

# Percorsi di Continuità assistenziale nella gestione del paziente cronico

|

## Perché parlare di «psiche»?

*Dott.ssa Rosangela Caruso*  
*Clinica Psichiatrica Universitaria*  
*Ferrara*

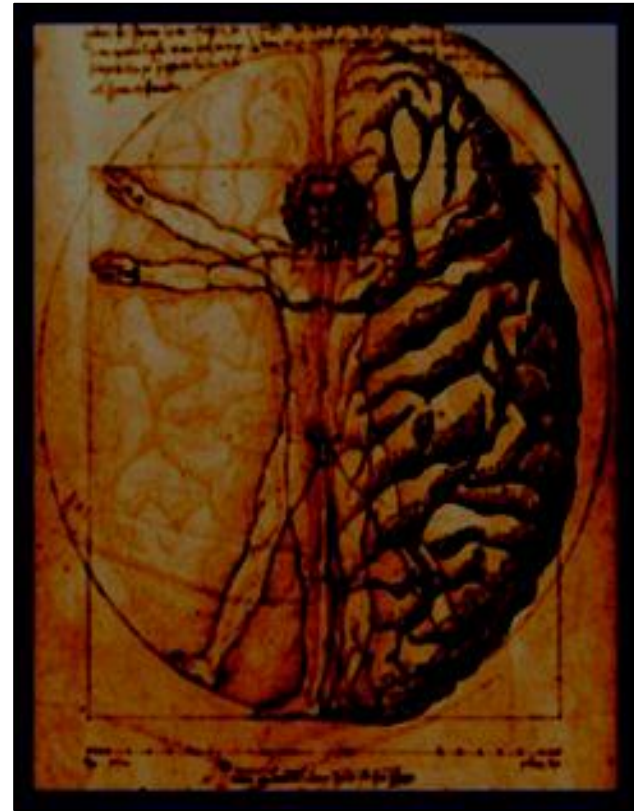


# Mente e corpo

Approccio *dualistico*



Approccio *olistico*



# IPPOCRATE di KOS

(IV secolo a.C.)



La malattia non è semplice affezione di un singolo apparato, ma di tutto un sistema, profondamente influenzato dai suoi rapporti con l'ambiente.

Dal trattato *Delle Epidemie*: ***“Il medico deve studiare i costumi, il regime, il modo di vita, l'età di ognuno; i discorsi, i silenzi, i pensieri, il sonno, l'insonnia, i sogni – come e quando – i gesti involontari – strapparsi i capelli, grattarsi, piangere... Perché, il più grande errore che si commette oggi è separare la psiche dal soma...”***

# Modello bio-psico-sociale (G.L. Engel, 1977)



# Un esempio di interazione mente/corpo: gli ormoni dello stress

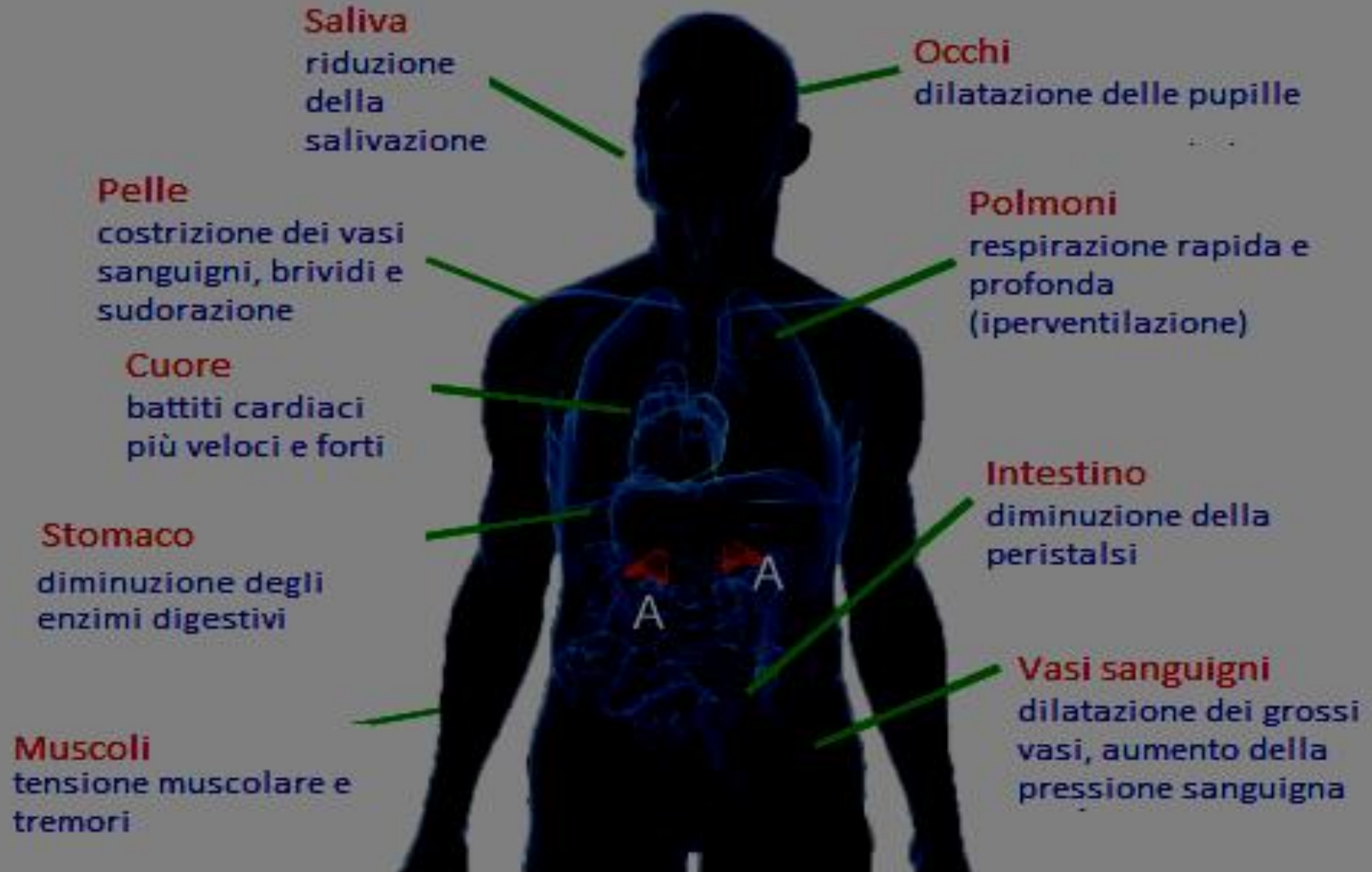
- Stimolo → attivazione di specifiche aree del SNC (amigdala, ipotalamo)
- Il surrene secerne Adrenalina, Noradrenalina e Cortisolo (*ormoni dello stress*)

Risposta «*combatti*

o *fuggi*»



## Risposta "combatti o fuggi"



# Fattori che stimolano la secrezione degli ormoni dello stress:

**Ansia**

**Freddo**

**Dolore**

**Traumi**

**Sforzi fisici**

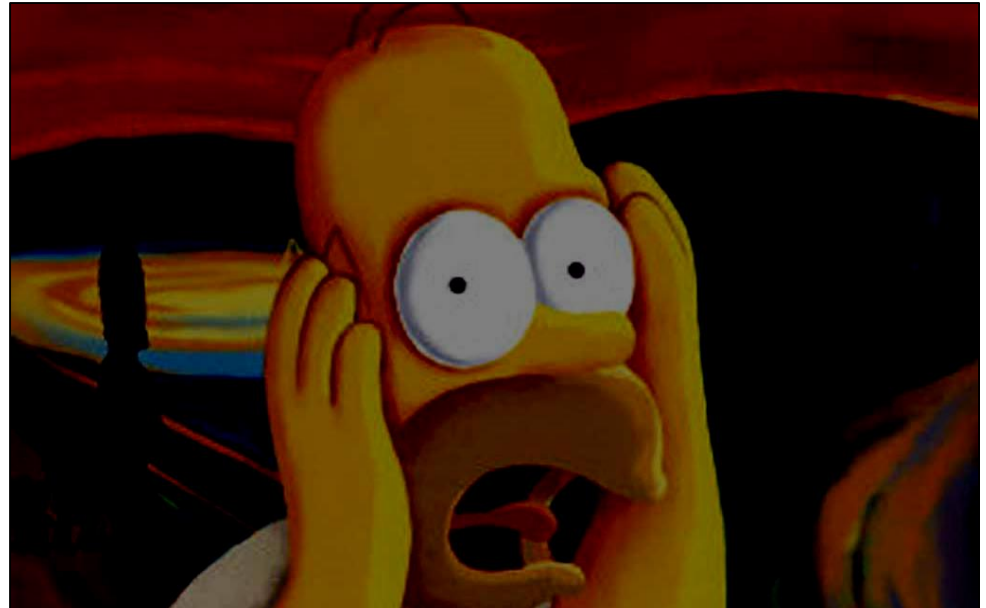
**Ipercapnia**

**Ipotensione**


**Paura**

**Piacere intenso**

**Fame**







Condizioni psichiche  
frequenti nel paziente  
cronico:  
Ansia – Depressione  
Somatizzazione



# L'ansia

Processo psichico attraverso il quale l'individuo **reagisce a stimoli esterni di pericolo** attivando risposte che coinvolgono sia il corpo che la mente:

⑥ **il corpo** attiva una serie di reazioni fisiologiche atte alla difesa della propria

⑥ **la mente** elabora strategie per sottrarsi al pericolo con il minor danno possibile

# Ansia normale vs patologica

**Il confine è spesso labile.**

Ansia patologica:

- perdita del controllo delle emozioni
- sentimenti di impotenza
- incapacità di affrontare situazioni nuove e impreviste
- sofferenza e disagio

# **Ansia di stato e Ansia di tratto**

**Ansia di stato:** attivazione di uno stato d'allarme al momento dello stimolo, indipendentemente da una base personologica ansiosa.

**Ansia di tratto:** caratteristica permanente di personalità. Ogni volta che si presentano stimoli significativi il soggetto utilizza un modello stimolo-risposta improntato ad ansia.

# Tipi comuni d'ansia

- Ansia Generalizzata
- Disturbo da attacchi di panico
- Fobia sociale
- Fobie specifiche

Perfino le mie ansie  
hanno l'ansia.



# Depressione



Una delle più comuni patologie psichiatriche nell'ambito della Medicina Generale

Problema frequente ed importante nei pazienti con patologie somatiche, in particolare:

- Cancro
- Diabete
- Cardiopatie
- Nefropatie
- Malattie Neurologiche (es. sclerosi multipla, patologie cerebrovascolari)

# Depressione in pazienti con patologie mediche

- Depressione ad eziologia medica
- Depressione precipitata da patologie mediche

Malattie della tiroide ed altre malattie endocrine

Farmaci (antipertensivi, ormoni, anticoncezionali)

- Depressione concomitante a patologie mediche
- Depressione iatrogena

# La depressione clinica come problema medico e sociale

Decorso Cronico = 20%

Elevato tasso di recidive:

- Il 50-60% dei pazienti ha un 2° episodio, il 70% con due episodi ne ha un 3°, il 90% con tre episodi ne ha un 4°

- Probabilità di non-recidiva = 76% a 6 mesi, 63% ad un anno, 25% a 5 anni

*Adattato da WHO, 2004*





## Patologie cardiache

La depressione è di comune riscontro nell'*insufficienza cardiaca*, con una prevalenza media del 21,5% che tende ad aumentare nei pazienti con insufficienza cardiaca più grave e con i tassi di mortalità e di eventi cardiaci secondari più alti nei pazienti con depressione.



## Patologie cardiache

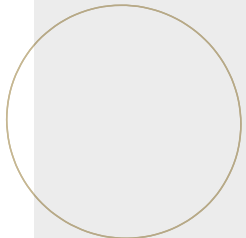
Studi randomizzati controllati hanno dimostrato miglioramenti dei sintomi depressivi e somatici con interventi in collaborazione tra diverse figure professionali.

Altri studi hanno riportato che la mortalità cardiaca e per tutte le cause è aumentata nei pazienti che non rispondono alle terapie farmacologiche con antidepressivi o che sono trattati in modo insufficiente.



# Patologie cerebrovasco lari

La depressione è frequente nei pazienti con ictus, con una prevalenza di quasi il 20% in pazienti ricoverati e del 23% in pazienti ambulatoriali. Una storia di ictus e di depressione è stata associata ad una maggiore mortalità a 5 anni.



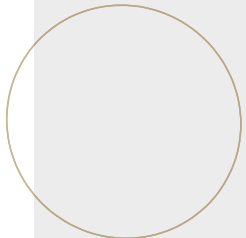
## Il paziente anziano cronico

La depressione negli anziani, in particolare con problemi fisici cronici, è un problema comune ma complesso e talvolta di non facile individuazione, soprattutto in caso di sovrapposizione di sintomatologia somatica e psichica.



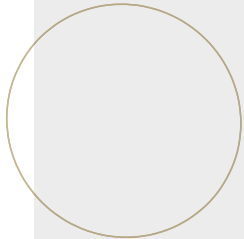
## Il paziente anziano cronico

Le analisi dei dati sugli interventi sinergici di infermieri e MMG hanno dimostrato che questo tipo di strategia è associata a un significativo miglioramento del controllo delle malattie somatiche e della riduzione dei sintomi depressivi, così come il ricorso alla terapia cognitivo-comportamentale. Con interventi multidisciplinari si può arrivare a una riduzione della prevalenza della depressione del 7%.



# Il paziente oncologico

- La depressione è comunemente associata al cancro con un tasso di prevalenza del 16%.
- Alcuni aspetti clinici della patologia neoplastica possono aumentare il rischio di depressione, come nei pazienti più anziani con metastasi e con decadimento cognitivo.
- Carcinoma del Pancreas –  
Microcitoma polmonare



# Insufficienza renale cronica

Una recente meta-analisi ha stimato nel 20% la prevalenza di depressione nei pazienti con malattia renale cronica e del 23% in quelli in dialisi. E' stato inoltre dimostrato che la depressione nella IRC è associata a un peggioramento della situazione clinica, con ricoveri in ospedale più frequenti e più lunghi, riduzione della compliance al trattamento e tassi di mortalità più elevati.



# BPCO

I dati esaminati indicano una prevalenza del 41% di sintomi depressivi nei soggetti con BPCO, con aumentato rischio di ospedalizzazione per i depressi più gravi e aumento del tasso di mortalità.





## Morbo di Parkinson

La depressione è comunemente associata alla malattia di Parkinson con una prevalenza del 8-17% a seconda della popolazione studiata, ma che aumenta nei pazienti con malattia in stato avanzato e in quelli con demenza associata. La differenziazione tra depressione e morbo di Parkinson può essere difficile.

Nonostante queste situazioni, i tassi di riconoscimento e di trattamento della depressione nei pazienti con malattia cronica rimangono bassi.



# Il concetto di depressione

La depressione è un sentimento (umore depresso, sentirsi giù) o un sintomo, non una diagnosi

Stati depressivi fisiologici (normali) possono accompagnare lo stress dovuto ad eventi di vita (per es. lutto)

La depressione clinica (patologica) è una diagnosi indicativa di un disturbo in senso più specifico

# Dalla tristezza ai disturbi dell'umore

## Il "continuum" della depressione

Normale  
Adattamento

Disturbo Mentale  
Sottosoglia

Disturbo Diagnosticabile

Normale  
tristezza



**Sintomi  
Sottosindromici  
Sottosoglia**



**Disturbi  
Depressivi**



- 1. Disturbi dell'Adattamento
- 2. Sindromi Ansioso-Depressive
- 3. Depressione Maggiore

*Modificata da Holland, 1998*

# Tristezza “normale”



Fluttuante

Connessa agli eventi quotidiani

Sintomi lievi

No sentimenti di autosvalutazione o colpa

No pervasiva visione negativa di se stessi, del passato, del presente e del futuro

Se presente, ideazione suicidaria transitoria e responsiva ad interventi di aiuto

# I sintomi della depressione clinica

**Umore:** Umire depresso;

Perdita di interesse o piacere (anedonia)

Disperazione/impotenza

Autosvalutazione

Senso di colpa eccessivo o inappropriato

Bassa autostima

**Volontà:** Abulia con ritardo motorio (o agitazione)

Apatia - Scarsa motivazione





# I sintomi della depressione clinica

## Sintomi cognitivi

diminuita capacità di pensare o concentrarsi

deficit della memoria

pensieri di morte ricorrenti (ideazione

suicidaria)

## Sintomi vegetativi e somatici

anoressia e perdita di peso (talora incremento dell'appetito ed aumento di peso)

disturbi sessuali (perdita della libido)

senso di affaticamento o perdita di energia

disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia)

altri sintomi (es. dolore, disturbi gastrointestinali, cefalea, tensione muscolare)



# Diagnosi di Depressione Maggiore

World Health Organization, ICD-10 1992





## **Secondo alcuni rapporti della WHO, World Bank e Commissione Europea:**

- La Depressione, nel 2020, sarà la seconda causa di invalidità a livello mondiale
- Ha costi indiretti elevatissimi per la collettività
- Induce un'alta percentuale di disoccupazione
- E' causa di esclusione ed emarginazione per persone che hanno possono dare un valido contributo alla collettività.

# Suicidio e Depressione Maggiore

## La regola del 7

- 1 paziente / 7 con DM si suicida
- 70% dei suicidi è di origine depressiva
- 70% dei pazienti che si suicidano si sono rivolti a un medico nei 6 mesi precedenti
- Il suicidio è al 7° posto come causa di morte

# Spesso i due disturbi coesistono

Disturbo d'ansia

Disturbo depressivo



# Possibili ostacoli al riconoscimento della depressione e dell'ansia da parte del personale sanitario

Difficoltà nel distinguere reazioni normali (tristezza) dalla depressione clinica

Timore di stigmatizzare il paziente con una diagnosi di “malattia mentale”

Paura di non avere le capacità tecniche per gestire le emozioni e per inviare i pazienti a professionisti della salute mentale

Conoscenze limitate o difficoltà di istituire un servizio

*Adattato da Greenberg, JNCI, 2004*

# Possibili ostacoli al riconoscimento della depressione e dell'ansia da parte del paziente

Minore possibilità che i pazienti francamente depressi chiedano aiuto

Adattamento alla cultura medica

Timore di divenire stigmatizzati come “pazzi”

Paura e vergogna di non avere la volontà e la capacità di gestire la malattia

Mancanza di fiducia nei trattamenti psicologici e psichiatrici

*Adattato da Greenberg, JNCI, 2004*

# La terapia dell'ansia e della depressione

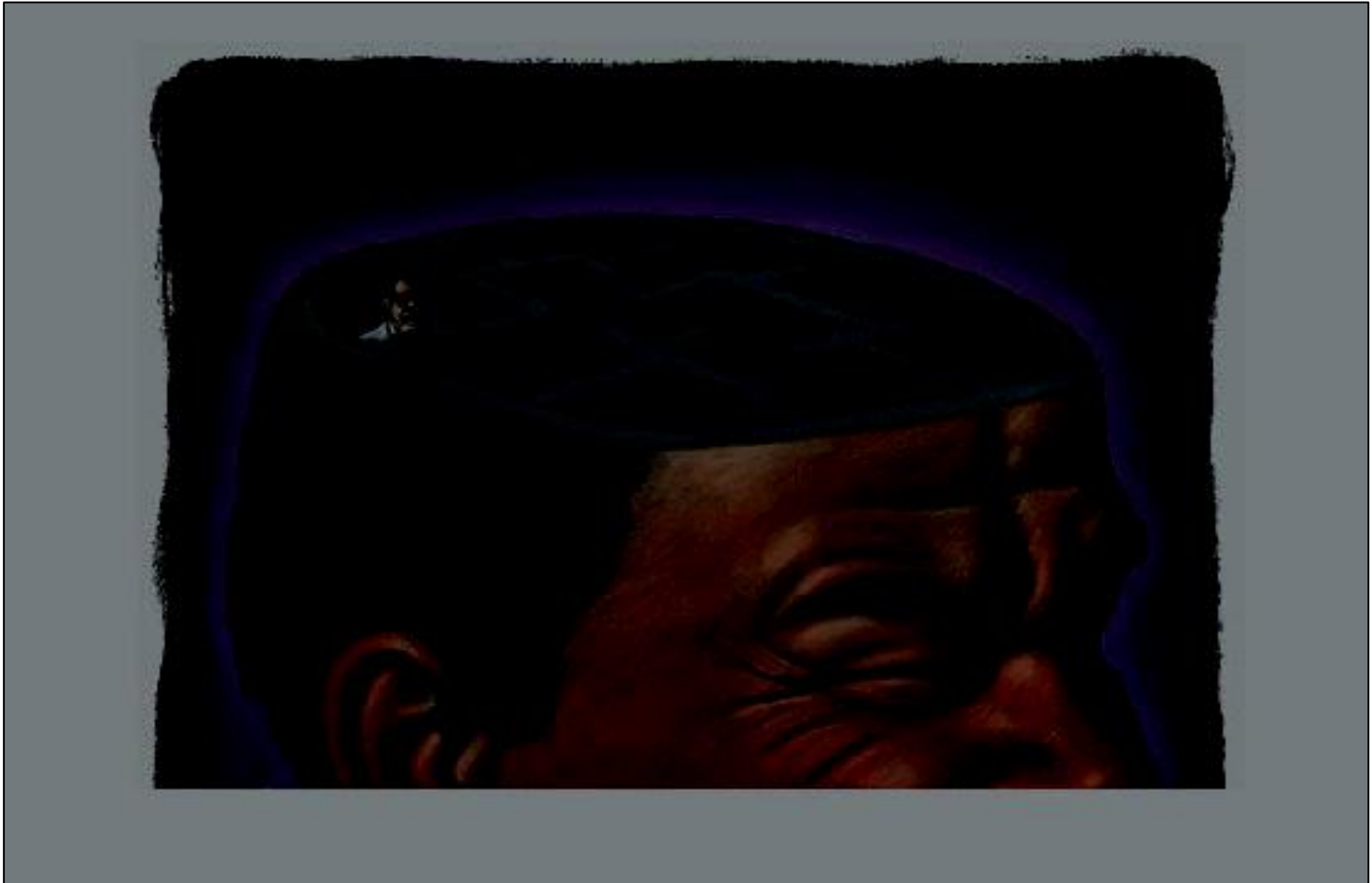
- Psicologica
- Ambientale
- Farmacologica



# Sfatiamo un luogo comune...

I FARMACI CONTRO LA DEPRESSIONE E L'ANSIA NON CAMBIANO LA PERSONALITA', NON "INTONTISCONO" NE' FANNO PERDERE IL CONTROLLO: ESSI CURANO E COME QUALUNQUE ALTRO FARMACO VANNO USATI CORRETTAMENTE E SOTTO IL CONTROLLO MEDICO... MA CON FIDUCIA

# I DISTURBI SOMATOFORMI



# Definizione

Presenza di sintomi fisici che fanno pensare ad una condizione medica generale (“somatoforme”) e che invece non sono giustificati da una condizione medica (malattia, disturbo) o effetti di una sostanza o dalla presenza di altro disturbo psichico (es. Disturbo di panico)



# La diagnosi è di esclusione

Prima di porre diagnosi di DS è necessario che:

- Sia esclusa la presenza di una patologia medica sottostante.
- Anche se esiste una patologia medica sottostante l'entità dei sintomi non risulti ad essa proporzionata.
- Non esistano dimostrabili meccanismi fisiopatologici capaci di spiegare la sintomatologia stessa

# Il processo di somatizzazione

- Il corpo è il luogo di frontiera tra l'io e l' Ambiente dove si trova a svolgere un ruolo di comunicazione.
- La comunicazione si avvale di due linguaggi:
  - Il linguaggio corporeo
  - Il linguaggio verbale

Quando il corpo occupa tutto lo spazio della comunicazione e diventa il veicolo unico per trasferire messaggi di ordine psichico si parla di

**PROCESSO DI SOMATIZZAZIONE**

# Il ruolo del medico di medicina generale

I pz con DS vengono in prima istanza osservati nell'ambito della medicina di base. L'iter clinico si compone di:

- Esami di laboratorio
- Esami strumentali
- Numerose visite specialistiche

Dopo aver escluso una causa organica, viene offerta al pz una ipotesi psicologica dei disturbi, connotata troppo spesso dalla frase **“LEI NON HA NIENTE!”**

# Malato immaginario o paziente incompreso?

Questo tipo di disturbi non è “intenzionale” o sotto il controllo della volontà (fittizi, simulazione) ed il paziente realmente esperisce il dolore che descrive.

Di conseguenza il pz, non sentendosi compreso dall'operatore sanitario, tende a cambiare specialista, a sottoporsi ad esami costosi ed invasivi esponendosi a reali e concreti rischi iatrogeni purchè il suo dolore venga ascoltato.

# Disturbi somatoformi in Medicina Generale

## Tipologia della presentazione somatica in MG:

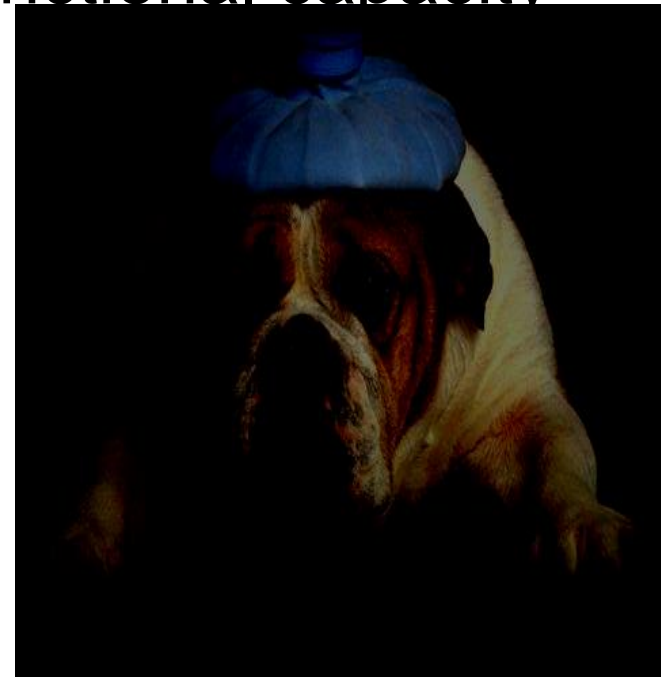
- Pazienti con disturbo da somatizzazione e disturbo algico (15%)
- Pazienti con ipocondria (5-10%)
- Pazienti con altri disturbi psichici (es. ansia e depressione) a presentazione somatica e polarità sul corpo (10-20%)





# Caratteristiche : le 7 D

- Disability
- Disuse and degeneration of functional capacity
- Drug misuse
- Doctor shopping
- Dependency
- Demoralization-Depression
- Dramatic accounts of illness



# IL TRATTAMENTO

- **Creare un'alleanza terapeutica stabile (riconoscere il sintomo come reale) Instaurare una relazione sincera di cura e comprensione**
- **Non squalificazione dei disagi esistenziali provocati dai sintomi. L'operatore sottolinea che la sofferenza e il disagio causati dai sintomi sono veri**
- **Istruire il paziente sulle manifestazioni del suo disturbo**
- **Fornire rassicurazioni**
- **Colloqui con la famiglia**
- **Trattamento farmacologico ansiolitico e antidepressivo, ove appropriato**



# Il Messaggio

*La Salute Mentale NON è una disciplina separata dalle Medicina, ma una parte integrata di essa*

*Così come il corpo non può fare a meno della mente, non esiste cultura né continuità della Salute senza una corretta presa in considerazione della dimensione psicologica della persona*

