

TIROIDITE DI HASHIMOTO, STRESS E DEPRESSIONE MASCHERATA

La **tiroidite di Hashimoto** è una patologia autoimmune a genesi multifattoriale.

Sicuramente lo **stress**, la personalità, il carattere e le componenti psicosomatiche influenzano ed incidono sia sull'esordio della malattia ma, anche, sul decorso e sulle riaccerbazioni clinico sintomatologiche ed autoimmunitarie.

Studi di Wick e coll., di Hu del '93 e di Bottaccioli del '95 su "*obese strain of chicken*", una razza di polli che spontaneamente sviluppano la tiroidite autoimmune, hanno dimostrato sia le basi genetiche, dimostrando due famiglie di geni responsabili dell'abnorme autoreattività del sistema immunitario e della predisposizione intrinseca della ghiandola tiroidea, sia un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene in risposta allo stress.

In particolare è stata evidenziata una **concentrazione ematica ridotta di glucocorticoidi in momenti di elevato stress**. Infatti a discapito dell'elevazione dell'ACTH corrispondeva una ridotta concentrazione di cortisolemia libera nel sangue. Infatti, benché i livelli basali di cortisolemia erano nella norma, così pure la concentrazione e la morfologia dei recettori negli organi linfoidi centrali e periferici, la concentrazione della CBP (corticosteroid binding protein) era significativamente aumentata rispetto alla norma. Tali autori, per primi, dimostravano un'alterazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene ed un'alterazione della CBP in risposta allo stress nei polli "*obese strain of chicken*".

Tale dato è molto significativo in quanto l'incremento della cortisolemia è la principale risposta biologica dell'organismo allo stress. E, siccome, il cortisolo è in grado di influire sul sistema immunitario, si può dedurre che lo stress è sicuramente coinvolto nella patogenesi delle patologie autoimmunitarie e tra queste anche nella tiroidite autoimmune di Hashimoto (Bottaccioli, 1995).

Con la dovuta premessa che non tutti i pazienti affetti da tiroidite di Hashimoto sono pazienti psichiatrici o depressi, tuttavia, non è infrequente osservare come un evento stressante quale un lutto, un aborto, un divorzio, un licenziamento, un trasferimento o un grave trauma emozionale può slatentizzare un'autoimmunità tiroidea che può esitare in ipotiroidismo di Hashimoto.

Per quanto attiene, invece, la presenza di **sindrome depressiva** più o meno larvata nella tiroidite autoimmune esistono dati in letteratura che evidenziano una correlazione positiva tra disturbi affettivi, sintomatologia depressiva e titoli autoanticorpali tiroidei nel sesso femminile (Horning M et al. 1999).

Inoltre, secondo Rubino, **i pazienti tiroiditici cronici su base autoimmune si collocano a metà tra soggetti normali e soggetti con disturbo bipolare.**

In particolare, l'elaborazione cognitiva dello stimolo è diversa nei pazienti tireopatici influenzando l'adattabilità all'ambiente (Rubino et al 2003).

Ed ancora, le pazienti con Hashimoto sono più simili ai soggetti con disturbi dell'umore di tipo bipolare, più depresse e ansiose, rispetto ai soggetti normali di controllo.

Negli **studi di Fioravanti, M. Di Giusto et al.** la sintomatologia depressiva era classificabile come "**depressione mascherata**", con tendenza alla iperattività fisiologica e alla somatizzazione dell'ansia.

Sempre il gruppo della sapienza di Roma ha, inoltre, notato che il profilo normo-orientato dell'ACL nei confronti del vissuto ansioso-depressivo in base al test SCL-90 e IDS-R indicava la difficoltà di questi soggetti a percepire il loro disagio psicologico.

La pazienti con Hashimoto si descrivevano infatti come persone felici e contente, con normali capacità di adattamento, con buona autostima e visione positiva del sé, ma, ai test che valutavano e quantificavano gli indici di ansia e depressione risultavano positive soprattutto nella scala di valutazione delle componenti emotive somatizzate.

Il fatto di descriversi e definirsi consapevolmente in modo tutt'altro che depresse, troverebbe controprova nei tratti caratteriali di perfezionismo, meticolosità e bisogno di controllo di molte pazienti con Hashimoto, evidenziato da una sottoscala dello PSI.

Nel **modello psicosomatico a bilancia** (Bahason 1964) la ipereattività biologica si associava a scarsi disturbi psichici correlati, con attitudine nei pazienti Hashimotiani a risolvere le situazioni conflittuali sul piano fisico-biologico. La tipologia di risposta biologica, infatti, manifesta le emozioni con turbe somatiche correlate in quanto la loro espressione è repressa.

Tutti questi studi evidenziano, in gran parte dei pazienti con Hashimoto, la presenza di sintomi ansioso-depressivi con tendenza alla somatizzazione.



In particolare, la forma clinica più frequentemente riscontrata, e, chiaramente, *non in tutte le pazienti hashimotiane*, è la "**depressione mascherata**".

Tale vecchia terminologia indica un'entità clinica molto diffusa.

Mascherata perché non si manifesta con i sintomi psichici tipici della depressione perché appunto "mascherati" da sintomi fisici. **I pazienti con depressione mascherata avvertono malesseri fisici**



che sottendono e nascondono stati depressivi più o meno larvati.

La tristezza più o meno intensa è mascherata da una serie di malesseri fisici per cui il depresso non si rende conto di essere tale.

La persona con depressione mascherata non ammette neanche con se stessa di stare male, ed allora, *"il corpo esprime un disagio psicologico che la mente non riesce a percepire"*.

D'altro canto nella nostra cultura è più plausibile ed accettabile soffrire di problemi fisici che non di turbe emotive e di "dolore psichico".



I sintomi ansioso depressivi somatizzati, i più disparati e camuffati, con associate spesso turbe neurovegetative (vampate di calore, sudorazione, etc), rappresentano i motivi più frequenti di accesso agli studi specialisti di tutte le discipline, agli ambulatori di medicina generale, all'infuori che dallo specialista che dovrebbe gestire, per competenza, la depressione di fondo che sottende ai sintomi fisici, di tipo funzionale e senza nessuna base organica.

I sintomi più frequentemente accusati sono i più svariati:

- lombalgie,
- mal di schiena,
- coliche addominali migranti,
- precordi algie,
- poliartralgie,
- mialgie,
- dolori pelvici,
- cefalea,
- facile faticabilità,
- confusione mentale,
- nausea,
- vertigini soggettive,
- e spesso calo della libido.



Tutti disturbi fisici di "conversione".

Tali sintomi sono assai più frequenti, circa il doppio, nelle donne che negli uomini.

L'umore però non pare deflesso, non vi è pessimismo, diminuzione dell'autostima ed auto denigrazione delle sindromi depressive tipiche.

Sono infatti tutti sintomi della depressione mascherata che nascondono il vero disagio sottostante che, troppo spesso, rimane misconosciuto per lungo periodo.

Il destino di tali pazienti è purtroppo quello di consultare "a giro" un innumerevole quantità di specialisti di tutte le branche, alla vana ricerca di spiegazioni dei sintomi fisici prima elencati, e nella ricerca di una risposta al loro disagio. E così iniziano ad effettuare una serie di accertamenti sempre più approfonditi, diventando cibo prelibato per colleghi "volponi", da esami di laboratorio, dosaggi ormonali, TAC, ecografie RMN, RX, etc.



In realtà a questi pazienti andrebbe data l'opportunità di "smascherare" i sintomi fisici e la struttura depressiva personologica sottostante, avviandoli dallo specialista psichiatra per la risoluzione dei problemi in chiave introspettiva.

Anche noi endocrinologi dovremmo, per primi, saper riconoscere il vero disagio psicologico sommerso, ascrivendo il sintomo fisico riferito ad un quadro psicopatologico e sottraendolo a quello somatico.

Interessante e degno di menzione è anche lo studio effettuato su un campione di 92 donne di età tra 23 e 66 anni affette da tiroidite di Hashimoto, da cui è emerso che i sintomi "GOLA" frequentemente accusati dall'endocrinologo erano: il nodo alla gola, il bolo che non riesce a scendere, la sensazione di oppressione anterocervicale, di mano che stringe la gola, la sensazione di costrizione alla gola, la saliva che va di traverso, la disfagia e la dispnea.

Tutti questi sintomi accusati non trovavano però nessun corrispettivo clinico ecografico ed ormonale.

Nessuna delle sensazioni fastidiose alla gola e al collo erano o potevano essere riconducibili alla disfunzione tiroidea, non essendo giustificate da un punto di vista clinico e strumentale.

In particolare all'esame ecografico non risultavano masse o noduli di dimensioni tali da provocare sintomatologia compressiva delle strutture anatomiche anterocervicali.

Inoltre anche i valori ormonali di funzionalità tiroidea rientravano nel range di normalità, a riprova del buon compenso ormonale della malattia di Hashimoto e normodosaggio della terapia con levotiroxina (Eutirox). Anche nei casi di tiroidite di Hashimoto pre/sub-clinica, non in terapia tiroxinica, i valori ormonali e in particolare il TSH era nel range normale e non giustificava la sintomatologia "gola" accusata e risultavano alterati solo gli autoanticorpi AbTPO e AbTg, com'è caratteristica della tiroidite di Hashimoto.

Il dato importante che è emerso dallo studio è che le pazienti erano convinte che i loro sintomi erano attribuibili ad una disfunzione tiroidea. Non accusavano sintomi depressivi né ansia manifesta ma solo una facile irritabilità con instabilità dell'umore anche nell'arco della stessa giornata. Accusavano appunto marcata astenia, facile faticabilità, un fastidioso nodo in gola, oppressione alla gola, sensazione di mano che stringe la gola, la saliva che andava di traverso. Emergeva evidente inoltre il contrasto tra la difficoltà ad aprirsi su un piano psicologico parlando del proprio vissuto emotivo, quasi a protezione del proprio mondo intimo affettivo, e la estrema minuziosa e dettagliata descrizione della costellazione sintomatologica fisica "mascherante" la struttura depressiva.

In **conclusione**, tali interessanti studi devono essere motivo di riflessione ed uno stimolo affinché la tiroidite di Hashimoto possa essere inquadrata in modo multidisciplinare, coinvolgendo, quando necessario, lo specialista psichiatra o magari anche richiedendo un supporto psicologico, tenendo sempre presente la celebre frase dello psichiatra e noto psicanalista R. Rossi: "**La depressione è come Proteo, mostro marino, che cambia forma continuamente; così la depressione muta forma, habitus e bisognerebbe essere capaci di conoscerla in tutte le sue forme**".

BIOGRAFIA:

- TIROIDITE DI HASHIMOTO: ASPETTI PSICOLOGICI, Univ. La Sapienza di Roma Dip. Scienze Psichiatriche, Prof Fioravanti, Relat Prof.ssa: Di Giusto M. Dott R. Scutari - Tesi di spec. (2007/2008)
- TIROIDITE DI HASHIMOTO E DEPRESSIONE MASCHERATA, articolo della Dott.ssa Scutari (web)
- OSSERVAZIONI PERSONALI