

Depressione evoluzione di un Concetto

di MARCO VISCONTI Dipartimento Italiano di Medicina di Famiglia su M.D. Medicinæ Doctor - Anno III numero 2 - 12 Feb 1996

Nel periodo della mia fanciullezza, fine anni '50 e primi '60, capitava di sentir parlare, sottovoce e in modo quasi complice, di qualcuno che soffriva o aveva sofferto di "esaurimento" o che ne era stato toccato da vicino nella persona di un parente o di un amico.

I commenti esprimevano sempre un certo disagio non solo verso chi non era in grado di uscire da un permanente stato di prostrazione, avendo perso immotivatamente l'energia vitale, ma anche verso chi non sapeva reagire, come sarebbe convenuto a persone di saldi principi morali e religiosi, essendo stato colpito da un lutto o da altra disgrazia.

A quella povera famiglia che doveva sopportare il peso di questi soggetti andava invece la comprensione, la solidarietà e la simpatia di tutti.

Il termine lessicale di esaurimento nervoso, oltre a significare una vera e propria malattia, faceva poi da contenitore per tutti quei disagi dello spirito e del corpo vaghi e sfumati, come ad esempio per quella dolce malinconia, per quel languido senso della morte tipico di alcune fasi adolescenziali.

Il buon vecchio medico condotto - che ricoverava in ospedale solo i casi gravi e che cuciva "a mente serena" con delle aggraffes metalliche i tagli che ci procuravamo con le nostre piccole "battaglie di bande" - prescriveva solitamente preparati base di passiflora, valeriana, biancospino, calcio, fosforo assieme a quelle panacee polivitaminiche che gli americani da poco ci avevano fatto conoscere. Il suo comportamento, quasi sempre ruvido ma dolce, diventava a volte cinico ed irridente verso queste persone che lo assillavano con i loro piagnistei, la loro insonnia, la loro inappetenza: «...ah, per voi ci rivorrebbe proprio ancora un po' di guerra...», riferendosi a quei periodi di carestia di un recente passato quando di certo il problema dell'inappetenza non esisteva.

Accanto al termine di "esaurimento nervoso" si sentivano spesso anche usare quelli di "nevrastenia" e di "isteria", per indicare rispettivamente delle inaspettate e spropositate reazioni emotive, o delle vere e proprie crisi di nervi con urla, pianti e svenimenti.

Tuttavia, dal momento che il nostro interesse e sarà focalizzato sul trattamento ambulatoriale della depressione, non ci occuperemo più d'ora in poi dei pur interessanti travagli della psichiatria, che proprio in quegli anni, per l'impareggiabile opera di Franco Basaglia, subiva un profondo processo di revisione.

Le basi delle moderne teorie

Su un versante totalmente diverso, chiamiamolo organicista evoluto, faceva la sua comparsa, ben presto seguito da molti altri, il primo farmaco appositamente progettato per la cura della depressione ambulatoriale, efficace in più situazioni più maneggevole degli anti-MAO, il capostipite dei cosiddetti triciclici: l'Imipramina, nota con il nome commerciale di *Tofranil*.

Successivamente, a metà degli anni Settanta, si sviluppò la cosiddetta teoria monoaminergica sull'eziologia del disturbo depressivo, che individuava due classi di depressioni a seconda del neurotrasmettitore che sarebbe stato carente a livello delle sinapsi del SNC: depressioni da deficit di serotonina e da deficit di noradrenalina.

Si ponevano così le prime basi per quelle moderne teorie che avrebbero visto nel malfunzionamento dell'unità recettoriale certi sistemi di neurotrasmissione il substrato organico della malattia depressiva. Questa teoria forniva indubbiamente un'interpretazione credibile sulla azione terapeutica dei farmaci antidepressivi, tanto che riuscì, pur con molti interrogativi irrisolti, a convincere me, giovane medico di famiglia con in tasca una specialità in neurologia, ma ancora molto scettico circa il trattamento farmacologico della depressione che consideravo un disturbo quasi sacro e inviolabile dell'anima a prospettare anche nei nuovi termini psicofarmacologici l'approccio al paziente depresso.

Negli anni Ottanta il tabù del male oscuro andò man mano scemando: si scrivevano libri sul proprio vissuto depressivo, e i disturbi dell'umore, l'ansia e in genere i problemi della psiche trovavano sempre più spazio sui rotocalchi, che, mutuati dal linguaggio specialistico termini e definizioni, ne stravolgevano ben presto significati originari.

Nei discorsi da salotto si confrontavano esperienze di sofferenza e di terapia, ed era difficile trovare qualcuno che non si considerasse, almeno temporaneamente, "nevrotico e stressato", o che non riferisse in certi momenti di andare in "paranoia" o di cadere nel "panico".

Tali termini erano quasi sempre riferiti a soggetti di sesso femminile ed in particolare quello di "isteria" derivato dal greco ὑστέρα, "utero", e coniato dallo stesso Ippocrate per indicare una serie di disturbi provocati appunto da quest'organo che rappresentava, secondo il modello della parte per il tutto, l'intero organismo femminile.

Al di fuori di queste categorie, vi erano poi i matti veri e propri che potevano avere i connotati o della tranquilla e persino simpatica stravaganza dello "scemo" del paese o quelli più foschi e paurosi del pazzo da rinchiodare nel manicomio provinciale perché "pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo". In quel piccolo mondo provinciale la saggezza popolare aveva già individuato caratterizzato la depressione, l'ansia somatizzata e le psicosi e aveva creato dei modi di dire che ancora oggi persistono radicati nel linguaggio quotidiano della gente semplice.

Disagio dell'anima

Alla fine degli anni Sessanta mi iscrissi a Medicina a Pavia lasciando la provincia per una città tipicamente universitaria. Era il periodo del maggio francese, della immaginazione al potere e anche della rivalutazione del pensiero psicoanalitico ed esoterico. Le idee crescevano e si moltiplicavano.

L'idea di cambiamento era sempre e ovunque presente, e anche il nostro esaurimento nervoso prese sempre più i connotati della nevrosi, intesa come disturbo da disadattamento psico-socio-economico rispetto ad una società massificante, dominata dal capitalismo industriale. Buona parte dei soggetti che allora si autodefinivano o erano definiti nevrotici non era altrimenti composta che da persone che mal sopportavano la fatica di vivere e che riservavano su di sé le contraddizioni di quel periodo o che semplicemente pensavano che un individuo intelligente, sensibile e impegnato non potesse non esserlo di fronte al male e alla sofferenza del mondo.

La figura dello specialista di malattie nervose e mentali (fors'anche per il pesante retaggio di un passato prossimo in cui di fronte a un disturbo mentale si sospettava sempre un'etiologia luetica e si prescrivevano innanzitutto docce fredde e subito dopo eventualmente un elettroshock) cedeva il passo a quella dello psicanalista, più un filosofo che un terapeuta, più un laureato in discipline umanistiche piuttosto che in medicina e chirurgia.

Negli ambienti più "evoluti", non solo culturalmente ma anche economicamente, visti i costi delle sedute, si cominciava a parlare del "mio analista" come di un'indispensabile guida spirituale per il raggiungimento dell'equilibrio interiore. La depressione divenne il contenitore di ogni stato di sofferenza e di disagio dell'anima, in linea con la tendenza, che in quegli anni iniziava a diffondersi, a psichiatrizzare una serie di reazioni normali e adattative dell'organismo con la semplice giustificazione che tali reazioni comportano comunque uno stato di sofferenza soggettiva dell'individuo.

Dall'affermazione di questa tendenza furono, e sono, una chiara espressione l'enorme sviluppo di psicoterapie di ogni scuola e tendenza e l'impressionante aumento del consumo di psicofarmaci.

Eccesso di informazione

E arriviamo infine a questi ultimi anni Novanta, dove "la gente", sempre meno disposta a sopportare il seppur minimo dolore, sia fisico che morale, sempre più sollecitata a dare il massimo di sé in ogni situazione, sempre più suggestionata in ogni suo agire dai mass media, e arrivata a dover subordinare all'assunzione di una pillola non più solo l'attenuazione di sintomi depressivi durevoli e insostenibili, ma anche il conseguimento di banali obiettivi edonistici.

"Bye bye blues", addio tristezza: inizia così la moda del *Prozac*, importata come sempre dagli USA sulle ali di un marketing aggressivo e subdolo. E subito si formano gli schieramenti dei pro e dei contro e si dispiegano le forze dei loro poco disinteressati supporter.

Le due scuole di pensiero (chiamiamole per necessità di sintesi psicanalitica e organicista) si confrontano sul campo della terapia della depressione ormai anche in termini di audience: articoli sui quotidiani, sui periodici, presenze ai talk-show televisivi e così via.

A quanti colleghi sarà capitato di ricevere da un paziente, che tiene in mani un ritaglio di giornale, la richiesta di ottenere il tal farmaco miracoloso o di essere inviato dal tal professore!

Onestamente debbo ammettere di sentirmi confuso in questa situazione di eccesso di informazione (sia nell'ambito professionale che nel privato) e nessuna delle due scuole mi sembra capace, da sola almeno, di inquadrare, se non di risolvere, in modo soddisfacente il problema.

Psicanalisi e psicofarmacologia

La psicanalisi e/ o la psicoterapia mi sembrano, da sole, inadeguate per ottenere risultati certi e duraturi in tempi accettabili.

L'intensità dei sintomi psichici e somatici rende all'inizio poco accessibile il paziente, la cui attenzione emozionale è focalizzata più sul proprio vissuto doloroso che sulla comunicazione verbale che si instaura con il terapeuta: il depresso rimane in questo modo in balia della propria sofferenza anche se questa con l'andar del tempo non è più solo passivamente subita, ma viene rielaborata e per lo meno capita nei suoi processi psicodinamici, se non proprio accettata o risolta. L'ideazione suicidaria, poi, in alcuni casi è sempre presente, con gli ovvii pericoli connessi a un controllo dell'ansia fragile e inadeguato come quello attuabile in assenza di una costante ansiolisi farmacologica.

Da non sottovalutare infine le somatizzazioni che, a volte importanti, possono sfociare, se non trattate, in veri e propri danni d'organo.

La psicofarmacologia d'altro canto, così com'è prospettata da alcuni luminari dell'opposta fazione, cioè il più precoce possibile e per sintomi ancora sfumati, rischia invece di far somministrare dal medico di medicina generale psicofarmaci antidepressivi a tutti quelli che gli dicono di sentirsi tristi !

Altri opinion makers, o presunti tali, rivolgendosi ai depressi dalle colonne dei giornali, consigliano di rivolgersi solo a ospedali o cliniche super specializzati, e di non affidarsi a figure professionali diverse dallo psichiatra, men che mai ai medici di famiglia, sebbene questi ultimi abbiano indubbiamente conquistato sul campo una competenza specifica.

Infine vi è chi ha il coraggio di affermare che «l'elettroshock continua a essere il metodo migliore per curare la depressione...» (professor Kuokopoulos su "Vivere Sani e Belli" del 7 luglio 1995).

Il ruolo del Medici di Famiglia

In questo clima noi medici di famiglia "speriamo che ce la caviamo" solo cercando di essere il meno possibile condizionati dalle mode e dalle sirene del mercato e non aderendo aprioristicamente a nessuno dei due schieramenti, ma mantenendo un atteggiamento critico e dubitativo, rifuggendo dalle facili schematizzazioni, dai dogmi intoccabili, dalle nostre stesse cristallizzate certezze.

Fondamentale rimane la disponibilità, di tempo innanzitutto, verso il paziente, indispensabile sempre ma assolutamente necessaria con il depresso, che si concretizza nel saperlo ascoltare, nel saperlo interrogare in maniera amichevole e nell'osservarne con attenzione aspetto, espressione, comportamenti, linguaggio.

L'obiettivo è duplice: da una parte riuscire a identificare con sicurezza al loro primi comparire quegli equivalenti depressivi somatici (astenia, disturbi dell'appetito e/o del sonno, perdita di memoria eccetera) che il paziente riferisce per pudore in modo primario rispetto ai sintomi puramente psicologici; dall'altra saper prescrivere una medicina su misura per quel dato paziente in quel particolare momento, sia essa fondata sul solo counselling, sulla psicoterapia o sul farmaco.

La nostra attenzione andrà ancor più focalizzata, in questa prima fase, sulla rilevazione dei dati clinico-anamnestici piuttosto che sugli accertamenti strumentali, spesso prescritti per "guadagnare tempo", per inadeguatezza diagnostica o per ansia rispetto ad una responsabilità che si vorrebbe suffragata da dati oggettivi e non dai soli nostri processi mentali.

Il principale strumento per conseguire questi obiettivi consiste nella peculiare conoscenza che solo noi possiamo avere del malato che ci sta di fronte, del suo vissuto e delle sue interazioni familiari e ambientali. Paziente con cui cercheremo sempre di riaprire quel canale di comunicazione interrotto dalla malattia, facendogli innanzitutto comprendere che comunque il suo medico non lo lascerà mai solo ad affrontare la terribile esperienza della malattia depressiva.