

## Frequent attenders e disturbi dell'umore: esiste una relazione?

*Questo studio osservazionale, condotto nell'ambito della medicina generale, ha voluto indagare sulla possibilità di una relazione tra i frequentatori assidui dell'ambulatorio di medicina generale e la presenza di disturbi depressivi. I risultati ottenuti mostrano che oltre la metà del campione presenta disturbi psichici di varia gravità e, anche se sono necessarie ulteriori evidenze, sembra di riconoscere che questa tipologia di popolazione sia a rischio di depressione*

È noto a qualsiasi medico di medicina generale che all'interno del proprio pool di pazienti esistono soggetti che accedono al servizio con maggiore frequenza rispetto ad altri ed è risaputo che ogni Mmg che abbia almeno 1.500 assistiti, di fatto veda e riveda, più o meno a ragione, un terzo di tutti i suoi pazienti.

È altresì palese dai dati della letteratura internazionale, soprattutto anglosassone, che i disturbi psichiatrici tout court siano un'importante causa di consultazione, sia che siano presentati in modo diretto sia che siano presentati in modo indiretto (*face value problem*). Meno noto e ancora piuttosto *sub iudice* è se i frequent attenders (FA) siano soggetti psichiatricamente labili o si tratti di fruitori favoriti esclusivamente dalla gratuità del Servizio sanitario nazionale italiano e dall'eccessiva burocrazia.

Il presente studio osservazionale condotto in cinque studi di medicina generale siti in Milano e nell'hinterland, su un numero totale di pazienti pari a 6.200 unità, ha cercato di dare una risposta concreta e oggettiva alla possibilità che dietro le lamentele somatiche dei frequent attenders in realtà ci siano problemi e disturbi psichiatrici, in primis di-

sturbi del tono dell'umore e disturbi depressivi nella loro ampia gamma. Gli autori hanno usato come test di screening il Beck Depression Inventory (questionario sulla depressione di Aaron Beck), somministrandolo a circa 10 frequent attenders non in terapia psicofarmacologica da almeno un mese per ogni medico, considerando per FA un soggetto che accede al servizio di medicina generale  $\geq 15$  volte/anno: tale valore è volutamente alto in quanto la burocrazia stessa è induttiva di accessi (nei Paesi anglosassoni si considera frequent attender un soggetto che accede allo studio  $\geq 8$  volte/anno).

I risultati ottenuti sono suggestivi di una componente depressiva molto importante, di fatto nascosta dal paziente alexitimico o con comunicazione diagonalizzata (presentare problemi in modo deviato e non diretto) o misconosciuta da parte del Mmg (51% circa del campione globale).

Questo studio necessita di un ulteriore approfondimento per riconfermare un dato così importante che, se tale, dovrebbe indurre ogni Mmg a identificare nei frequent attenders soggetti passibili di trattamento farmacologico antidepressivo risolutivo più che di somatoterapie palliative.

### Materiali e metodi

Si è voluto porre l'attenzione su frequentatori usuali che non fossero già in terapia psicologica o psico-

farmacologica per qualsiasi disturbo psichiatrico in atto.

Le caratteristiche dello studio e dei soggetti che sono stati studiati sono:

- randomizzazione della scelta;
- età  $>18$  anni, senza tetto limite;
- soggetti *compos sui*;
- frequentatori assidui, accessi uguali o superiori a 15 per anno;
- nessuna terapia psicologica e/o psicofarmacologica in atto;
- soggetti disponibili volontariamente alla compilazione delle schede fornite;
- tempo limite di schedatura: un mese;
- scelta di 10 pazienti FA o superiori per il periodo stabilito;
- uso dei *life events* (separazioni, divorzi, lutti, motivi economici, ecc) secondo il DSM IV, correlati alla motivazione di accesso e alla BDI (Beck Depression Inventory, versione italiana tradotta e adattata dal Dott. F. Zizzo);
- uso della BDI per riconoscere l'esistenza di eventuale disturbo depressivo e la gravità in funzione del punteggio ottenuto con lo stesso questionario;
- ricerca delle motivazioni diagonali dell'accesso dell'assistito e riconoscimento di eventuali sintomi cluster secondo il genere di paziente;
- studio statistico dei dati ottenuti e verifica della realtà dei dati stessi;
- assoluta indipendenza dei dati raccolti;

\* Medici di medicina generale, con interesse specialistico

\*\* Medici di medicina generale, specialisti in Psichiatria

- nessun guadagno dai dati raccolti;
- rispetto della legge sulla privacy;
- gli autori non sono consulenti di aziende che producono psicofarmaci.

Come accennato, alla consueta schedatura che introduce i dati anagrafici (con esclusione di nome e cognome) ai *life events* e alle motivazioni somatiche di accesso, si è aggiunta la BDI.

La scelta di questo questionario è avvenuta di comune accordo per la sua estrema semplicità negli enunciati e perché si tratta di una scala di autovalutazione, pertanto attraverso il suo utilizzo si è voluto decisamente escludere anche la benché minima azione induttiva da parte del medico ricercatore; inoltre i punteggi distinti in sei classi nette consentono l'identificazione del disturbo depressivo nelle minime sfaccettature di gravità.

L'esecuzione del test non comporta più di dieci minuti da parte del paziente e può essere compilato nella sala d'attesa dello studio medico, evitando errori indotti da fretta o ansia di performance, dovuta alla condizione in cui il paziente si viene a trovare: "da richiedente di certezze e fruitore di

benefit" a "richiesto e valutato".

Si è voluto tradurre l'originale in italiano usando una terminologia piana e decisamente aggiornata, perché potesse essere comprensibile a qualsiasi grado di cultura del paziente. Si è volutamente esclusa l'esistente versione italiana, perché a nostro avviso eccessivamente elaborata e "aulica", non perfettamente comprensibile da tutti gli assistiti e quindi inficiante gli eventuali risultati.

Inoltre, la riproducibilità del test di Beck risulta essere uno strumento di riverifica dei dati ottenuti continuativa nel tempo e la verifica dell'evoluzione del disagio psichico del paziente qualora accedesse a un'eventuale terapia psicologica e/o psico-farmacologica.

### ■ Risultati

Il campione è costituito da 62 pazienti, rispettivamente 36 donne e 26 uomini. I soggetti risultati indenni da disturbo depressivo sono stati 30, pari al 48.38% del campione totale. I pazienti che presentano il disturbo depressivo in atto sono 32 (21 donne e 11 uomini) pari al 51.61% (*figura 1*).

Nel campione costituito dai sogget-

ti depressi si sono identificate le seguenti sottocategorie secondo la gravità indicata dal punteggio:

- da 1 a 10: nella norma;
- da 11 a 16: disturbo dell'umore lieve;
- da 17 a 20: depressione clinica "borderline";
- da 21 a 30: depressione media;
- da 31 a 40: depressione grave;
- oltre 40: depressione gravissima.

Emerge in maniera palese una decisa predominanza del disturbo depressivo lieve e medio come raffigurato in *figura 2*.

La percentuale è rispettivamente del 43.75% e 37,5% sul campione totale di soggetti riconosciuti depressi.

È inoltre evidente come il sesso femminile sia più rappresentato in assoluto: 65.6% donne e 34.4% uomini. Tali dati confermano quelli che si ritrovano in letteratura, secondo cui i disturbi depressivi sono maggiormente rappresentati nel genere femminile.

Si veda infatti quanto incidono le sole donne nella *figura 3* per il disturbo depressivo medio e lieve rispetto agli uomini.

Le cause che hanno portato alla consultazione in ordine di importanza numerica sono:

- rachialgia cervicale/lombare;

- cefalea;
- tensione muscolare;
- digestione difficile/gastralgia;
- nodo alla gola, vertigini, nausea, vomito, dolori addominali in ipogastrio, stanchezza;
- disturbi mestruali.

Non tutte le schede erano state correttamente riempite con la motivazione dell'accesso, per cui non esiste un rapporto preciso numerico tra le motivazioni e il numero dei pazienti intervistati. Genericamente si può sostenere che le cause più frequenti siano quelle identificate sopra e che nel sesso femminile non predominino sintomi specifici, ma tutte le motivazioni esposte siano facilmente riscontrabili, mentre nel sesso maschile predominano in modo netto e deciso la rachialgia e la tensione muscolare seguita dalla gastralgia. I *life events* che sono stati identifica-

ti sono (in ordine di importanza):

- separazione/divorzio;
- motivi finanziari/debiti;
- cambiamento lavorativo;
- morte di un parente stretto;
- discussioni con vicini.

Va precisato che solo 10 pazienti hanno indicato un *life event*, mentre altri soggetti depressi non hanno indicato nulla. Ciò lascia supporre che se per un'esigua minoranza dei depressi identificati esista una causa nel possibile determinismo della patologia, per altri ciò non sembra essere così. Questo dato porta a ritenere che tali disturbi depressivi siano, a ragion veduta, di natura "endogena" secondo la vecchia ma pur sempre utile terminologia psichiatrica. Ciò lascia inoltre supporre che un intervento atto a distinguere le due sottocategorie consentirebbe un progetto terapeutico specifico, iden-

tificando i candidati alla terapia psicologica con eventuale supporto farmacologico da quelli che trarrebbero esclusivo beneficio da una terapia antidepressiva specifica.

### Commento

Negli anni Ottanta mediante il pionierismo di Sir D. Goldberg nasce nel Regno Unito l'attenzione per le problematiche psichiatriche nella primary care; gli studi di prevalenza dei disturbi psichiatrici in medicina generale evidenziano l'importanza che hanno questi disagi nell'impatto del quotidiano lavoro del medico di medicina generale.

Sempre negli stessi anni nasce l'attenzione sui FA, fruitori "dannosi" per il servizio sanitario britannico, che per l'assiduità di richieste e la frequenza di accessi, talora non particolarmente motivati da apprezzabili danni fisici, inducono danni economici per la società. L'attenzione si rivolge a possibili aspetti "nascosti" e si rileva che alcuni presentano disagi psichici.

La grave difficoltà è stabilire se questi disturbi siano motore dei disagi fisici o se i disordini psichici siano conseguenza del disagio somatico. Gli studi che sono stati fatti per la loro ampiezza e per l'obiettivo ricercato (per esempio identificazione di tutti i disturbi psichici) non potevano portare dati dirimenti, per tale motivo con questo studio si è voluto "mirare" molto in

Figura 1

#### Pazienti con disturbo depressivo (sul totale del campione)

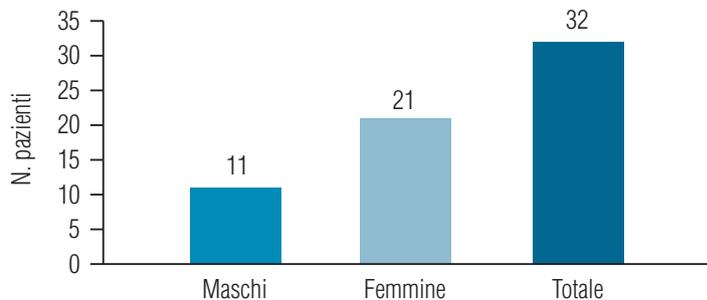


Figura 2

#### Gravità del disturbo depressivo sul campione dei pazienti depressi

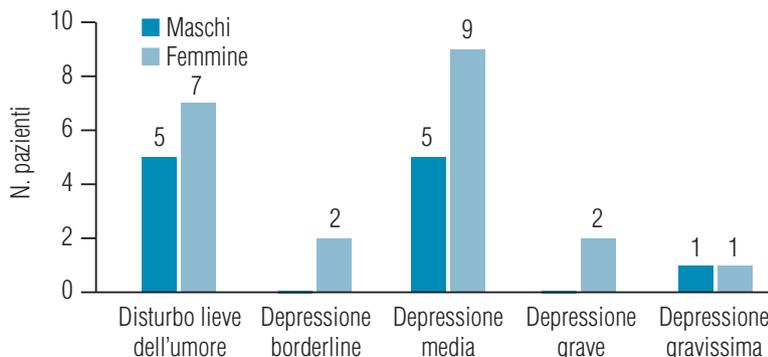
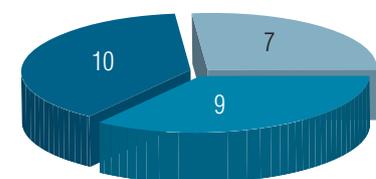


Figura 3

#### Disturbo depressivo medio e lieve diviso per sesso

- Donne (disturbo lieve)
- Donne (disturbo medio)
- Uomini totale (disturbo lieve e medio)



basso, riducendo l'obiettivo alla sola identificazione di disturbi depressivi e all'eventuale correlazione con specifici *life events*.

Non pensiamo di avere dato una risposta esaustiva a questo problema, ma riteniamo che il modo attuale di studiare il problema in un'unica sua variabile sia certamente più proficuo e decisamente più verosimile.

### Conclusioni

Alla luce di questi semplici dati sembra di riconoscere che i frequent attenders siano certamente una popolazione a rischio di depressione.

Appare evidente, come da altre precedenti ricerche, che le donne sono più rappresentate rispetto agli uomini e che i disturbi depressivi misconosciuti nell'ambito della medicina generale variano da disturbi lievi a disturbi gravissimi.

Ciò deve indurre il Mmg a porre un'attenzione maggiore ai soggetti più "lamentosi" e più reiterati nel loro disagio somatico, in quanto certamente celano una patologia psichiatrica.

Il riconoscimento della stessa do-

vrebbe comportare come ricaduta positiva un'adeguata terapia antidepressiva e quindi la riduzione di richieste deviate e non finalizzate in ambito somatico; ciò inoltre dovrebbe avere come risultato una riduzione delle spese pro capite.

La creazione del GPwSI (medico di medicina generale con interesse spe-

cialistico) dovrebbe condurre poi a un'eventuale gestione intermedia di tali pazienti, qualora il Mmg non voglia considerare l'opportunità di una gestione personale.

Il nostro studio comunque necessita di ulteriori evidenze e ampliamento delle aree di raccolta dati per confermare quanto osservato.

### BIBLIOGRAFIA

- Beck AT, Steer RA, Brown GK Manual for the Beck Depression Inventory-II. TX: Psychological Corporation, San Antonio 1996.
- Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories I and II in psychiatric outpatients. *J Pers Assess* 1996; 67: 588-97.
- Berardi D, Leggieri G, Berti Ceroni F et al. Depression in primary care. A nationwide epidemiological survey. *Fam Practice* 2002; 19: 397-400.
- Bowling A. Mode of questionnaire administration can have serious effects on data quality. *J Pub Health* 2005; 27: 281-91.
- Goldberg DP, Blackwell B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification *Br Med J* 1970; 1: 439-43.
- Larivaara P. Frequent attenders in primary health care: a cross-sectional study of frequent attenders' psychosocial and family factors, chronic diseases and reasons for encounter in a Finnish health centre. Acta Universitatis Ouluensis Series D Medica. Oulu University 1987.
- Karlsson H, Lehtinen V, Joukamaa M. Psychiatric morbidity among frequent attender patients in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1995; 17: 19-25.
- Marino S, Bellantuono C, Tansella M. Psychiatric morbidity in general practice in Italy. *Psychiatric Epidemiology* 1990; 25: 67-72.
- Wing JK, Cooper JE, Sartorius MN. The measurement and classification of psychiatric symptoms. Cambridge University Press; Cambridge 1974.
- Zizzo F. Identification of subthreshold and subclinic depression during GPs activity: underestimated emergent pathology. Atti congressuali VIII Congresso WONCA Europe. Londra, giugno 2002.
- Zizzo F. Workshop congiunto italo-britannico. Disturbi psichiatrici in medicina generale. Atti congressuali XII Congresso Wonca Europe. Firenze, agosto 2006.