



Il paziente depresso e il medico di famiglia

Ricerca effettuata dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione e presentata al Convegno del 20 Ottobre 2007 presso il Centro Congressi di Torino con il patrocinio del Ministero della Salute.

Presentazione

La ricerca è consistita nella somministrazione di un questionario, appositamente predisposto dall'Associazione per la Ricerca sulla Depressione, ai medici di famiglia di Torino e nell'elaborazione delle risposte fornite.

I medici di famiglia sono le prime figure professionali cui di solito si rivolge chi soffre di un disturbo depressivo e dispongono quindi di un osservatorio privilegiato sui pazienti depressi. E' per tale motivo che l'Associazione per la Ricerca sulla Depressione ha svolto con loro un lavoro di ricerca finalizzato ad individuare gli atteggiamenti più frequenti dei pazienti nei confronti dei disturbi di cui soffrono, degli psicofarmaci e della loro assunzione.

I medici di famiglia sono organizzati in équipes di 15-20 unità ed hanno incontri periodici, a cadenza mensile, allo scopo di trattare argomenti scientifici di approfondimento professionale. Abbiamo contattato i responsabili delle équipes di Torino e abbiamo organizzato degli incontri durante i quali prima i medici di famiglia hanno risposto alle domande del questionario e poi noi abbiamo illustrato le modalità mediante le quali ottenere la massima collaborazione possibile, da parte dei loro pazienti depressi, nella assunzione della terapia farmacologica.

Il questionario è costituito da 20 domande riferite a ciò che i medici osservano nella loro pratica giornaliera. Le risposte possibili sono multiple ed è stato richiesto di fornire una sola risposta per domanda. E' stato inoltre richiesto, per ogni singolo quesito, di fornire la percentuale di frequenza presente nei loro pazienti in base alla seguente scala di risposte: molto bassa (minore del 20%) – bassa (tra il 20% e il 30%) – media (tra il 40% e il 60%) – alta (tra il 70% e l'80%) – molto alta (maggiore dell'80%).

Precisiamo che ai medici è stato chiesto di rispondere alle domande del questionario sulla base della loro esperienza professionale quotidiana riferita agli ultimi 12 mesi di attività.

La ricerca è iniziata nel giugno 2006 e si è protratta fino al giugno 2007. In questo periodo abbiamo avuto 32 incontri con altrettante équipes di medici di famiglia e abbiamo raccolto 532 questionari. Tenendo conto che mediamente ogni medico di famiglia ha in carico circa 1000

pazienti, possiamo dire che la ricerca consente di raccogliere informazioni su una popolazione di più di 500.000 persone.

Contenuti della ricerca

La domanda introduttiva è stata: “Come giudica il livello generale d’informazioni su depressione e ansia in possesso dei suoi pazienti (informazioni sul tipo di disturbo, sulle cause, sulle possibilità terapeutiche, ecc.)?”.

Per 349 medici il livello è “scarso”, per 161 è “sufficiente”. Solo 22 hanno risposto “buono” o “ottimo”. ***Quindi la maggioranza dei medici di famiglia interpellati ritiene non adeguato il livello d’informazione su questi argomenti.*** Dal momento che la ricerca si riferisce all’osservazione di più di 500.000 persone, il dato è da ritenersi molto significativo e tale da richiedere uno sforzo supplementare al medico che non può limitarsi alla prescrizione farmacologica, ma deve fornire anche le informazioni che consentano un approccio adeguato alla cura.

La seconda e la terza domanda sono volte ad individuare in quale percentuale gli ansiolitici e gli antidepressivi sono prescritti per la prima volta dal medico di famiglia, a seguito di una sua presa in carico diretta del paziente e in quale percentuale sono invece prescritti per la prima volta dallo specialista, neurologo o psichiatra, per cui la prescrizione del medico di famiglia è conseguente a quella specialistica.

Dei 532 medici intervistati, 317 hanno risposto che la prescrizione primaria da parte loro avviene nel 50% circa dei casi, 114 hanno risposto che tale percentuale è anche maggiore (70-80% dei casi) mentre 101 hanno risposto che la percentuale è bassa (del 20-30%).

Ciò quindi evidenzia il fatto che è molto frequente che il medico di famiglia si faccia carico in prima battuta della terapia del suo paziente depresso e ansioso. Nella discussione successiva alla compilazione dei questionari i medici di famiglia hanno sottolineato che il più delle volte non si tratta di una loro scelta, ma la presa in carico è dettata da uno stato di necessità, quando, ad esempio, il paziente rifiuta o addirittura ritiene offensivo l’invio allo psichiatra.

La domanda successiva si riferisce a quali rassicurazioni il paziente richiede più frequentemente a seguito della prescrizione di un farmaco antidepressivo.

Per 407 medici le richieste di rassicurazioni riguardano il ***non restare dipendenti dal farmaco***, cioè poterne fare a meno alla fine della terapia.

Secondo 71 medici i pazienti chiedono rassicurazioni sull’efficacia antidepressiva del prodotto da assumere.

Secondo 54 medici i pazienti chiedono di essere rassicurati sul fatto che l’antidepressivo non determini un’alterazione dello stato di coscienza e perdita di lucidità mentale.

Risulta evidente la presenza di un atteggiamento di diffidenza nei confronti degli antidepressivi, spesso assimilati alle sostanze stupefacenti e perciò temuti per la dipendenza fisica e per l'effetto negativo sulla coscienza. Spetta al medico fornire rassicurazioni su tali paure, sottolineando il fatto che, in realtà, è lo stato depressivo a causare l'alterazione dello stato di coscienza, per cui l'antidepressivo ne determinerà un miglioramento. Inoltre deve anche spiegare che l'antidepressivo non determina una dipendenza fisica, che va assunto per un periodo di tempo limitato (qualche mese) e che sarà possibile sospenderlo senza problemi, avendo solo cura di farlo applicando un protocollo di sospensione lento e graduale. E' quindi importante che la prescrizione di antidepressivi da parte del medico sia accompagnata da una serie di informazioni, per la presenza di pregiudizi che, se non contrastati da informazioni corrette, corrono il rischio di determinare l'insuccesso della cura.

Nella domanda successiva ***viene chiesto se i pazienti hanno bisogno di maggiori rassicurazioni sugli antidepressivi o sugli ansiolitici.***

Nella stragrande maggioranza dei casi (456 su 532) i medici di famiglia hanno risposto che le rassicurazioni riguardano molto di più gli antidepressivi. Ciò è dovuto al fatto che gli ansiolitici vengono ormai vissuti come farmaci di assunzione routinaria, di cui viene molto apprezzato l'effetto benefico pochi minuti dopo l'assunzione e di cui non si teme la dipendenza fisica. Anche in questo caso spetta al medico il compito di informare il paziente dell'opportunità di un utilizzo moderato del prodotto e solo per un periodo di tempo limitato, evitandone l'assunzione finalizzata ad "anticipare" l'ansia, nel timore che possa presentarsi. A tale proposito è molto frequente il caso di pazienti che, nel timore di non riuscire ad addormentarsi, assumono ansiolitici la sera, con il risultato di non verificare se i loro timori sono reali e di creare uno stato di dipendenza dal farmaco.

Nella domanda successiva viene chiesto di fare una ***valutazione sulla percentuale di richieste da parte dei pazienti di prescrizioni di ansiolitici e/o antidepressivi derivanti non da un'indicazione medica, ma da "consigli" di amici, parenti o conoscenti.***

Nella grande maggioranza dei casi (89%) la risposta è stata "molto bassa o bassa" e solo nell'11% dei casi la risposta è stata "di livello medio". I medici di famiglia hanno comunque sottolineato che anche per farmaci di altre specializzazioni una piccola percentuale di pazienti chiede prescrizioni fondate sul "sentito dire". Per gli antidepressivi e gli ansiolitici il problema è un po' più diffuso per via della componente soggettiva presente nella risposta al farmaco. Sappiamo che, a volte, la presenza di aspettative molto positive può determinare miglioramenti o "guarigioni" su base autosuggestiva così come, sul versante opposto, la presenza di aspettative negative può determinare, sempre su base autosuggestiva, l'insorgenza di fenomeni collaterali eclatanti e non corrispondenti alla dose o al tipo di prodotto assunto.

Rispondendo alla domanda in cui viene richiesta la percentuale di pazienti che optano per prodotti diversi da ansiolitici e antidepressivi per la cura della depressione e dell'ansia (ad esempio prodotti omeopatici ed erboristici) la stragrande maggioranza dei medici intervistati (463) ha risposto che tale percentuale è molto bassa o bassa.

Alla domanda in cui si chiede quali risultati terapeutici vengono riferiti dai pazienti che assumono antidepressivi, anche in questo caso per la stragrande maggioranza (516) la risposta è stata che i pazienti riferiscono risultati buoni, cioè una buona remissione dei sintomi e un ripristino delle condizioni di benessere precedenti l'inizio della terapia.

Le due ultime risposte sottolineano che i pazienti, quando riescono a superare i pregiudizi riguardanti la terapia del disturbo depressivo e si affidano alle cure mediche, ottengono buoni risultati in termini di remissione del disturbo. Ciò evidenzia ancora una volta il possesso, da parte della medicina, di strumenti terapeutici validi, a condizione di superare, mediante l'informazione, le interferenze pregiudiziali che s'interpongono tra chi soffre di tali disturbi e chi li cura.

L'informazione, per essere di aiuto ai pazienti, deve comunque essere adeguata e alla loro portata perché, in caso contrario, determina l'effetto opposto.

La domanda successiva del questionario fa proprio riferimento a questo problema: *si chiede ai medici di famiglia di valutare quale tipo di reazione determina nei loro pazienti la lettura dei foglietti illustrativi, i cosiddetti "bugiardini", contenuti nelle confezioni degli ansiolitici e degli antidepressivi: 457 medici su 532 hanno risposto che tale lettura determina l'aumento delle preoccupazioni* relative all'assunzione dei farmaci e a volte la decisione di non intraprendere il trattamento.

In realtà lo scopo dei foglietti illustrativi è esattamente l'opposto: dovrebbe cioè aumentare la conoscenza del prodotto che si assume, del suo funzionamento, della posologia e dei fenomeni collaterali. Purtroppo è proprio questo il punto debole: il foglietto illustrativo deve contenere, per disposizioni ministeriali, tutti i fenomeni collaterali che si sono presentati dal momento della sua commercializzazione per cui, di solito, si tratta di un elenco molto lungo, dove non sono contenute percentuali chiare sulla loro frequenza e vengono usati termini medici spesso troppo tecnici. Il tutto determina confusione e aumento delle preoccupazioni e spetta al medico fornire le necessarie rassicurazioni sulla tollerabilità del prodotto e su eventuali fenomeni collaterali iniziali. Risulta evidente l'importanza del rapporto di fiducia del paziente nei confronti del suo medico, rapporto da cui spesso dipende il felice esito della terapia.

Nella domanda successiva *viene chiesto ai medici di famiglia in quale percentuale di pazienti è presente un significativo vissuto di vergogna nell'utilizzo di ansiolitici e/o antidepressivi.*

Nella maggioranza dei casi (59%) la risposta è stata di una percentuale bassa. Va comunque sottolineato che si fa riferimento a pazienti che si sono rivolti al loro medico per la presenza di un disturbo, lo hanno riconosciuto come malessere di competenza medica e quindi sono in qualche modo già predisposti ad assumere farmaci. Non bisogna dimenticare che sono purtroppo ancora molte le persone depresse che non si rivolgono né allo psichiatra né al loro medico di famiglia. A tale proposito i dati statistici ufficiali riferiscono che, dei circa 6 milioni di persone in Italia che soffrono di disturbi depressivi, solo il 25%, cioè solo uno su quattro, giunge all'osservazione e alla cura dello psichiatra. Del restante 75% dei casi non sappiamo esattamente quanti si rivolgono ai loro medici di famiglia (comunque la maggior parte) e quanti invece, non attribuendo valenza medica al loro disturbo o non riuscendo a superare le barriere pregiudiziali, non si rivolgono a nessun medico e vanno verso la cronicizzazione del disturbo depressivo, rassegnandosi a vivere al di sotto delle proprie possibilità, oppure diventano vittime di maghi, cartomanti o venditori di amuleti, con conseguenze facilmente immaginabili.

Il fatto comunque di rivolgersi al medico di famiglia per ricevere una terapia non garantisce che il paziente segua le istruzioni impartite e la domanda successiva del questionario mira ad evidenziare *quali sono gli errori più frequentemente riscontrati nell'assunzione degli antidepressivi.*

Le risposte sono state le seguenti: 213 medici hanno segnalato l'autoriduzione della dose dei farmaci da assumere, 191 l'assunzione altalenante, 128 la sospensione improvvisa.

Il problema di fondo è quindi quello dell'autogestione della terapia farmacologica, all'interno della quale si possono individuare alcune variabili. Nella maggior parte dei casi i pazienti operano una autoriduzione della terapia. Siccome partono dal pregiudizio che comunque questi farmaci sono da assumere con cautela, pensano: "Se ne assumo un pò di meno, mi fanno meno male". Va sottolineato che tale tipo di assunzione è da sconsigliare: una dose non terapeutica di farmaco non determina la completa regressione dei sintomi, obiettivo primario della cura farmacologica.

A volte i pazienti ne fanno un uso altalenante: appena i sintomi migliorano, riducono la dose, mentre quando peggiorano, l'aumentano di nuovo. Anche questa modalità di assunzione è da sconsigliare: perché il farmaco abbia l'effetto terapeutico è necessario che venga assunto con regolarità in modo da avere una concentrazione ematica costante.

Altra cosa che bisogna evitare è la sospensione improvvisa. Succede a volte che il paziente, dopo uno o due mesi di terapia, cominci a stare meglio e quindi decida di sospenderla. Bisogna invece tenere presente che la cura deve essere assunta per il tempo necessario alla scomparsa totale dei sintomi (2-3 mesi) e deve essere protratta anche qualche mese dopo la loro scomparsa (3-5 mesi). La terapia ha quindi una durata di 6-8 mesi: questo è il periodo di cura che fornisce le maggiori

garanzie che i sintomi, alla sospensione definitiva dei farmaci, non si ripresenteranno, cosa invece possibile a seguito di una terapia troppo breve come periodo di assunzione.

La sospensione improvvisa determina inoltre il noto “effetto rebound” che consiste in una violenta riacutizzazione dei sintomi. Tale fenomeno viene spesso confuso con una manifestazione di astinenza, come succede nel caso delle sostanze stupefacenti. I due fenomeni, in realtà, non hanno nulla in comune: l’effetto rebound è conseguente all’improvvisa mancanza dell’azione dell’antidepressivo sui trasmettitori cerebrali e non indica un problema di tipo carenziale. Di fatto la sospensione graduale dell’antidepressivo non determina alcun tipo di carenza né di riacutizzazione dei sintomi.

Nella domanda successiva *si chiede ai medici di famiglia quali sono le prevalenti aspettative da parte dei pazienti nei confronti degli antidepressivi e degli ansiolitici.*

Per 202 medici si tratta di aspettative limitate alla riduzione del sintomo, 293 hanno risposto che le aspettative sono o di tipo “magico” (“assumo le compresse e passa tutto!”) o di una risoluzione sia del sintomo sia delle cause, mentre 37 hanno segnalato l’assenza di particolari aspettative.

Il medico deve quindi tenere presente il fatto che spesso sono presenti nei pazienti aspettative irrealistiche ed è suo compito correggerle, assegnando alla terapia farmacologica il ruolo che le compete, cioè solo ed esclusivamente la risoluzione dei sintomi. La cura delle cause spetta invece all’intervento psicologico che non può essere sostituito dalla cura farmacologica, ma che spesso deve essere utilizzato in combinazione con essa.

La metafora della cura del mal di denti è utile per spiegare tale concetto ai pazienti in modo comprensibile. Se è presente un forte mal di denti, ha senso prendere un antidolorifico, allo scopo di ridurre il dolore. Non è però sensato che il paziente si aspetti che l’antidolorifico agisca, oltre che sul sintomo “dolore”, anche sulla causa che lo determina (ad esempio una carie). Alla stessa maniera, quando è presente un disturbo di tipo depressivo, l’assunzione degli antidepressivi è finalizzata alla cura dei sintomi della depressione, ma non si può pensare che possano agire anche sulle cause che ne hanno determinato l’insorgenza. Queste, dal momento che il più delle volte sono di natura psicologica, vanno curate utilizzando lo strumento psicologico, in una delle sue possibili forme (psicoterapia individuale, di coppia, di gruppo ecc.) a seconda del tipo di cause.

Due domande del questionario sono relative all’invio da parte del medico di famiglia allo specialista. E’ stato chiesto qual è il livello di resistenza incontrato nei pazienti a seguito dell’invio dallo psichiatra e la risposta è stata nell’ 87% dei casi (463 medici) che si tratta di una resistenza alta. E’ stato anche chiesto qual è la figura professionale cui il paziente accetta di rivolgersi con minore resistenza e la risposta è stata per 441 medici (83% dei casi) il neurologo e per 73 medici (14% dei casi) lo psicologo. Il 3% dei medici non ha dato alcuna risposta.

La figura dello psichiatra resta quindi, a livello dell'immaginario collettivo, quella del "medico dei matti" per cui rivolgersi allo psichiatra viene vissuto dal paziente come essere matto o essere considerato tale. Fa meno paura la figura del neurologo, vissuto come "quello dei nervi" che cura "l'esaurimento nervoso".

Per quanto riguarda lo psicologo la mancanza di forti resistenze sembra indicare che comincia ad essere accettato, a livello collettivo, il fatto che il disagio depressivo abbia un'origine il più delle volte riconducibile alla presenza di problematiche di natura psicologica, per cui la figura dello psicologo viene riconosciuta come adeguata alla loro cura.

Le ultime domande del questionario si riferiscono a quanto osservato dai medici di famiglia in riferimento ai familiari dei pazienti con un disturbo depressivo.

E' stato chiesto qual è il livello di conoscenza dei parenti circa i disturbi depressivi ed ansiosi: il 67% (354 medici) valuta tale livello basso e solo per il 33% (178 medici) è sufficiente.

E' stato chiesto inoltre quali sono i pregiudizi che prevalgono nei parenti. Nel 15% dei casi (79 medici) prevale il pregiudizio in base al quale la depressione non è una malattia e quindi non è materia di competenza medica, nel 23% dei casi (124 medici) che non bisogna rivolgersi allo psichiatra, nel 15% dei casi (78 medici) che non bisogna mai assumere psicofarmaci e nel 47% dei casi (251 medici) che è sufficiente la volontà per superare tali disturbi.

E' da sottolineare ancora una volta che la ricerca si riferisce all'osservazione di una popolazione di più di 500.000 persone per cui si deve presumere che fornisca un quadro realistico di come tali disturbi vengono vissuti sia dai pazienti sia dai parenti.

Le risposte alle ultime due domane evidenziano il fatto che spesso i familiari, in possesso di informazioni poco corrette, sono preda di atteggiamenti che hanno una base pregiudiziale e quindi, con tali presupposti, difficilmente possono essere di aiuto al familiare che soffre di depressione. Per quanto riguarda le risposte relative ai pregiudizi, i primi tre sono sovrapponibili a quelli presenti nei pazienti di cui si è parlato. Va invece detto qualcosa in più sul pregiudizio della volontà, secondo il quale sarebbe sufficiente uno sforzo per superare il disturbo depressivo per cui chi soffre di depressione e non guarisce perché non ha la volontà di guarire. E' compito del medico sottolinearne la falsità e i danni che ne derivano, dal momento che alimenta nel paziente i sensi di colpa già presenti a causa del disturbo depressivo.

La sua infondatezza risulta evidente dalle seguenti considerazioni: fa parte del quadro depressivo, vale a dire dello stato di malattia, una netta riduzione della quantità d'energia di cui un soggetto può disporre. Ma la volontà è proprio la quantità d'energia psichica che una persona ha a disposizione. Risulta quindi evidente che non si può puntare sulla volontà, cioè sull'energia psichica posseduta,

per il superamento di una crisi depressiva che, per sua natura, comporta la riduzione della quantità di energia psichica disponibile.

L'affermazione quindi che con la volontà si può superare la depressione è una contraddizione interna che emerge chiaramente quando si fa riferimento alle definizioni di volontà ed energia psichica.

Nell'ultima domanda del questionario *viene chiesto ai medici di famiglia di evidenziare gli atteggiamenti che più frequentemente traspaiono da parte dei parenti nei confronti del paziente.*

Per 62 medici prevale la fiducia nella guarigione del parente. Per 134, soprattutto nelle fasi iniziali della malattia, l'atteggiamento prevalente segnalato dai medici è di comprensione, affetto e partecipazione al dolore del congiunto. Nella grande maggioranza dei casi (321 medici), invece, specie nei casi in cui il disturbo si protrae da molto tempo, i sentimenti prevalenti segnalati sono di insofferenza nei confronti del parente, conseguenti a sentimenti di frustrazione e scoramento.

In una piccola percentuale di casi (15 medici) sono segnalati veri e propri atteggiamenti aggressivi nei confronti del paziente, poiché sollecitazioni, consigli ed interventi non sortiscono effetto alcuno e sembrano cadere nel nulla.

Ciò comporta la realizzazione di un circolo vizioso, con atteggiamenti di accusa da parte del familiare e aumento dei vissuti di incomprendimento e solitudine da parte del paziente.

Note conclusive

Dalla ricerca, svolta su una popolazione di più di 500 mila persone attraverso l'osservatorio privilegiato di 532 medici di famiglia, emerge con chiarezza che la disinformazione, prevalentemente su base pregiudiziale, determina forti interferenze nella cura di chi soffre di un disturbo depressivo.

I pregiudizi riguardano la natura stessa del disturbo: spesso non viene riconosciuto come tale, si pensa che possa e debba essere superato con la "forza di volontà" e quindi non ne viene riconosciuta la caratteristica di malattia e la conseguente competenza medica.

Altri pregiudizi riguardano inoltre sia la figura dello specialista di riferimento, lo psichiatra, sia i farmaci che vanno utilizzati.

La ricerca ha inoltre evidenziato che tale disinformazione coinvolge spesso anche i familiari dei pazienti e ciò determina l'instaurarsi di un circolo vizioso che porta all'incomunicabilità e all'aumento della sofferenza.

Alla luce di questi dati, tenendo presente che solo la conoscenza è un efficace strumento per combattere il pregiudizio, si può concludere affermando che è necessario da un lato aumentare la divulgazione semplice, ma scientificamente corretta, delle informazioni e dall'altro continuare la

ricerca di strategie e mezzi efficaci per una comunicazione sempre più capillare e facilmente accessibile.