181-90.
- Yarnall KS, Pollak KI, Ostbye T et al. Primary care: is there enough time for prevention? *Am J Public Health* 2003; 93: 635-41.
- Yungmans CE. Somatisation and alexithymia in patients with high use of medical care and medically unexplained symptoms. *Mental Health in Family Medicine* 2009; 139-48.