

*Il Medico di
Medicina
Generale
e i disturbi
psichiatrici
minori*



Sabato 18 febbraio 2017 – ore 8.30-14.00
Sala Girardi – PIME
Via Mosè Bianchi 94 – Milano

Evento n. 1834-183061
Crediti 5

Il nostro Ordine è particolarmente impegnato nell'ambito della formazione e dell'aggiornamento dei propri iscritti.

Questo evento che rappresenta una tappa del percorso e dell'impegno profuso da parte degli organizzatori merita il nostro ringraziamento e plauso.

Numerosi sono gli altri corsi in programma a testimonianza della vitalità e dell'impegno dei nostri iscritti per far crescere e rendere sempre più vicina la nostra professione ai bisogni dei nostri ammalati.

Non sfugge ad una attenta riflessione che tali eventi rappresentano non solo opportunità di aggiornamento scientifico ma vitali strumenti per una crescita professionale ed etica.

Questo obiettivo verrà perseguito con particolare determinazione e il nostro Ordine sarà sempre pronto ad accogliere suggerimenti e proposte per poter migliorare la professione medica.

Il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri
Dott. Roberto Carlo Rossi

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'R. C. Rossi', positioned below the printed name of the President.

Il Medico di Medicina Generale e i disturbi psichiatrici minori

Sabato 18 febbraio 2017 – ore 8.30-14.00

Sala Girardi – PIME

Via Mosè Bianchi 94 – Milano

Coordinatori

Giuliana Gola

Psichiatra e psicoterapeuta

Costanzo Gala

Psichiatra e psicoterapeuta

Primario ASST Santi Paolo e Carlo – Milano

PROGRAMMA

- 8.30-9.00 Registrazione Partecipanti
- 9.00-9.15 Saluto del Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Milano o di altro Consigliere da lui delegato
- 9.15-9.45 ***Sabba Orefice***
Neuropsichiatra, psicoanalista, socio fondatore dello Studio Associato A.R.P.
Introduzione ai lavori
- 9.45-10.15 ***Alessandro Santarone***
Psichiatra – Istituti Clinici Zucchi – Gruppo Ospedaliero San Donato
I disturbi post-traumatici da stress nella quotidianità
- 10.15-10.45 ***Maria Grazia Movalli***
Responsabile Servizio Alcool dipendenze – Ospedale San Raffaele – Milano
La grande variabilità delle condotte di addiction
- 10.45-11.15 ***Marco Zamperetti***
Neurologo – consulente Piccolo Cottolengo Don Orione - Milano
Pazienti anziani: diagnosi differenziali, progetti riabilitativi e gestione domiciliare
- 11.15-11.30 *Intervallo*
- 11.30-12.00 ***Marco Ramella***
Psichiatra – Dirigente Medico ASST Santi Paolo e Carlo – Milano
Le risorse dei dipartimenti di salute mentale e le modalità di invio
- 12.00-12.30 ***Franco Truzzi***
Neuropsichiatra Infantile
già UONPIA (Unità Operativa di Neuropsichiatria per l'Infanzia e l'Adolescenza)
ASST Fatebenefratelli Sacco – Milano
Giovani instabili e disturbi del comportamento

- 12.30-13.00 *Mara Bertini*
Psichiatra e psicoterapeuta
Ansia e Depressione nella pratica del MMG: il ruolo della consulenza psichiatrica
- 13.00-13.30 Discussione
- 13.30-14.00 Compilazione schede di valutazione e di verifica
-

Sabba Orefice *Introduzione ai lavori*

Qualche mese fa un collega medico mi ha chiesto una consultazione per una sua crisi acuta, da lui definita depressiva: si sentiva incapace, impotente, fallito.

Pur dicendo che non avrebbe mai potuto fare altro che il dottore, stava addirittura pensando di abbandonare il lavoro.

Tutto era iniziato da una sua paziente, cui era in qualche modo affezionato, che si era rivolta a lui per un dolore, lieve ma persistente, in zona pelvica, e per cui aveva già richiesto il parere di diversi specialisti: il ginecologo, il gastroenterologo e il chirurgo. La paziente descriveva il dolore come un rodimento interno estenuante, per cui non dormiva più, insensibile ai farmaci, compresi i tranquillanti. Temeva di avere qualcosa di molto grave e il fatto che non si riuscisse a trovare né causa, né rimedio, la spaventava ancor più.

Il collega si arrovellò a lungo, senza riuscire a chiarire di che si trattasse, sprofondando sempre più nel sentimento di inutilità, impotenza e colpa.

Gli consigliai di domandare alla paziente se, oltre alla legittima paura per il fatto che non si riuscisse ad ottenere una diagnosi, aveva mai avuto, in passato, paure simili.

La possibilità di differenziare tra paura del male e una preesistente paura di poter aver sempre qualcosa di mostruoso, permise subito alla paziente e al collega di non precipitare ulteriormente e di richiedere un corretto aiuto.

A questo punto fu possibile domandare al collega se aveva mai sperimentato situazioni di un simile tormento e gli fu facile ricordare il dramma della morte del padre di cui si era occupato per mesi lottando disperatamente contro la sua morte, da solo, perché come spesso accade ai medici, gli specialisti fornivano pareri ma poi lasciavano a lui il compito di curare... il ricordo sostituì la depressione con la tristezza e il dolore per l'impotenza e la colpa di non riuscire a salvarlo. Emerse anche una storia di preoccupazioni e paure continue per la salute della propria madre, che quando era piccolo era stata sempre sofferente: 'sarà per questo che ho deciso di diventare medico'.

Questa può essere la storia di una particolare vulnerabilità di molti medici, ma è anche una utile introduzione alla giornata di oggi, con tre criteri elementari da avere in mente sempre.

Il primo criterio è che **paura** e **depressione** sono i due cardini principali della diagnostica più elementare e grossolana, ma anche più efficace dinanzi a molte situazioni cliniche, soprattutto quando sono più difficili da diagnosticare: un male misterioso spaventa sempre e può scoraggiare sia il paziente, sia il medico, contagiandosi a vicenda.

Paura e depressione sono due facce dei sentimenti di base nell'esistenza, che spesso si intrecciano, e l'una determina l'altra.

Il secondo criterio è che tutti si spaventano, e per ognuno può essere la prima volta, in cui si affronta il male non banale. Ma nulla è senza storia e una domanda anamnestica che può far riconoscere che **si ha già avuto paura** e che si può avere la tendenza a prevedere il peggio, permette una differenziazione tra la paura della situazione e il ricordo delle proprie paure.

Il terzo è determinante: si indaga sul male e, insieme, sulla paura, non o l'uno o l'altra.

Se il medico sposta l'attenzione sulla paura o sulla depressione il paziente può avere il timore di essere considerato un 'malato immaginario' e che sarà trascurata la diagnosi fisica. l'alleanza con il paziente si mantiene se risulta ben chiaro che il dottore segue due piste contemporaneamente, tiene conto della paura del paziente, pur senza mollare l'aspetto medico per quello emotivo e psicologico.

Il mio convincimento, come molti sanno e come ho avuto già modo di dire ai colleghi pediatri, è che, senza dover diventare uno psichiatra o uno psicologo clinico, dovrebbe essere un diritto del medico avere le nozioni elementari di psicopatologia necessarie per il proprio sempre difficile lavoro, diritto fino ad ora misconosciuto.

Ed è per ciò che accetto sempre di partecipare a queste occasioni informative.

Oggi si parlerà di psichiatria ambulatoriale, perché di fatto il medico di medicina generale si trova spesso ad essere il primo contatto per molti pazienti, e non è casuale. Può essere una scelta, meno paurosa e meno drammatica. Come quella della paziente che ho descritto prima, che aveva bisogno di poter curare la sua paura e, avendone troppa paura, ne parlava al proprio medico attraverso il corpo.

Buon lavoro!

Alessandro
Santarone

I Disturbi Post Traumatici da stress nella quotidianità

L'intervento si propone di orientare il MMG al trauma e alle patologie post traumatiche, a riconoscerle nell'ambito del lavoro clinico quotidiano, a valutarne gravità e prognosi, seguendo un percorso e una visione prettamente psicopatologica, analizzando tali fenomeni dal loro interno nel loro instaurarsi e nell'effetto che il terrore e l'orrore determinano sul soggetto che lo prova, ma anche sui famigliari e sugli operatori sanitari che se ne occupano. Si cercherà inoltre di descrivere l'effetto di danno sociale complessivo che tali fenomeni determinano nella loro diffusione tutt'altro che limitata nella nostra società e a definire il ruolo del MMG negli interventi iniziali di stabilizzazione, prerequisito a quelli successivi più specifici.

1. **VOCE DI VEDETTA MORTA**

Clemente Rebora, Podgora 1915

C'è un corpo in poltiglia
con cresse di faccia, affiorante
sul lezzo dell'aria sbranata.
Frode la terra.
Forsennato non piango:
affar di chi può, e del fango.
Però se ritorni,
tu, uomo, di guerra
a chi ignora non dire;
non dire la cosa, ove l'uomo
e la vita s'intendono ancora.
Ma afferra la donna
una notte, dopo un gorgo di baci,
se tornare potrai;
soffiale che nulla del mondo
redimerà ciò che è perso
di noi, i putrefatti di qui;

stringile il cuore a strozzarla.
e se t'ama, lo capirai nella vita
più tardi, o giammai.

2. *"Il trauma psichico è il dolore degli impotenti"*

Judit Lewis Herman, *Trauma and Recovery*, 1992

3. **TRAUMA**

Evento, o serie di eventi, che va a sopraffare consistentemente la capacità di risposta dell'apparato cognitivo, emozionale, fisico dell'individuo, e che determina diverse possibili risposte di collasso e di conseguente regressione.

TRAUMA PSICOLOGICO

Disabilità e sofferenze psichiche conseguenti alle ferite aperte, ai processi di cicatrizzazione psichica incompiuti.

4. **STATISTICHE SIGNIFICATIVE IN ITALIA**

- 100.000 minori ogni anno presi in carico dai Servizi Sociali per maltrattamenti ed abusi
- oltre 6.5 milioni di donne fra i 16 e i 70 anni dichiara di aver subito nella vita una violenza fisica, sessuale, psicologica, stalking
- 400.000 minori ogni anno vittime di violenza assistita di genere.

5. **TRAUMI SINGOLI E CONTINUATIVI**

- Trauma singolo di varia gravità e durata, incluso il lutto traumatico e le malattie
- Traumi continuativi in età evolutiva (maltrattamento fisico, abuso sessuale, maltrattamento psicologico, trascuratezza fisica, educativa, emozionale)
- Relazioni di accudimento traumatiche
- Traumi continuativi in età adulta (guerra, tortura, segregazione prolungata, violenza domestica)

6. **TRAUMI IMPERSONALI**

- Disastri naturali
- Disastri tecnologici
- Incidenti
- Malattie gravi

TRAUMI INTERPERSONALI

- Guerra
- Terrorismo
- Violenze, abusi e maltrattamenti
- Lutti traumatici

7. **PICCOLO TRAUMA → GRANDE EFFETTO**
GRANDE TRAUMA → PICCOLO EFFETTO

8. SINTOMATOLOGIA DELLA REAZIONE ACUTA DA STRESS E DEL PTSD

- Hyperarousal
- Meccanismo d'evitamento compresi evitamento fobico e meccanismi dissociativi
- Disturbi del pensiero di natura intrusiva compresi flashback, rimuginii, incubi

Diagnosi Differenziale: essenzialmente la durata della sintomatologia che deve essere inferiore o superiore a 4 settimane nelle due sindromi cliniche.

9. STABILIZZAZIONE

Fase iniziale o intermedia del trattamento finalizzata ad ottenere con interventi sia sul mondo esterno che sul mondo interno del paziente una situazione di sufficiente presenza a se stesso tale da permettergli di intraprendere le fasi successive di trattamento: integrazione delle esperienze traumatiche e elaborazione del lutto connesso.

10. TRAUMA VICARIANTE

Effetto emotivo del trauma su chi ne è testimone diretto o indiretto

Esempi.

- contagio
- senso di disinteresse emotivo, ascolto del tutto distante, privo di alcuna emozione, da freddo entomologo, tipico di quel **diniego degli affetti** che l'orrore ci induce → **Disumanità**
- senso di incredulità, di irrealtà degli eventi che ci vengono descritti o a cui assistiamo, che è un altro effetto dell'orrore su di noi: **il diniego della realtà** → **Negazionismo**
- **VULNERABILITA'**: presenza di fattori di predisposizioni allo sviluppo di un PTSD quali psicopatologie già preesistenti, disabilità intellettiva, giovane età o senilità
- **RESILIENZA**: risorse personali o interpersonali che favoriscono il superamento degli eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi una vita, senza alienare la propria identità.

Mariagrazia

Movalli

La grande variabilità delle condotte di addiction

Perché parlarne.

- Elevata prevalenza del problema.
 - uno studio statunitense ha stimato che circa il 23% dei soggetti ricoverati negli ospedali è affetto da una forma di dipendenza (USPSTF Report, 2001)
 - Il **consumo di alcol** rappresenta un importante problema di salute pubblica risultando responsabile in Europa del 3,8% di tutte le morti e del 4,6% degli anni di vita persi a causa di disabilità attribuibili all'alcol (*Disability-Adjusted Life Years*, DALYs). In Italia, le prevalenze dei consumatori a rischio identificano circa 8.000.000 di individui a rischio di età superiore agli 11 anni. In Italia, ancora per l'anno in corso, per consumo a rischio ci si riferisce alla definizione della WHO, un consumo giornaliero medio di oltre 20 grammi di alcol puro per le donne (1-2 bicchieri) e di oltre 40 per gli uomini (2-3 bicchieri). Nel 2012 la prevalenza dei consumatori a rischio nel 2012 è stata pari al 21,7% degli uomini e al 6,4% delle donne di età superiore a 11 anni. Le percentuali più elevate di consumatori a rischio di sesso maschile si registrano nella classe di età 65-74 anni. Relativamente alla popolazione anziana, nel 2012, il 40,7% degli uomini e 10,1% delle donne ultrasessantacinquenni hanno adottato un comportamento di consumo alcolico a rischio. Si considerano comportamenti rischiosi anche il consumare bevande alcoliche lontano dai pasti o assumere grandi quantità di alcol in un arco di tempo ristretto (*binge drinking*); l'11,1% degli uomini e il 3,1% delle donne hanno dichiarato di aver avuto, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, episodi di binge drinking, con una frequenza che cambia a seconda del genere e della classe di età della popolazione (la percentuale più elevata risulta nella fascia 12-24 anni). L'alcol rappresenta il principale fattore di mortalità prematura tra i giovani sino a i 24 anni a causa delle correlazioni dirette con l'incidentalità stradale alcol-correlata. Nel corso dell'ultimo decennio, il consumo medio pro capite di alcol in Italia si è abbassato. Tuttavia, si è assistito ad un cambiamento delle abitudini di consumo

alcolico della popolazione. Nell'ambito del decennio 2003–2013 (tab.3) l'ISTAT ha rilevato:

- la diminuzione della quota di consumatori
- la diminuzione della quota di consumatori giornalieri
- l'aumento dei consumatori occasionali
- l'aumento dei consumatori fuori pasto (Rapporto ISTISAN 14/1).

La stima puntuale del numero di alcolodipendenti presenti nel nostro paese ha finora presentato difficoltà di vario tipo e non esistono ancora dati ufficiali in merito. Nel 2013 e nel 2014 sono stati presi in carico presso i vari servizi per le alcolodipendenze circa 150.000 soggetti; circa il 28% dell'utenza complessiva è rappresentato da utenti nuovi; la quota restante da soggetti già in carico dagli anni precedenti o rientrati nel corso dell'anno dopo aver sospeso un trattamento precedente (Relazione del Ministro della Salute al Parlamento, anno 2015).

- In Italia il numero complessivo dei consumatori di **sostanze stupefacenti** è stato stimato nel 2009 di circa 3 milioni (Relazione annuale al Parlamento 2010). Tra gli studenti è particolarmente diffusa la tendenza al policonsumo, con una forte associazione soprattutto con alcol, cannabis e tabacco.
- La prevalenza di **gioco** nella popolazione 18–64 anni risulta pari a 62,6%, con un valore maggiore nella popolazione maschile (66,9%). La stima però dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale, mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (Relazione annuale al Parlamento 2015). In molti casi presentano comorbilità con tabagismo, disturbi da uso di alcol o altre sostanze e con altri disturbi psichiatrici. Quasi la metà (46,7%) degli studenti (15–19 anni) ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita (Studio ESPAD®Italia 2014) Tra chi ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno l'11% ha un comportamento definibile "a rischio" e l'8% circa "problematico".
- Per la difficoltà nell'identificare e approcciare il problema e i pazienti abusatori, considerati soggetti difficili, con un disturbo in buona parte autoinflitto e con i quali la relazione è impegnativa e spesso frustrante.

3 vignette cliniche.

1. **Una lunga storia in bilico tra sostanze e successo**
2. **Per due soli prosciocchini!**

3. Innocente evasione

Cosa hanno in comune queste storie?

- La **perdita di controllo**, che può consistere nell'incapacità di astenersi o di gestire le quantità o le modalità, assumere la sostanza o agire le condotte di addiction in situazioni inappropriate pur preoccupandosi per ciò che si sta facendo, cercare di smettere ma fallire ricadendo
- Il **craving**: è il desiderio intenso per l'effetto piacevole noto della sostanza (riferibile anche ad una serie di altri comportamenti come il gioco, il sesso, le abbuffate di cibo, lo shopping compulsivo). È uno stato motivazionale mediato dalle proprietà incentivanti connesse alle aspettative degli effetti positivi (Marlatt, 1987) alla base del "drug seeking behaviour".
- La **reattività agli stimoli**: la percezione degli stimoli che si associano generalmente all'uso di sostanze o alla condotta che determina un rinforzo positivo, può elicitare una serie di risposte condizionate che aumentano la probabilità che le persone vi ricorrano. Gli stimoli possono essere esterni (es. ritrovarsi in situazioni, la vista di persone, strumenti associati all'assunzione) o interni (stati emozionali positivi o negativi, pensieri e ricordi, stati fisici e sensazioni che ricordano l'ebbrezza o l'astinenza). Un altro stimolo è quello definito "prima dose", cioè dopo avere infranto un periodo di astensione, il desiderio aumenta.
- Il **restringimento del repertorio d'interesse**.

Un altro elemento importante

- Il **reinstatement del disturbo** anche dopo anni da una sospensione e di apparente stabile compenso.

Poly-addiction e "dipendenze senza sostanza"

Negli ultimi decenni, sia in ambito clinico che nella letteratura scientifica, si assiste a una crescente diffusione di poli-abuso e di condotte di addiction, connotate col termine italiano ormai datato di "nuove dipendenze" o "dipendenze senza sostanza".

In una ricerca italiana (Margaron e Aguglia, 2003), il termine addiction è risultato associato a 49 categorie di comportamenti diversi (analisi di articoli censiti su Internet): disturbi da abuso/dipendenza da sostanze, disturbi alimentari (Lesieur, Blume,1993; Orford,2001), gioco d'azzardo patologico (Griffiths,1995; Potenza et al.,2002; Raylu, Oei,2002), shopping compulsivo (Christensen et al.,1994; Christo et al.,2003; McElroy et al.,1994), uso eccessivo di internet (Cantelmi et al.,2000; Del Miglio, Couyoundjian, Bentivegna,2003), uso eccessivo di videogames (Griffiths,2002; McIlwraith et al.,1991), accumulo compulsivo di oggetti (Steketee, Frost,2003), lavoro eccessivo (Alonso-Fernandez,1998), iperattività sessuale (Schneider,2004).

Alla base dell'ipotesi di un possibile substrato comune unitario e a innescare le riflessioni circa la possibilità di osservare diverse manifestazioni comportamentali di uno stesso cluster, sono state la somiglianza fenomenologica, alcuni dati epidemiologici circa l'elevata prevalenza di poli-dipendenze all'interno dello stesso nucleo familiare, la frequente coesistenza nello stesso individuo contemporaneamente o come fenomeno di addiction transfer (passaggio nella storia di vita di un individuo da una dipendenza ad un'altra), alcuni correlati neurofisiologici come l'attivazione fisiologica (arousal) e l'efficacia di trattamenti simili (Shafer HJ et al., 2004). Sul piano neurobiologico è stata descritta una Reward Deficiency Syndrome alla base di comportamenti additivi (Blum K., et al., 2013)

Ma una certa cautela è stata adottata dal gruppo di lavoro dell'American Psychiatric Association per quanto riguarda le dipendenze comportamentali: sono stati inseriti nel DSM 5 solo il Disturbo da Gioco come condotta di addiction insieme ai Disturbi da Uso di Sostanze e l'Internet Addiction Disorder (IAD) in una sezione a parte e come categoria diagnostica per cui sono necessarie ulteriori indagini.

Come riconoscere che c'è un problema?

Molti operatori dell'assistenza sanitaria primaria incontrano frequentemente difficoltà ad accertare il consumo di alcol e di sostanze e ad informare i pazienti. Tra le ragioni indicate più spesso ci sono la mancanza di tempo, la formazione professionale inadeguata, il timore di mettersi in contrasto con il paziente e la convinzione che i pazienti con problemi di alcolodipendenza non rispondono agli interventi (Roche & Richard 1991; Roche et al. 1991; Roche et al. 1996; Richmond & Mendelsohn 1998; McAvoy et al. 1999; Karner et al. 1999; Cornuz et al. 2000; Aalto et al. 2001; Kaariainen et al. 2001). Pertanto molto dipenderà dal modo di porsi da parte del clinico, da come formula le domande e affronta l'ascolto, che saranno più efficaci quanto più riesce ad abbandonare il pregiudizio e la tendenza alla rinuncia, la preoccupazione per la scarsità di tempo e il timore che "tanto non serve".

È utile avere un modello di riferimento per orientarsi nella diagnosi, mantenendo il più possibile l'apertura all'incontro con la grande variabilità dell'addiction. Non sempre l'immagine prototipica del soggetto dipendente da alcol o da una droga è quella che incontriamo nella professione, sempre più spesso l'incontro è con persone apparentemente funzionanti, come spesso succede per gli abusatori di cocaina o i *binge drinker*. Il binge drinking è una modalità di consumo episodico concentrato in un'unica occasione o in un ristretto arco di tempo, di 6 o più unità alcoliche con conseguente stato di ebbrezza alcolica, originariamente molto diffuso nei Paesi del Nord Europa, da qualche anno più frequente in Italia tra i più giovani (18-24 anni), soprattutto maschi. Spesso sottostimato nella problematicità, espone a rischi immediati per la salute oltre che a danni cronici.

Le domande sul consumo di alcol e sostanze stupefacenti e di condotte di gioco possono essere integrate ad altre sugli stili di vita e sullo stato di salute (domande sull'attività fisica, sull'alimentazione, sul fumo e sulle terapie farmacologiche). Un approccio empatico, non confrontazionale e non giudicante è quello che può favorire la buona qualità delle risposte su argomenti per i quali prevalgono nel paziente spesso vissuti di vergogna, il timore del giudizio, la tendenza a minimizzare o semplicemente banalizzare e mantenersi nella vaghezza.

Come strumento ausiliario possono essere impiegati alcuni semplici questionari (per es. CAGE e AUDIT per l'alcol), che richiedono pochi minuti. Nel registrare i risultati del test, il medico dovrebbe commentare che un esito positivo dello *screening* non equivale necessariamente a una diagnosi.

Il trattamento

Obiettivi a lungo termine del trattamento dei pazienti con Disturbo da Uso di Sostanze (APA, 2003):

- Riduzione del consumo e degli effetti delle sostanze di abuso e, quando possibile, il conseguimento di una condizione di astinenza
- Diminuzione della frequenza e della gravità delle ricadute
- Riabilitazione intesa come miglioramento del funzionamento psicologico, sociale e adattativo

E' importante anzitutto intendere il recupero dalla dipendenza come un processo di cambiamento che implica una modificazione del comportamento. Tutti coloro che si occupano di dipendenze sanno che il processo di recupero, pur essendo difficile, non è impossibile: molti sono riusciti a smettere e hanno trasformato le loro vite. Anche se il trattamento dei soggetti dipendenti presenta particolari difficoltà e a volte i risultati non sono incoraggianti, è fondamentale evitare di cadere in una visione fatalistica e deterministica del problema, che facilmente porterebbe ad avere un'immagine pessimistica del recupero.

Che cosa può influenzare il percorso?

Negli ultimi 20 anni sono stati analizzati sia i fattori che interferiscono con la presa in carico, con il coinvolgimento nei percorsi di recupero vs l'abbandono precoce della terapia e con il risultato del trattamento. Sono inoltre stati strutturati programmi specialistici sempre più specifici.

La gravità della dipendenza (soprattutto in caso di poli-abuso), la storia criminale, le risorse sociali e le disfunzioni psicologiche al momento dell'inserimento influenzano il coinvolgimento e la ritenzione nel trattamento. Di particolare importanza sono le motivazioni al trattamento e la predisposizione al cambiamento del cliente (Simpson, 2002).

Relativamente all'outcome del trattamento dell'alcoldipendenza, in una review della letteratura abbiamo trovato solo alcuni fattori che più frequentemente sembrano predire un buon esito e sui quali gli studi appaiono maggiormente concordi: indicatori di stabilità sociale come l'aver un lavoro e relazioni familiari stabili, la motivazione, l'alleanza terapeutica, la compliance.

Il disturbo di personalità antisociale si associa a outcome peggiore. Altre variabili come la doppia diagnosi e la gravità della dipendenza non hanno generato risultati univoci (Movalli MG, 2003).

Il termine **"doppia diagnosi"** si riferisce alla compresenza di disturbi da uso di sostanze e di disturbi psichiatrici in un individuo. Secondo gli studi epidemiologici, la sovrapposizione tra disturbi psichiatrici ed abuso/dipendenza da sostanze è ampia e il numero medio di diagnosi in soggetti con disturbo da uso di sostanze è spesso anche maggiore di due (sarebbe di 3 secondo uno studio di Daley & Moss, 2002). Secondo il US National Comorbidity Survey, circa la metà dei soggetti che ha avuto nel corso della vita un disturbo da uso di alcol o da sostanze ha soddisfatto anche i criteri per almeno un disturbo psichiatrico, analogamente la metà dei soggetti con una storia di disturbo psichiatrico lifetime hanno manifestato anche un disturbo da uso di alcol o sostanze (Kessler et al 1996). L'intero spettro psicopatologico può accompagnare i disturbi da uso di sostanze (disturbi d'ansia, disturbi dell'umore, disturbi psicotici, disturbi mentali organici, disturbi di personalità e il disturbo post-traumatico da stress-PTSD) e diverse sono le possibili relazioni tra l'uso di sostanze e gli altri disturbi psichiatrici.

- a) La dipendenza da sostanze incrementa il rischio di sviluppo di disturbi psichiatrici (secondo le osservazioni dell'Epidemiologic Catchment Area gli abusatori hanno 4.5 volte la possibilità di sviluppare un disturbo psichiatrico rispetto alla popolazione generale).
Lo stesso DSM annovera quasi tutti i disturbi psichiatrici come possibili disturbi mentali indotti dall'uso di sostanze.
- b) Un disturbo psichiatrico incrementa il rischio di sviluppo di disturbo da uso di sostanze (il rischio di sviluppare un DUS è 2.7 volte maggiore nei soggetti con patologia psichiatrica se comparati con la popolazione generale: il rischio è più elevato per il disturbo di personalità antisociale e borderline, il disturbo bipolare, la schizofrenia (dati ECA, pubblicati dal National Institute of Mental Health (NIMH) (Robin & Regier, 1991). Nello scenario europeo e in particolare nel nostro contesto italiano, la recente crisi economica ha condizionato un incremento significativo dei Disturbi dell'Adattamento con manifestazioni ansiose, umore depresso o sintomatologia mista, cui l'esordio delle condotte di addiction è secondario
- c) I due disturbi possono svilupparsi indipendentemente in diversi tempi
- d) I sintomi e disturbi psichiatrici condizionano l'esordio, la durata, la scelta della cura e la risposta al trattamento del disturbo da uso di sostanze o di addiction, in particolare relativamente al rischio di ricaduta
- e) L'abuso o la dipendenza da sostanze condiziona negativamente l'adesione al trattamento psichiatrico anche farmacologico e l'outcome è solitamente peggiore.

Sul piano delle scelte di cura, in relazione alle circostanze ed al singolo caso, il trattamento deve affrontare entrambe le condizioni psicopatologiche, sequenzialmente oppure simultaneamente, ancor meglio in modo integrato, riconoscendo con attenzione quale dei disturbi è eventualmente quello primario.

Per il medico di medicina generale, che si trova spesso ad essere il primo filtro, con un'enorme responsabilità anche un volta riconosciuta la presenza del problema, questo aspetto ulteriore della complessità del disturbo rappresenta un'ulteriore sfida al paziente con addiction. Di fronte al dilemma "a chi inviare" sorge anche il dubbio dell'adeguata comprensione del caso. E nel gestire le ambivalenze del paziente circa la percezione del problema, gli spetta suggerire un modo per affrontarlo.

Nell'incontro con il soggetto abusatore, il medico si trova difatti al centro di una rete assistenziale variegata fatta di figure professionali, associazioni e strutture pubbliche e private diverse, ciascuna utile in relazione alle caratteristiche del paziente che ha di fronte e del quadro clinico del momento. Cosa fare in un determinato caso? iniziare a trattare?...e come, quando il soggetto che si trova di fronte è vulnerabile ad abusare e divenire dipendente dai farmaci (soprattutto i sintomatici, come le benzodiazepine) che verranno prescritti? ...a chi inviare? ...e come farlo e quando è il momento giusto?

In qualsiasi caso, un aspetto che fin dalle prime battute dell'interazione con il soggetto con addiction non possiamo mai trascurare è quello della motivazione.

La **motivazione** è uno stato psichico di disposizione o di desiderio di cambiamento, che nasce quando le persone percepiscono una frattura tra il proprio comportamento attuale e importanti obiettivi personali (Miller 1985). Questo stato interno è fluttuante da un momento all'altro e da una situazione all'altra ed è influenzabile da fattori esterni.

Un riferimento utile è la ruota del cambiamento, ideata da Prochaska e Di Clemente, che descrive una sequenza di fasi che ogni individuo attraversa nel tentativo di effettuare un cambiamento (precontemplazione, contemplazione, determinazione, azione, mantenimento, ricaduta).

Uno strumento di grande utilità e cui il medico di medicina generale può ispirarsi è il Colloquio Motivazionale, una metodologia messa a punto da W.R. Miller e S. Rollnick a partire dal 1980 e rivolta soprattutto a persone con dipendenze patologiche. È uno stile di comunicazione collaborativo, progettato per rafforzare la motivazione personale e l'impegno verso un obiettivo specifico, attraverso la facilitazione dell'esplorazione delle ragioni proprie della persona per cambiare, il tutto in un'atmosfera di accettazione di aiuto. Lo scopo del colloquio motivazionale è ampliare la frattura interiore, aiutare il paziente a esplorare la propria ambivalenza e sostenere il senso di autoefficacia.

Nel colloquio motivazionale, l'operatore si adatta allo stadio del cambiamento in cui l'individuo si trova, con interventi specifici.

Soprattutto nelle fasi iniziali, le strategie tecniche consistono nel formulare domande aperte, nel praticare l'ascolto riflessivo riformulando quanto il paziente ha voluto dire con una riformulazione affermativa, sostenendo ed evocando affermazioni automotivanti.

Infatti, nel colloquio con il soggetto dipendente esistono delle modalità interattive che indicano difficoltà nello stabilirsi della relazione facilmente portano a una situazione di stallo o possono causare la rottura contro la volontà di entrambi. Sono "trappole" che suscitano resistenza o generano un atteggiamento passivo nel paziente: la trappola della *confrontazione della negazione* (quando il medico tenta di forzare le resistenze e i dubbi del paziente, che esita o si adegua superficialmente oppure, se messo alle strette, si oppone apertamente. In pratica, il medico assume una posizione netta che indica che "*c'è un problema che deve essere eliminato*", mentre al paziente non resta che affermare che "*non c'è problema, va tutto bene*" per difendere la propria libertà di scelta: si assiste ad uno schieramento su fronti opposti); la trappola dell'*etichettatura* (con alcuni utenti, può essere problematico anche una frase come: "Il suo problema con...", l'idea di una etichetta diagnostica può suscitare resistenze e conflitti); la trappola del *biasimo* (ci si può cadere anche biasimando indirettamente e in maniera non esplicita); trappola dell'*esperto* (fondata sull'idea del medico, soprattutto di quello entusiasta, di possedere tutte le risposte); trappola '*a domanda-rispondi*' (basata su un grande numero di domande da parte del medico alle quali il paziente risponde a monosillabi, solitamente motivata dal bisogno di acquisire informazioni in poco tempo, ma anche dall'ansia che entrambi provano ad un primo contatto); la trappola della *focalizzazione prematura* (quando l'operatore e il cliente concentrano l'attenzione su aspetti differenti. A volte i clienti non sono pronti a considerare il loro consumo di sostanze come significativo da analizzare e da porre sotto il controllo. Per evitare tale trappola è necessario rivolgersi alle preoccupazioni espresse dal paziente e tentare di collegarle a ciò che il medico vede come problematico).

Marco
Zamperetti

*Pazienti anziani: diagnosi differenziali, progetti riabilitativi
e gestione domiciliare*

D.D. DEPRESSIONE VS DEMENZA

Depressione e demenza sono sindromi neuropsichiatriche che presentano un'elevata incidenza nell'anziano e possono anche coesistere, cosa che implica possibili difficoltà nel corretto inquadramento diagnostico.

Aumentando l'età, viene ad aumentare la possibilità sia di demenza che di depressione, che di sovrapposizione dei due quadri clinici. I dati scientifici confermano che la **Depressione** (grave) è riscontrata per il 15% in soggetti affetti da AD e 25% in quelli affetti da demenza vascolare; la Depressione grave ha poi una prevalenza che nella popolazione over 65 e' del 15%-20% e che aumenta ulteriormente negli over 80. Percentuali ancora più alte poi sono quelle riferibili a una depressione di carattere più lieve.

E' possibile assistere a casi di compromissione cognitiva non degenerativa legata alla depressione, la così detta **Pseudo-demenza**, con il quale si è soliti identificare un quadro di Depressione con significativa compromissione cognitiva tale da assomigliare, nella presentazione clinica, ad un esordio di demenza vera e propria. Ma puo' anche frequentemente accadere che la manifestazione depressiva sia di tipo degenerativo/involutivo quando sia legata/secondaria a demenze primarie neurodegenerative.

Generalmente il paziente affetto da demenza e comorbilità con depressione presenta sul piano psichico -piu' che vera e propria deflessione del tono dell'umore- un'apatia cioè un'incapacità di provare piacere/interesse/coinvolgimento per quanto accade, di ritiro sociale, associata comunque ad ideazione depressiva (e spesso di colpa, di rovina e di morte), lamentosità ipocondriaca e ansia e, in fase avanzata, il paziente puo' pero' frequentemente anche presentare deliri, allucinazioni, soprattutto visive, e aggressività.

Come si e' accennato, frequentemente puo' accadere di trovarsi in presenza di una delle forme di **Demenza Reversibile** e cioè quando accade che pazienti anziani depressi tendano a sviluppare un decadimento cognitivo che però può poi attenuarsi/scompare una volta curata la depressione. In questo caso si parla di **Pseudo-Demenza** dal momento che la demenza non è reale in quanto i disturbi apparentemente neurologici (compromissione della memoria per

esempio) sono causati dallo stato depressivo stesso del malato.

Invece se, una volta trattata la depressione, il paziente non dovesse riaversi dal deficit cognitivo e' possibile/probabile che ci si trovi di fronte ad un esordio demenziale con sintomatologia d'esordio di tipo depressivo.

Si può parlare di Depressione anche in un quadro di **Demenza Vascolare** quando si verifica l'insorgere di depressione e di una concomitante compromissione cognitiva globale (un deficit della memoria operativa e dell'attenzione fino a un rallentamento psicomotorio e disabilità) che coincida con la presenza di un quadro encefalovasculo- patico.

Invece in presenza di un quadro d'esordio di Depressione con disturbi delle funzioni esecutive e cioè di un quadro nel quale si assiste ad un rallentamento psicomotorio con perdita di interesse per le attività, cioè apatia più che depressione, che implichi una conseguente incapacità di gestione della propria vita quotidiana ma anche e spesso con disinibizione comportamentale, incapacità di pianificazione dei comportamenti, iperoralità causata da alterazioni cerebrali a livello, almeno inizialmente, fronto-temporali, si può ragionevolmente ipotizzare che ci si trovi all'esordio di una forma primaria neurodegenerativa di **Demenza Fronto-Temporale**.

Analogamente la Depressione può essere anche il quadro d'esordio e di comorbilità con **Malattia di Alzheimer** e quindi con disturbi quindi primariamente della memoria a breve termine e del linguaggio.

Per ciò che concerne invece questa seconda fattispecie, cioè demenza con un quadro d'esordio di tipo depressivo, è bene sottolineare quanto sia difficile che gli aspetti clinici permettano precocemente d'individuare il processo neurodegenerativo che ne sta alla base: in generale la depressione tardiva si abbatte su un bacino che comprende soggetti anziani che presentano spesso malattie neurologiche degenerative. Infatti molte patologie del sistema nervoso centrale si associano ad un aumento del fattore depressivo. Si osservano per esempio frequenti sbalzi di umore in soggetti affetti da Morbo di Parkinson e AD.

La depressione può dunque essere una manifestazione precoce dei processi neurodegenerativi della demenza oppure una reazione psicologica precoce al declino cognitivo in quanto il paziente, rendendosi conto del declino cognitivo in cui sta precipitando, svilupperebbe – reattivamente sul piano psicologico – un quadro depressivo. Cioè la depressione risulterebbe essere l'effetto della demenza, anche qualora si manifesti sul piano clinico come sintomo d'esordio.

Sintomi comuni

E' possibile anche ipotizzare che vi sia un'eziopatogenesi comune tra depressione e demenza o che, comunque, le due patologie sembrerebbero potersi influenzare reciprocamente, trovando ed alimentando l'una nell'altra le proprie cause. Anche per lo specialista e' spesso difficile comprendere in quale fattispecie ci si trovi in quanto i sintomi, come si e' detto, spesso sono

coincidenti: rallentamento psicomotorio, labilità emozionale o incapacità di espressione delle emozioni, insonnia, pianto, perdita di peso, pessimismo.

Molto c'è ancora da fare nel campo della prevenzione dal momento che anziani affetti da depressione non presentano (apparentemente) soglie di depressione tali da richiedere un intervento farmaceutico. E' bene pertanto trattare ogni caso separatamente e con l'attenzione adeguata, evitando il rischio di sottovalutare un fenomeno depressivo. E' infatti proprio negli stadi iniziali della malattia che si può avere la maggiore difficoltà a distinguere tra pazienti semplicemente depressi oppure depressi, mentre col tempo il quadro clinico viene a delinarsi in modo molto più evidente: è esattamente per questo che è sempre bene giocare d'anticipo.

E' peraltro noto come la depressione peggiori -e consistentemente- la prognosi di molte patologie e l'efficacia di molte terapie (negli ictus, nelle patologie tumorali, ecc.)

Diagnosi e trattamento

Per una diagnosi corretta è pertanto vivamente consigliato tener presente la situazione clinico-anamnestica del paziente, avendola monitorata negli anni e gestita in modo continuativo e completo. Si riportano i sintomi utili per diagnosticare la presenza di depressione come esordio di demenza:

- Nella fase precoce: tristezza, anedonia/apatia, perdita di stima e speranza, lamentosità somatica/ipocondria e ansia.
- Nella fase avanzata: tristezza, rifiuto/oppositività, agitazione, espressioni verbali di disagio, grida e aggressività con cambiamenti della personalità e allucinazioni visive e/o deliri.

E' utile un approccio farmacologico integrato: antidepressivi (i migliori sembrano essere gli SSRI in quanto maggiormente tollerabili nel paziente anziano e la più recente vortioxetina e/o la duloxetina e/o il trazodone) più vitamina E, B12, acido folico e un anticolinestico-rasico.

DEMENZE SECONDARIE DI TIPO REVERSIBILE O CURABILE

Le demenze curabili rappresentano circa il 15% di tutte le demenze e si distinguono a seconda che siano associate a malattie **neurologiche** (idrocefalo normoteso, ematoma sottodurale cronico, tumori cerebrali operabili, neurosifilide, stati di male epilettico frontali) o **sistemiche** (malattie deficitarie: carenza di vitamina B12; deficit di acido folico; carenza di tiamina; disordini endocrini: ipotiroidismo; ipertiroidismo; ipoparatiroidismo; alterazioni della funzionalità surrenalica e ipofisaria; insulinoma; malattie del collagene/vascolari: lupus eritematoso sistemico; vasculiti; sarcoidosi; infezioni: meningite cronica come Tbc, fungina, parassitaria; ascesso cerebrale; AIDS; demenza alcolica: demenza alcolica primaria; altre: malattia respiratoria ostruttiva cronica; deprivazione di sonno; sindrome delle apnee morfeiche; radiazioni; ipossia; dialisi.

VIGNETTA CLINICA DEMENZA REVERSIBILE. Stato di male epilettico frontale in paziente di 88 anni causato da alterazione dell'equilibrio idroelettrolitico per soggiorno estivo in Cappadocia.

PROGETTI RIABILITATIVI ED ASSISTENZA DOMICILIARE

Il trasferimento di un paziente anziano in RSA se da un lato solleva la famiglia ed il care giver da un sovraccarico operativo ed emotivo rappresenta un fattore di stress ad elevato impatto potenzialmente depressogeno per il paziente.

E' quindi una scelta difficile nella quale il rapporto costi/benefici, per il paziente e per la famiglia, va valutato caso per caso con estrema attenzione anche in relazione al grado di disautonomia dell'anziano, alle risorse socio-economiche a disposizione e alla personalita' sia del paziente che del/dei care giver.

Indispensabile comunque garantire che, quale che sia la soluzione adottata (domiciliare o in RSA), questa permetta al paziente di usufruire di adeguata assistenza socio-sanitaria, di un accesso a situazioni che siano per lui stimolanti sia sotto il profilo dei contatti sociali, che di un progetto riabilitativo individuale che tenga conto delle risorse residue del paziente permettendogli di impegnarle in attivita' occupazionali e/o d'intrattenimento commisurate alla resilienza della persona.

Marco
Ramella

Le Risorse dei Dipartimenti di Salute Mentale e modalità di invio

Il problema dei disturbi psichiatrici minori che accedono al Medico di medicina generale è stato posto negli anni 60 in Gran Bretagna ed ha dato spunto, anche successivamente, a numerosi studi nell'ambito della psichiatria sociale. Tali studi sono concordi nel ritenere che una percentuale variabile tra il 25% ed il 35% dei pazienti che accedono al medico di medicina generale generalmente riferendo problemi di tipo fisico sono in realtà affetti da disturbi psichiatrici minori. Il fatto che il motivo reale cioè il disagio psichico, venga in effetti celato da problemi di altro tipo e generalmente malesseri di tipo fisico, ha posto una serie di questioni che riguardano la formazione psicologica/psichiatrica del medico, la sua capacità di individuare il problema o più in generale di definire una diagnosi psichiatrica condivisa col paziente ed infine le sue competenze nel trattamento psicofarmacologico e su questa base la decisione di inviare o meno il paziente a strutture specialistiche.

Non sono rari i casi in cui il paziente ben consapevole del suo malessere psichico si rivolge al medico di medicina generale per un sempre e tuttora presente diffidenza verso lo psichiatra ("medico dei matti", "strizzacervelli") e per il timore dello "stigma" sociale che aleggia tuttora sulla figura dello psichiatra e della psichiatria in generale. Entrambi questi aspetti rendono conto di una sempre più rilevante importanza del ruolo del medico di medicina generale nell'ambito della salute mentale e di conseguenza della necessità di una più stretta collaborazione tra medicina generale e psichiatria pubblica e privata. Come psichiatri di un servizio privato di psichiatria ci proponiamo oltre che un compito di formazione, quello, non solo terapeutico della cura e presa in carico ma anche di valutazione e di intermediazione ed eventualmente di invio, soprattutto per quei casi che necessitano di sostegni psico/sociale più articolati, verso le strutture pubbliche. Generalmente le strutture pubbliche individuate per l'invio e la presa in carico dei pazienti sono notoriamente identificate con i Centri Psico-Sociali. Negli ultimi anni la Regione Lombardia ha finanziato, con lo scopo di rispondere in maniera più specifica e specialistica ai bisogni della popolazione rispetto ad alcune problematiche psicologiche/psichiatriche della popolazione, quelli che vengono definiti "Progetti innovativi". In concreto In Tutti i maggiori ospedali lombardi esistono equipe composte da psichiatri, psicologi e a seconda dei casi altre figure professionali che si occupano di disturbi psichiatrici

specifici ed il cui accesso può essere diretto da parte del paziente o su invio del medico di medicina generale o da parte di psichiatri del circuito privato o pubblico. Mi sembra utile segnalare alcuni di questi progetti che sono attivi negli ospedali milanesi che possono essere di utilità al medico di medicina generale per poter dare una risposta più articolata e specifica alle persone che portano per la prima volta il loro disagio psichico al medico di medicina generale.

Ospedale Policlinico di Milano

- 1) Diagnostica precoce e stimolazione cognitiva multidimensionale: approcci diagnostici riabilitativi innovativi per i disturbi dello Spettro Affettivo
- 2) Psichiatria perinatale. Presa in cura dei disturbi mentali in gravidanza e del post-partum

ASST Santi Paolo e Carlo

- 1) Rete ambulatoriale per la diagnosi precoce, consulenza e trattamento della depressione dell'anziano
- 2) Prevenzione, diagnosi e trattamento delle situazioni a rischio e degli esordi psicotici in età giovanile
- 3) Trattamento integrato dei Disturbi Bipolari e dei Disturbi Depressivi.
- 4) Prevenzione e trattamento della depressione in gravidanza e nel post-partum

ASST Fatebenefratelli-Sacco

- 1) Progetto "Scintille" per la diagnosi ed il trattamento di giovani di età compresa tra i 14 ed i 24 anni che presentano gravi disturbi della personalità caratterizzati da alterazioni dell'impulsività, forte disregolazione emotiva alterazioni del comportamento e disturbi della condotta.
- 2) Servizio per la diagnosi precoce ed il trattamento dei Disturbi Affettivi in giovani adulti rivolti in particolare a soggetti affetti da Disturbo dell'Attenzione ed Iperattività Motoria (ADHD) e Disturbi dello Spettro Autistico ad alto funzionamento

Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

- 1) Percorso diagnostico-terapeutico ambulatoriale e/o semiresidenziale per i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA)
- 2) Rete ambulatoriale per la diagnosi ed il trattamento della depressione dell'anziano
- 3) Prevenzione e cura dei disturbi psichici in età giovanile
- 4) Prevenzione e trattamento dei Disturbi Psichici Perinatali nelle donne italiane e straniere della città di Milano.
- 5) Trattamento precoce dei primi casi di Disturbo Psicotico in soggetti giovani

In conclusione ci pare utile fornire ai MMG, come Servizio di Psichiatria dell'ARP, tutti gli strumenti anche quelli più pratici perché essi possano dare risposte pensate ed articolate ai bisogni di ogni paziente. Nella nostra esperienza quello che ci chiedono i nostri pazienti non sono solo cura ed assistenza immediata ma anche indicazioni concrete che diano loro la sensazione che per i problemi che ci portano possono trovare, non tanto soluzioni miracolistiche ed immediati ma percorsi di cura adeguati che possano sostenere la loro speranza di superare una condizione di sofferenza.

Franco
Truzzi

Giovani instabili e disturbi del comportamento

“Ma sei tu, Marco?” Marco mi sorride spiazzato dalla mia domanda e, spiazzato anche motorialmente fa fatica a non centrare di spalla l'ingresso nel mio studio.

Dal ragazzino minuto dell'ultima seduta di giugno si è presentato alla ripresa autunnale della terapia, massicciamente cresciuto con una pettinatura crestata molto moderna.

INSTABILITA'

Questa vignetta di incipit serve a focalizzare l'importanza del complesso problema rappresentato dallo sviluppo adolescenziale.

Marco entra in studio e sbatte la spalla destra contro lo stipite. E' disattento nell'esecuzione degli atti motori e goffo nella gestualità. Gli ormoni che sono partiti a stimolare il suo corpo non sono ancora stabili per dare luogo ad un riconoscimento periferico del suo corpo nello spazio.

Ogni compito per un po' sarà svolto in maniera approssimativa, purché sia portato a termine nella maniera più rapida possibile.

Non nel caso di Marco, ma è spesso evidenziabile negli adolescenti un'instabilità del tono dell'umore simile a quella motoria.

Una rapida variazione del tono dell'umore può apparire per motivi di scarsa rilevanza o per basso tasso di frustrazione.

A volte l'esclusione dalla convocazione in squadra e in campo o, come dicono loro il “panchinamento” possono essere più pesanti di un votaccio in matematica.

In altri momenti si possono osservare pirotecniche esplosioni di espansività umorale.

L'instabilità affettiva sottesa si può esplicitare nel passaggio all'atto, che costituisce la modalità attraverso cui la tensione psichica, sia di tono depressivo che ipomaniacale, può essere espressa.

L'instabilità che caratterizza la fase adolescenziale coinvolge spesso l'assetto scolastico.

La scelta degli studi è, a volte, stimata male. Si basa sulle esperienze udite nel gruppo, ma non sempre tarate per l'individuo.

La frustrazione connessa alla delusione porta a continui cambi di indirizzo scolastico o a scelte apparentemente credute più facili. Ne risulta un tasso elevato di assenteismo scolastico o di apprendistato professionale.

L'instabilità generale degli adolescenti si riverbera anche nelle relazioni sentimentali.

Le relazioni affettive devono essere subito appaganti, in altra maniera i cambiamenti di partners sono frequenti, così pure come episodiche esperienze omosessuali.

Ciò dimostra come gli adolescenti siano sempre alla ricerca di un'affettività spesso insoddisfatta.

L'origine dell'instabilità e dell'impulsività viene fatta risalire al bisogno di soddisfazione immediata.

Per alcuni autori gli adolescenti instabili sono in stato di bisogno, piuttosto che in uno stato di desiderio. Il bisogno è imperioso e deve essere appagato, l'oggetto deve essere posseduto nell'istante stesso in cui il desiderio si manifesta.

Tutto ciò rimanda all'incapacità a tollerare la frustrazione.

Secondo Gibello, che è un autore francese che ha studiato le condotte disturbanti in adolescenza, alcuni soggetti sono disprassici, ma non nel senso compiutamente neurologico del termine, bensì non sembrano prevedere gli effetti di un'azione, di anticipare le conseguenze di un gesto.

Sono, anche, discronici, perché sembrano non pensare ad investire l'oggetto non tenendo conto della sua permanenza.

L'oggetto (affettivo o materiale) non esiste se non nella misura in cui è presente.

FRANCESCA

Giunge alla mia consultazione praticamente nascosta in un "burka" di indumenti.

Ha una storia vecchia di disturbi alimentari, con eccessi bulimici, e di scacchi scolastici.

Ha avuto sin da piccola alla scuola materna episodi reiterati di bullismo centrati sul suo essere grassa. Il passaggio al liceo ha esasperato il suo malessere portandola ad un rifiuto della scuola ed ad una bocciatura per bassa frequenza.

Il cambio di scuola, la presa in carico psicoterapeutica, l'affido ad una collega nutrizionista, ha reso possibile un miglioramento delle sue condizioni psichiche estrinsecandosi in un relativo successo scolastico, con calo ponderale e il restaurarsi di rapporti meno sofferenti con i coetanei.

La depressione che aveva caratterizzato il blocco di sviluppo gestuale, emozionale, di performance condizionando l'instabilità generale, si è pian piano sciolta consentendole una strutturazione più stabile della sua personalità.

TERESA LA LADRA

E' una casuale omonimia con un film interpretato da Monica Vitti più di 40 anni fa, la persona e il sintomo eclattante giunti alla mia consultazione.

Teresa sedicenne liceale, di buona famiglia ruba in casa.

Non sembra mancare degli oggetti generalmente gratificanti tipici del suo ambiente.

Da una precedente buona carriera scolastica, si è pian piano stabilizzata su prestazioni alternate di basso e sufficiente profilo.

Molto bella, straccia i cuori dei compagni che, attirati dalla sua avvenenza le ronzano attorno.

Ma non sembrano coinvolgerla affettivamente.

Il suo problema sembra essere un'invidia per i suoi realizzati genitori e il confronto con una sorellina di qualche anno più piccola che macina risultati scolastici, sportivi e di immagine.

Il furto vuole essere un richiamo ai genitori per rifocalizzare su di sé un'attenzione che ritiene dimenticata.

IVAN (IL TERRIBILE)

Ivan proveniva da una famiglia problematica.

La madre, una signora minuta e gentile si era invaghita di un tenebroso ragazzo deviante.

Un errore di gioventù.

L'inevitabile separazione fu prosaicamente conflittuale.

Fini letteralmente a fucilate.

Il marito ebbe, poi, una triste carriera tra il carcerario e la malattia.

Ivan crebbe, pertanto, in famiglia con madre e nonni materni.

Segnalato sin dalla scuola materna per difficoltà di comportamento, a valenza oppositiva, procedette poi nella scuola con difficoltà di apprendimento e di attenzione.

La pubertà non lo aiutò.

Rimase strutturalmente piccolo e coagulò un rancore immeritato nei confronti della minuta madre, rea a suo dire di non avergli dato una genetica strutturalmente considerevole.

La morte del padre, che era stato spesso lontano e quella del nonno che lo aveva amorevolmente seguito e supportato per anni, fecero collassare le sue capacità di controllo.

Soprattutto in famiglia era diventato un ras violento.

La psicoterapia ed anche un trattamento psicofarmacologico non raggiunsero gli scopi prefissi e con i Servizi Sociali si fu costretti ad inserirlo in una comunità per adolescenti difficili.

Il lavoro congiunto con i colleghi, dopo 3 anni di permanenza, consentì, per fortuna, l'inizio di una carriera scolastica professionalizzante e, poi, un rientro pacificato in famiglia.

MARIO (L'ORSO)

Mario era uno sgraziato, goffo, non intellettualmente brillante ragazzo di una scuola media del Quartiere di pertinenza della mia Unità operativa di neuropsichiatria infantile.

Mi era stato segnalato da un'attenta professoressa, preoccupata non tanto per l'assetto scolastico quanto per la sua tristezza e la sua marginalità nel contesto scolastico.

Con lo sviluppo aveva preso le imponenti forme somatiche di una giunonica madre-lupa e il carattere schivo e dimesso di un padre timido e mingherlino.

Una perfetta sintesi tra i due.

Su Mario gravava una pesante inibizione.

Inibizione che bloccava gli aspetti di partecipazione anche ludica al gruppo e, naturalmente, quelli relazionali.

All'interno della sua classe era considerato uno "sfigato".

Sembrava non avere interessi e pulsioni.

La presa in carico psicoterapeutica non fu facile.

Molte sedute, all'inizio, furono caratterizzate da silenzi e conversazioni stereotipate.

Si era all'inizio dell'era dei Computers.

Il casuale accesso al PC di lavoro del padre, sembrò finalmente svegliare Mario.

Ma di più lo coinvolse al punto di diventare un mini leader tecnologico per la sua classe.

Ed in questo una grande opera fu svolta dall'insegnante che me lo aveva indirizzato.

Questa ratifica di ruolo lo trasse fuori dall'amara parte di Orso che aveva portato per anni.

E gli ormoni cominciarono a funzionare.

Vi proietto un suo scritto.

Dal punto di vista etimologico, "adolescenza" deriva dal verbo latino "adolescere" e vuol dire crescere. E' un tempo rabbioso di passaggio, in quanto il soggetto adolescente è contemporaneamente un bambino e un adulto, o meglio non è più un bambino e non è ancora un adulto. Il doppio movimento, cioè il dover abbandonare l'infanzia da una parte e la ricerca di una situazione stabile di adulto costituisce l'essenza stessa della "crisi", cioè del processo che ogni adolescente deve attraversare.

La turbinosità di tutto ciò rappresenta, per chi si occupa clinicamente di adolescenti, un problema nel senso che bisogna abbandonare i criteri diagnostici usati per l'infanzia e non ancora adottare quelli possibili per gli adulti.

Fulcro centrale, anzi motore del cambiamento adolescenziale, è l'instaurarsi dei meccanismi di radicamento della pubertà.

L'adolescenza è il tempo degli ormoni. Diversamente e biochimicamente decentrati provocano lo sviluppo somatico e sessuale in entrambi i sessi.

Non mi dilungherò, ovviamente, su funzione estroprogestinica o testosteroneica, comparsa delle mestruazioni nella femmina e delle prime eiaculazioni nel maschio, anche se bisogna considerare che questi eventi sono il Big-Bang delle trasformazioni anche psichiche degli adolescenti.

Nella nostra società l'adolescenza è un periodo molto lungo, poiché lungo è il tempo impiegato per acquisire uno status personale e professionale che consenta un'autonomia reale.

Dopo la nascita si instaura tra la mamma e il suo bambino una simbiosi psicologica nella quale il piccolo non ha una rappresentazione di sé come individuo psichicamente e fisicamente distinto dalla mamma, ma si sente parte di un'entità fusionale comprendente sia i propri aspetti che quelli materni.

Attorno all'anno si assiste, poi, ad una progressiva ma lenta separazione ed individuazione che in un certo senso non sarà mai completata, perché anche nell'adulto permarrà se non altro e per fortuna il bisogno di ricercare sensazioni fusionali di appagamento, di completezza, anche se spostate dalla figura materna in altre direzioni. Mi riferisco alle fasi dell'innamoramento, dell'armonia con il gruppo sociale.

Man mano che ci si avvicina all'età adulta prevalgono i rapporti non fusionali, bensì quelli oggettuali in cui non c'è con-fusione con l'altro, ma in cui ci si rapporta verso un altro che è un oggetto, cioè una realtà distinta.

Ma ritornando allo sviluppo psico-affettivo del bambino, compare anche una realtà esterna alla diade madre-bambino, coagulata nella figura del padre.

Padre protettore della madre in una fase delicata della vita, ma anche elemento di rottura della diade, perché ribadisce il possesso della madre anche attirando su di sé l'investimento affettivo del bambino.

Siamo, così alla fase edipica.

Non mi dilungherò molto, ma il conflitto edipico si supera normalmente nel periodo attorno ai sei anni, quando il bambino rinuncia alla componente sessuale di possesso del genitore del suo stesso sesso e, per di più, si identifica con lui accettandone il modello idealizzato. Questa breve ricapitolazione sullo sviluppo psichico serve per reinnestare le radici di una serie di altri aspetti presenti nella psiche degli adolescenti.

Infatti, parallelamente al processo di separazione e individuazione, nel bambino avviene la progressiva interiorizzazione dell'immagine della coppia dei genitori, che può rappresentare così un serbatoio di rifornimento affettivo indipendentemente dalla presenza dei medesimi. (fobie di separazione, fobie scolari).

All'inizio dell'adolescenza l'intenso incremento della libido (energia postulata da Freud come substrato delle trasformazioni della pulsione sessuale verso l'oggetto) rafforza gli aspetti sessuali dei rapporti affettivi.

Vediamo, così, un revival della tematica edipica.

Questa riedizione della situazione edipica viene vissuta dall'adolescente come pericolosa e inaccettabile, deve essere evitata e non può essere risolta come già avvenuto nella fase di latenza, cioè dai sei ai dodici anni, rimuovendo la sessualità.

A volte qualche adolescente ci prova con meccanismi di difesa di tipo ascetico.

Fisiologicamente la soluzione di questo conflitto avviene con lo spostamento al di fuori dell'area vissuta come incestuosa della cerchia familiare, affrontando quello che è il lavoro centrale in senso psicodinamico dell'adolescenza.

Questo lavoro è l'elaborazione di un lutto, che è un doppio lutto, in quanto è perdita di entrambi gli oggetti primari (la perdita della tenerezza materna infantile, ma anche dell'oggetto edipico che può essere stato investito di contrastanti sentimenti: amore, odio...).

Sostanzialmente l'adolescente deve conquistare la propria indipendenza, liberarsi dall'ascendente che hanno i genitori su di lui.

Dal punto di vista psico-psicologico, la risoluzione di questo grande conflitto avviene attraverso lo spostamento e l'appagamento relazionale al di fuori della cerchia familiare.

Si sposta, così, sul gruppo degli amici per ridimensionare le figure genitoriali e la loro potenza, che vengono massicciamente attaccate con critiche, rilevamento di difetti, a volte attraverso un'escalation di aggressività, tutti fenomeni esasperati quanto più democratici, affettuosi e disponibili sono i genitori.

Le difese, poste in essere dall'adolescente di fronte all'angoscia che tutto quanto detto sopra comporta, sono di diverso tipo e qualità.

Secondo Anna Freud, uno dei meccanismi più usati è l'intellettualizzazione, che è, appunto, un meccanismo difensivo dell'Io volto ad un miglior controllo delle pulsioni a livello del pensiero. Basta ricordare gli adolescenti che passano ore in discussione di tipo filosofico o politico, con tagli radicali e di difficile conciliazione con il mondo degli adulti.

Sempre Anna Freud, pone accanto all'intellettualizzazione l'ascetismo, che è un altro meccanismo volto al controllo delle pulsioni del corpo.

Si declina attraverso estenuanti restrizioni di tipo ginnastico o di rifiuto di aspetti confortevoli che la vita può offrire.

Ciò protegge parzialmente dalla problematica della masturbazione che, se ora è anche generalmente più decolpevolizzata rispetto al passato, consente di familiarizzare con le proprie sensazioni e appagarle parzialmente.

Sottende, però, un vissuto in parte di paure della sessualità ed in parte depressivo, perché colloca l'adolescente nel ruolo di colui che masturbandosi non è in grado di avere un partner.

Spesso c'è un grande divario tra ciò che gli adolescenti dicono e ciò che sessualmente fanno. Ciò di per sé indica la paura nel passare dalle parole ai fatti.

Si possono, però, anche vedere atteggiamenti di tipo controfobico, per cui pur avendo paura di affrontare una situazione, si nega il timore connesso, dando luogo a comportamenti promiscui ed arrischiati.

Il gruppo rappresenta un focolaio di accoglimento delle incertezze dell'adolescente. Si può radicare in aspetti sportivi, religiosi o di divertimento. Rappresenta una specie di nicchia ecologica, sostitutiva dei genitori, con gli elementi di una subcultura (valori, codici di

comportamento, ideali) che consente una possibilità di identificazione diversa dai modelli parentali.

E' una specie di area di parcheggio, in crescita affettivamente, che attenua la solitudine e il senso di impotenza. Tali gruppi tendono a sciogliersi in genere quando i membri, ormai sentendosi affrancati dalle incertezze precedenti, prediligono il rapporto a due e si innamorano.

Sempre per ritornare, però, ai meccanismi di difesa mi sembra opportuno ricordare il massiccio uso della scissione, che è un meccanismo arcaico, ma che è ispiratore, dal punto di vista clinico, di comportamenti bruschi e destabilizzanti degli adolescenti. Delle contraddizioni di pensiero e di agito gli adolescenti sono inconsapevoli.

Altra difesa usata è l'identificazione proiettiva, che sostiene le massicce adesioni a sistemi ideali senza sfumature. La proiezione viene, a volte, usata temendo un mondo pericoloso e ostile da cui bisogna difendersi. Rimane in fieri il passaggio all'atto esemplificato nei casi precedenti.

Questo meccanismo di difesa raggiunge il livello massimo nel quadro psicopatico. Ciò non di meno si verifica anche nelle adolescenze meno psicopatologiche e ha la funzione di proteggere il soggetto dalla interiorizzazione dei conflitti maturativi e, pertanto, dalla sofferenza psichica che ne consegue. Ostacola, però, la progressiva maturazione del soggetto, al punto tale che la coazione a ripetere rimane spesso uno stile di vita.

CONCLUSIONI

La breve carrellata sopra fatta è una schematizzazione assoluta di una realtà molto composta in cui spesso coesistono aspetti di quadri differenti e in cui le differenze tra normalità e patologia sono più spesso quantitative che qualitative.

Bisogna, pertanto, essere molto prudenti prima di diagnosticare quadri patologici in un adolescente. Va, comunque, preferita una descrizione dei principali aspetti dell'apparato psichico rispetto al porre un'etichetta diagnostica.

La crisi adolescenziale è, in genere, più clamorosa che grave e la popolazione adolescente è fondamentalmente sana e avviata a uno stato di maturità.

Ma che cosa è maturità?

Si rischia di dare una definizione della normalità.

Diciamo, o meglio dico, che una persona matura è colui che è riuscito a sistemare i propri rapporti con le sue figure genitoriali, specie internamente. E' colui in cui il bisogno di essere amato è stato sostituito dalla capacità di amare l'altro e di preoccuparsi per lui.

E' in grado di accettare i propri e altrui limiti, sa accettare le frustrazioni specie quelle relative alla possibilità di perdita della persona amata, ha acquisito una chiara identità sessuale, ha integrato nella propria personalità quegli aspetti delle persone significative della propria vita.

Sa controllare le proprie pulsioni non con meccanismi rigidi, ma con difese che lasciano spazio per coniugare creativamente lavoro, gioco e investimento affettivo.

Sarei veramente parziale se non ricordassi come l'obiettività nei confronti degli adolescenti a volte cali, perché li guardiamo attraverso gli occhiali annebbiati del nostro passato e dei nostri conflitti adolescenziali più o meno sopiti.

Bibliografia

- ❖ Novelletto Arnaldo. L' adolescente. Una prospettiva psicoanalitica. Astrolabio ed 2009
- ❖ Marcelli Daniel. Psicopatologia dell'adolescente. Masson ed 1999

Mara
Bertini

Ansia e Depressione nella pratica del MMG: il ruolo della consulenza psichiatrica

Lo studio ESEMeD, ramificato progetto europeo per attestare la prevalenza e la distribuzione delle patologie psichiatriche nella popolazione generale, risalente al 2004, ha indicato tassi del 18.3% lifetime del 7.3 nell'ultimo anno nel campione italiano di riferimento.

Nella popolazione afferente al Medico di Famiglia, dati più recenti (Health Search, 2014) attestano i tassi di disturbi d'ansia intorno al 10.4% e disturbi dell'umore al 5.5%, con prevalenza nel sesso femminile e un aumento significativo negli ultimi 2 anni.

Ancora, Favarelli e coll. (2004) sottolineano come un elevato numero di pazienti in comorbidità si rivolga al Medico di Famiglia, con una percentuale di riconoscimento e successivo invio piuttosto esigua; ciò ricalca il "Modello a Cancelli" proposto da Goldberg e Huxley che, per quanto datato, è ancora in grado di fotografare una situazione di difficile integrazione tra gli operanti della medicina di famiglia e quella specialistica.

Per quanto i più accreditati rilievi epidemiologici risultino datati, offrono alcuni significativi spunti di riflessione: alle difficoltà sovraesposte infatti si aggiunge il riscontro clinico di un aumento del disagio psichico nella popolazione generale, che il periodo contingente, nelle sue mutate condizioni socioeconomiche, ha probabilmente comportato.

In particolare, l'entità piuttosto caleidoscopica dei Disturbi dell'Adattamento ha progressivamente trovato sempre maggiore riscontro diagnostico nella popolazione generale, tale da attestarsi negli ultimi periodi tra il 12 e il 20% dei soggetti adulti (Carati, Dell'Erba, 2014).

Ne discende come spesso il Medico di Famiglia si trovi a dover eseguire interventi su pazienti ora di complessità solo relativa, ora di difficile gestione anche in contesti specialistici: la coorte di segni e sintomi di natura organica che accompagna e caratterizza gli assetti ansiosi e depressivi o le reazioni acute o croniche da stress risulta essere spesso la principale motivazione di consultazione presso il Medico di Famiglia da parte del paziente con un disturbo psichico.

Una corretta condivisione delle informazioni sui segni e sintomi psichiatrici (con particolare attenzione alle patologie di più frequente riscontro nell'ambulatorio del Medico di Famiglia), la conoscenza della natura degli eventi critici (stressors) che più facilmente inducono la slatentizzazione di una patologia psichiatrica, la competenza psicofarmacologica di base

possono permettere al Medico di Famiglia un corretto screening tra patologie cosiddette “minori” e “maggiori”, favorendo una lineare gestione del caso e l’eventuale invio del paziente allo specialista, nelle modalità e nel momento adeguato.

Vi è dunque necessità di favorire una cooperazione attiva tra Medicina di Famiglia e specialisti, in un’ottica integrativa delle rispettive competenze: i dati di letteratura sembrano evidenziare come il sostanziale problema – quindi lo snodo su cui impiegare risorse- risulti il riconoscimento e quindi l’invio del paziente allo specialista da parte del Medico di Famiglia, cui si aggiunge la relativamente recente difficoltà di presa in carico delle patologie psichiatriche minori da parte dei servizi psichiatrici di competenza territoriale, spesso saturi. Vi è dunque l’obbligo di sostenere l’indispensabile compito di informare e supportare la medicina sul territorio, nella prospettiva di una riduzione dei costi sul paziente e del carico emotivo e di lavoro sul Medico di Famiglia.

Bibliografia

- ❖ Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, de Girolamo G, Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, Haro JM, Katz SJ, Kessler RC, Kovess V, Lépine JP, Ormel J, Polidori G, Russo LJ, Vilagut G, Almansa J, Arbabzadeh-Bouchez S, Autonell J, Bernal M, Buist-Bouwman MA, Codony M, Domingo-Salvany A, Ferrer M, Joo SS, Martínez-Alonso M, Matschinger H, Mazzi F, Morgan Z, Morosini P, Palacín C, Romera B, Taub N, Vollebergh WA; ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project., *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*, Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004; (420):21-7.
- ❖ Faravelli C., Abrardi L., Bartolozzi D., Cecchi C., Cosci F, D'Adamo D., Lo Iacono B., Ravaldi C., Scarpato M.A., Truglia E. & Rosi S. (2004 a). *The Sesto Fiorentino Study: background, methods and preliminary results. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in an Italian community sample using clinical interviewers*. Psychotherapy and Psychosomatic, 73, 216-25
- ❖ Ventriglia, G., Mazzoleni, F., Magni, A., Ansia e depressione in Medicina Generale, Rivista Società Italiana di Medicina Generale, 2016(4): 33-38
- ❖ De Girolamo G., Polidori, G., Morosini P., Mazzi F., Serra, G., Visonà, G., Falsirollo, F., Rossi, A., Scarpino, V., Reda V., *La prevalenza dei disturbi mentali in Italia – Il progetto ESEMED-WMH. Una sintesi*, Epicentro, 2004
- ❖ Carati, M.A., Dell'Erba, G.L., *I Disturbi dell'Adattamento: un modello di concettualizzazione*, Cognitivismo Clinico, 2014(II), 2: 207-226
- ❖ Goldberg D, Huxley P (1992). *Common Mental Disorders: A Biosocial Model*. Tavistock/Routledge, London
- ❖ Goldberg DP, Huxley P. *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Press; 1980

Appunti

Appunti
