

Disturbo psichiatrico e approccio bio-psico-sociale

Leonardo Trentadue
Medico di medicina generale
Ferrandina (MT)

Un assistito di 49 anni, poco espansivo e portato all'introspezione, si presenta in ambulatorio in preda a una crisi di ansia acuta. Dopo qualche minuto di imbarazzo e di reticenza a esprimere il suo disagio, finalmente si sblocca e riferisce che quando viene in contatto con forbici o coltelli, in cucina o in altre particolari situazioni, si innescano sensazioni angosciose di tensione e di paura, insieme al timore di perdere il controllo.

Va segnalato che il paziente è portatore del virus dell'epatite C da circa 15 anni. Alcuni mesi fa è stata posta la diagnosi di ipoacusia neurosensoriale bilaterale con ipoacusia di trasmissione nelle frequenze medio-gravi.

Preso atto della crisi di ansia, che richiede un impiego di tempo superiore alla media della visita medica di routine, chiedo al paziente di attendere sino al giorno seguente e fisso un appuntamento più mirato.

Visita ambulatoriale

In primis escludo la presenza di patologie organiche in cui può essere presente una sintomatologia ansiosa: distiroidismo, asma bronchiale, cardiopatie, ecc (gli accertamenti diagnostici prescritti risulteranno nella norma).

Il paziente è, a suo dire, felicemente sposato o meglio non ha importanti problemi familiari, piuttosto l'instabilità riguarda il piano professionale: ha continui rapporti di lavoro precari ed è continuamente alla ricerca di un lavoro stabile.

Su questo sfondo biografico e sociale si innesta una sintomatologia variegata, che rivela come denominatore comune la componente anancastica. Una personalità che, per sedare l'ansia di possibili futuri incidenti a sé o ai familiari, ricorre a innumerevoli stereotipie compulsionali, che mi elenca: quando chiude un cassetto deve strofinare tre volte la mano sull'intercapedine tra il cassetto chiuso e il soprastante; quando chiude la porta del bagno, la chiave deve assumere per forza una determinata posizione inclinata.

La serie di comportamenti compulsivi continua: mi racconta che quando si

sdraia sul divano e quando va a letto le scarpe devono stare strettamente appaiate e il piede destro deve sfiorare più volte, indefinitamente, prima di sdraiarsi; anche la lettura di un giornale è ossessiva, comportando un piegamento particolare della pagina per passare alla successiva. Ancora: se il pavimento su cui cammina è piastrellato, non mette i passi sulle linee di separazione; anche la chiusura coattiva della chiavetta del gas (molto citata in letteratura) è una compulsione presente. Infine, il paziente riferisce i rituali di pulizia, con lavaggio ripetuto delle mani, che gli comporta, insieme alle precedenti compulsioni, un notevole dispendio di tempo, oltre che una limitazione della libertà.

Con questi comportamenti compulsionali e processi di ruminazione emergono idee ossessive, concentrate soprattutto sulla paura di perdere il controllo in presenza di oggetti acuminati (aicmofobia) e di contrarre infezioni (rupofobia). Sul versante psichico si rilevano sintomi di tipo affettivo, quali la disforia con facile irritabilità, l'apatia, la perdita di interesse e di iniziativa. In tutto questo corredo sintomatologico si inserisce il deficit uditivo neurosensoriale bilaterale, che sembra amplificare i vari disturbi come una sorta di eco disturbata e disturbante.

Diagnosi e terapia

La diagnosi è riferibile a un disturbo ossessivo-compulsivo.

Indirizzo il paziente al servizio zonale di psichiatria e in tale sede viene confermato il sospetto diagnostico e prescritto, oltre a una terapia comportamentale, risperidone 1 mg 1 cpr/die e lorazepam 1 mg 1 cpr/die.

Commento

Il disturbo ossessivo-compulsivo colpisce circa il 2-3% della popolazione e l'età più colpita è quella sotto i 30 anni.

L'esordio è generalmente graduale, ma sono descritti casi a esordio acuto. Il decorso può essere episodico, fluttuante, stabile o ingravescente. La comorbidità del disturbo può essere condivisa con depressione, attacchi di panico, disturbi della personalità, sindrome di Gilles de la Tourette, fobia sociale e altri disturbi d'ansia.

La terapia comportamentale dovrebbe essere il trattamento di scelta con tecniche anticompulsioni, basate sulla prevenzione della risposta e con tecniche che tendono a neutralizzare le idee ossessive e i processi di ruminazione. La terapia farmacologica prevede l'impiego di antidepressivi, neurolettici e ansiolitici.

Nel caso clinico descritto emergono due caratteristiche: l'abbondante affollamento di spinte compulsive e l'esordio acuto, non avendo il paziente ammesso di avere avuto in precedenza, tranne fenomeni rientranti nella norma, sintomi ossessivo-compulsivi.

Per quanto riguarda il nostro ruolo di Mmg, a parte l'impegno diagnostico, sarebbe auspicabile che non ci si avventurasse nella ricerca di ragioni della malattia generate dall'inconscio (retaggio di una psicoanalisi che segna il passo), ma ci si sforzasse di configurare i processi bio-psico-sociali che potrebbero portare alla cronicizzazione e dare indicazioni per la possibile risoluzione degli stessi, seguendo di pari passo l'andamento della terapia farmacologica e le sue eventuali modificazioni.