

ANSIA E DEPRESSIONE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

UTILI STRUMENTI DI LAVORO

Resoconti del webinar ECM
25 marzo – 18 novembre 2021

CON IL PATROCINIO DI:



SIP-Lo
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria



IN COLLABORAZIONE CON:

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitana



ANSIA E DEPRESSIONE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

UTILI STRUMENTI DI LAVORO

Resoconti del webinar ECM
25 marzo – 18 novembre 2021

CON IL PATROCINIO DI:



SIP-Lo
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria



IN COLLABORAZIONE CON:

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Milano
Città Metropolitan

INDICE

INCONTRO I - ANSIA E DEPRESSIONE NELLA PANDEMIA COVID-19 COVID-19 E IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE. LA DEPRESSIONE <i>CLAUDIO MENCACCI</i>	7
—	
LA PANDEMIA COVID-19 L'IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE DEGLI OPERATORI SANITARI <i>GIANCARLO CERVERI, CHIARA CIBRA, MARIA MARASCO, CHIARA GROSSI</i>	15
—	
INCONTRO II - LA VALUTAZIONE DELLA PATOLOGIA DEPRESSIVA LA PREVALENZA DELLA PATOLOGIA DEPRESSIVA NELLE DIVERSE FASI DELLA PANDEMIA COVID-19 <i>PORCELLANA M., MORGANTI C., DI BERNARDO I., PERCUDANI M.</i>	21
—	
BREVE ESPERIENZA DI MINDFULNESS <i>VALERIA GARAVAGLIA</i>	25
—	
III INCONTRO — IL TRATTAMENTO DELLA PATOLOGIA DEPRESSIVA ESERCIZI DI RESPIRAZIONE GUIDATA CONSAPEVOLE <i>VIVIANA VENTURI</i>	28
—	
IV INCONTRO — LA VALUTAZIONE DELLA PATOLOGIA ANSIOSA SELF COMPASSION <i>VALERIA GARAVAGLIA</i>	32
—	
V INCONTRO — IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI D'ANSIA LE DIMENSIONI DELL'ANSIA NEL SETTING DI MEDICINA GENERALE E CONSIDERAZIONI SULL'IMPATTO DELLA PANDEMIA <i>GIAN CARLO BELLONI, VALENTINA CARICASOLE, PAOLA ARTIOLI</i>	35
—	
VI INCONTRO — PANDEMIA COVID-19 E DIPENDENZE: EFFETTI OSSERVATI E ATTESI ALLENARSI A STAR BENE <i>VALERIA GARAVAGLIA</i>	43

ANSIA E DEPRESSIONE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

UTILI STRUMENTI DI LAVORO

La pandemia Covid-19 ha impattato sul sistema sanitario lombardo con elevata intensità. Se gli Ospedali hanno dovuto fronteggiare l'ondata di accessi in Pronto Soccorso, nei reparti di Terapia Intensiva e in quelli approntati per gestire le diverse necessità di intensità di assistenza, il sistema della medicina territoriale si è trovato nella necessità di rispondere a bisogni di cura nuovi (Covid-19) e antichi in una situazione di grande stress emotivo che ha coinvolto la popolazione generale ma anche tutti gli operatori del sistema sanitario.

Il corso nasce dunque dall'idea di fornire ai Medici di Medicina Generale degli strumenti utili sia dal punto di vista tecnico che esperienziale per gestire i disturbi psichici più comuni nella loro attività clinica quotidiana. Si articola in un percorso di 7 incontri di circa 50 minuti l'uno in cui verranno proposti strumenti di semplice utilizzo sia dal punto di vista diagnostico che trattamentale per affrontare le patologie psichiche con particolare attenzione alle specificità emerse durante la pandemia Covid-19. Le tematiche affrontate saranno i disturbi depressivi, d'ansia, del sonno e quelli correlati a problematiche di dipendenza da alcol o sostanze. Verranno inoltre forniti specifici strumenti di lavoro utili a migliorare la gestione dello stress e favorire una maggiore resilienza. Strumenti che potranno essere proposti ai propri pazienti ma anche utilizzati nella propria esperienza quotidiana quando ritenuto utile ad implementare la capacità di gestione delle sollecitazioni emotive.

RESPONSABILI SCIENTIFICI

Galdino Cassavia

*Direttore Dipartimento Cure Primarie
ATS Milano*

Giancarlo Cerveri

*Direttore Dipartimento di Salute Men-
tale ASST di Lodi*

Rossana A. Giove

Direttore Socio Sanitario ATS Milano

Claudio Mencacci

*Direttore Dipartimento di Psichiatria
ASST Fatebenefratelli Sacco Milano*



ANSIA E DEPRESSIONE DURANTE LA PANDEMIA COVID-19: UTILI STRUMENTI DI LAVORO

CALENDARIO INCONTRI 2021

25 MARZO
15 APRILE
13 MAGGIO
17 GIUGNO
23 SETTEMBRE
7 OTTOBRE
18 NOVEMBRE

ORE 13.30 - 14.30

WEBINAR ECM

Con il patrocinio di:



SIP-Lo
Sezione Regionale Lombarda
della Società Italiana di Psichiatria

In collaborazione con:

Sistema Socio Sanitario



ATS Milano
Città Metropolitana

I INCONTRO – 23 MARZO 2021
ANSIA E DEPRESSIONE
NELLA PANDEMIA
COVID-19

COVID-19 E IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE. LA DEPRESSIONE

CLAUDIO MENCACCI

Direttore Emerito DSMD-Neuroscienze Asst Fatebenefratelli-Sacco Milano

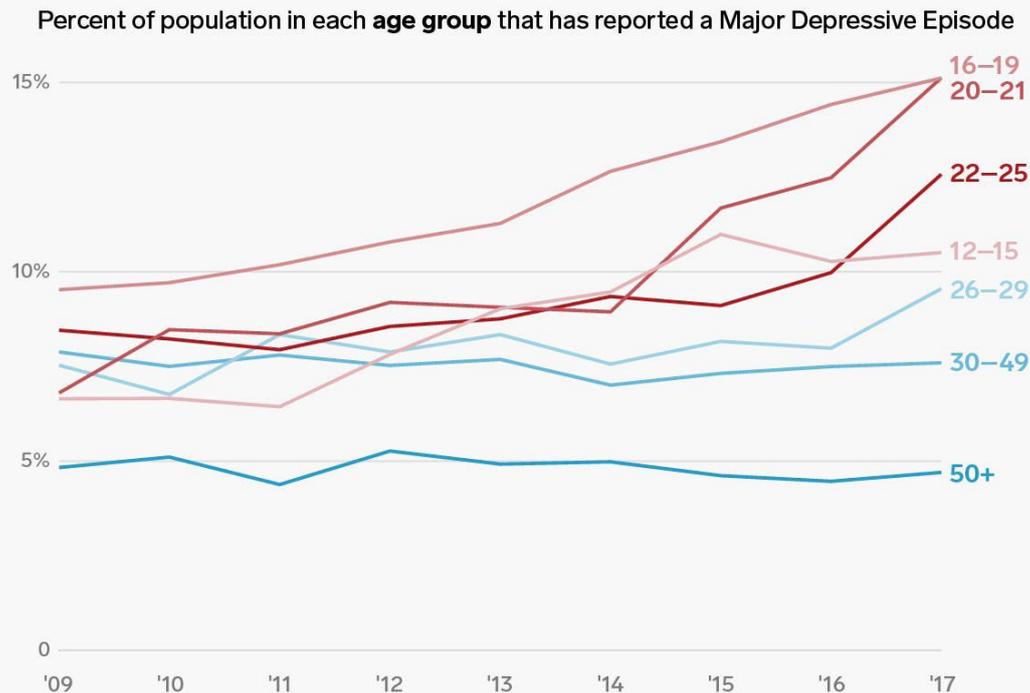
Co-Presidente Società Italiana di Neuropsicofarmacologia

La depressione è uno dei disturbi mentali con la maggiore prevalenza nella popolazione generale. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riporta una prevalenza della depressione di più di 320 milioni di persone nel mondo, corrispondente al 4,4% della popolazione globale (Smith et al., 2014; Friedrich, 2017)

Gli ultimi studi pubblicati su *The Lancet Public Health* indicano il 6,4% della popolazione europea affetta da depressione, a partire dai dati della *European Health Interview Survey*, raccolti tra il 2013 e il 2015. In totale, sono state utilizzate le risposte di 258.888 persone provenienti da 27 paesi europei. La prevalenza della depressione è stata calcolata utilizzando una scala a otto item (PHQ-8) che valuta la presenza e l'intensità dei sintomi depressivi, escludendo pensieri di morte o suicidio (De la Torre 21). Il 6,4% è superiore a quella stimata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, del 4,4%.

Nelle donne, che rappresentavano il 52,2% del campione, la prevalenza di questa patologia era del 7,7%, più alta di quella registrata per gli uomini, del 4,9%. La prevalenza complessiva è elevata, la media per tutti i paesi supera il 6%. I paesi con un maggiore sviluppo economico e quindi, presumibilmente, migliori risorse sanitarie e di assistenza, hanno una maggiore incidenza rispetto ad altri paesi economicamente meno sviluppati. I paesi con la più alta prevalenza sono l'Islanda (10,3% della popolazione), il Lussemburgo (9,7%), la Germania (9,2%) e il Portogallo (9,2%). Quelli con i tassi più bassi sono la Repubblica Ceca (2,6%), la Slovacchia (2,6%), la Lituania (3%) e la Croazia (3,2%). I paesi con la più alta percentuale di uomini che soffrono di un disturbo depressivo sono Germania e Irlanda, mentre i più bassi sono la Repubblica Ceca e la Slovacchia. Per le donne, i paesi con i tassi più alti sono Germania e Lussemburgo, mentre i più bassi sono Slovacchia e Repubblica Ceca. Questi risultati suggeriscono che fattori demografici, culturali e socio-politici, come l'accesso ai servizi sanitari, la precarietà del lavoro o l'aumento del costo della vita, possono essere fattori determinanti nelle differenze osservate. Le persone più

Depression rates by age, 2009–2017



Source: Journal of Abnormal Psychology, Twenge et al.

Insider Inc.

colpite dalla depressione sono le persone anziane, le persone non nate nell'Unione Europea, quelle che vivono in aree densamente popolate, gli individui con malattie croniche e che svolgono poca attività fisica, le persone con livelli di istruzione e reddito inferiori. I risultati dello studio indicano anche che i paesi dell'Europa occidentale hanno tassi di depressione più elevati rispetto ai paesi dell'Europa orientale. La depressione è quindi oggi più che mai un'emergenza sanitaria e sociale: l'Organizzazione Mondiale della Sanità aveva previsto che nel 2030 l'impatto delle malattie mentali nel mondo avrebbe superato quello delle patologie cardiovascolari, ma oggi la depressione è già la prima causa di disabilità (Friedrich, 2017) e secondo molte stime la pandemia di Covid-19 ne sta ulteriormente incrementando l'incidenza anche a causa della crisi sanitaria ed economica in atto (The Lancet infectious disease, 2020). Inoltre la sua distribuzione per età mostra un netto incremento negli ultimi 2009-2017 anni nella popolazione adolescenziale e giovanile

Il numero di vittime (superiori a 128.000 in Italia e oltre 4,3 milioni in tutto il mondo (dato agosto 2021) rappresenta di certo il riscontro tangibile e sconvolgente di un evento che ha assunto nel corso dei mesi proporzioni planetarie, ma che non ha mai smesso di vivere in ciascuno di noi secondo declinazioni personali e soggettive.

Sicuramente, tuttavia, il presentarsi di un quadro ansioso-depressivo rappresenta la più comune reazione psicopatologica della popolazione generale da quando esposta al Covid-19 (Salari et al.)

LA SINDEMIA

La pandemia di SARS-CoV2 sta determinando quindi un forte aumento dello stress e della frequenza di sintomi ansiosi, depressivi e di insonnia nella popolazione. Per alcuni si tratta di una **pandemia emozionale**, una vera e propria emergenza della salute mentale da COVID-19, come definita dall'OMS, in cui è aumentata in maniera esponenziale la sintomatologia psichiatrica nella popolazione generale.

Una crescita imponente tanto da definirla come una 4a ondata.

Per Horton (Lancet 2020) si dovrebbe parlare di **sindemia**, intesa come insieme di patologie pandemiche non solo sanitarie, ma anche sociali, economiche, psicologiche, dei modelli di vita, di lavoro, di fruizione della cultura e delle relazioni umane.

La sindemia implica una relazione tra più malattie e condizioni ambientali o socio-economiche, l'interagire tra queste patologie rafforza e aggrava ciascuna di esse.

L'infezione peggiora un'altra patologia come il diabete, la malattia oncologica, cardiovascolare, renale. L'aggressività del Covid dipende dalle malattie presenti nel contesto che viene aggravato dalle disparità sociali ed economiche

La pandemia ha amplificato l'impatto dei fattori socio-ambientali non favorevoli: povertà, stigma, stress, isolamento, inquinamento, cattiva alimentazione.

La sindemia ha bruciato nel giro di 18 mesi la speranza di vita di 1,4 anni negli uomini e di 1,0 anno nelle donne (con punte di 2,6 anni in Lombardia), questo per l'aumento della mortalità dovuta a cause come demenze (+49%), diabete (40.7%), cardiopatie (40.2%), oltre alla riduzione del PIL di 5,1% punti rispetto al 2019. In pratica è stato persa l'aumentata speranza di vita conquistata in 10 anni.

Numerosi studi condotti sulla popolazione italiana durante la pandemia hanno mostrato un notevole aumento della sintomatologia depressiva, ansiosa e dei disturbi del sonno.

I sintomi ansiosi e soprattutto depressivi secondari alla pandemia si possono schematizzare in quattro tipi: quelli legati alle conseguenze del COVID, quelli dovuti all'isolamento sociale e alla paura del contagio, quelli legati alla perdita di un congiunto a causa della malattia e infine quelli generati dalla grave crisi economica che stiamo cominciando ad affrontare.

Secondo un report dell'European Academy of Neurology e su Lancet (2021) 1 paziente su 3 nel post Covid ha presentato disturbi neuropsichiatrici entro 3 mesi dalla

malattia, tra cui una netta prevalenza di depressione oltre alla astenia, brain fog, cefalea disgeusia, anosmia

La meta-analisi di Wu T (JAD 21) ha analizzato 66 studi (221.970 partecipanti) ed è stata condotta per analizzare la prevalenza di: depressione, ansia, angoscia e insonnia durante la pandemia COVID-19, senza restrizioni di tipo geografico.

La prevalenza di questi disturbi è stata calcolata in:

- *Depressione* 31,4% (27,3-35,5%),
- *Ansia* 31,9% (27,9-36,0%),
- *Angoscia* 41,1% (32,6-49,8%),
- *Insonnia* 37,9% (29,9-46,2%).

Gli effetti a lungo termine di quanto accaduto e sta avvenendo, nonostante il sollievo dato dal progredire della campagna di vaccinazione, non è ancora noto: siamo di fronte a un fiume carsico, la cui emergenza si svilupperà a distanza di mesi e forse anni soprattutto per i cluster che si sono dimostrati più sensibili (adolescenti-donne-anziani)

Fin dai primi mesi della pandemia era chiaro come questa emergenza sanitaria coinvolgesse oltre ai pazienti, anche i familiari (a causa dei lutti), i sanitari (esposti alla paura per sè stessi e per la propria famiglia) e la popolazione generale, combattuta tra il peso di limitazioni importanti alla propria libertà personale e il timore di un nuovo male sconosciuto. Il mondo è stato unito in una sorta di evento traumatico collettivo onnipresente che ha iniziato a modificare le abitudini sociali della popolazione mondiale (Bao 2020).

Sono migliaia gli studi condotti nel mondo dall'inizio della pandemia

Tra i primi, uno studio condotto in USA su 1.441 indagati attraverso CLIMB (Covid and life stressor impact on Ment.Health) ha mostrato un aumento di 3 volte dei sintomi depressivi, 27,8% durante la pandemia rispetto al 8,5% del 2019. Sono aumentati i sintomi lievi di 2,6 volte, quelli moderati di 3,7 volte e quelli gravi di 7,5 volte, tanto da indicare un trend traumatico maggiore

rispetto a traumi collettivi come quello dell'11 settembre 2001 (Torri Gemelle) e dell'uragano Katrina.

Una survey condotta in Italia, su 2.766 partecipanti, ha messo in evidenza come il 32% dei soggetti avesse elevati sintomi depressivi e il 19% elevati sintomi ansiosi (Mazza et al., 2020). Tali numeri sono molto più elevati rispetto al 6% di soggetti italiani indagati nel triennio 2015-2018 che ha riferito sintomi depressivi.

Un recente articolo (JAD 21) indica come in Italia durante il lockdown più del 40% delle persone che soffrivano di ansia e depressione avessero riferito un peggioramento dei sintomi e come le restrizioni imposte per il controllo della pandemia abbiano modificato lo stile di vita e la salute mentale della popolazione. In questi contesti il genere femminile è risultato più esposto alle problematiche di salute mentale con un peggioramento della qualità del sonno, dei sintomi depressivi e ansiosi.

DEPRESSIONE - LUTTI COMPLICATI

Un'altra ragione per l'incremento dei quadri sindromici ansioso-depressivi è il lutto per i congiunti deceduti di chi è loro sopravvissuto.

L'Italia ad agosto 2021 piange oltre 128.000 morti accertate di SARS-CoV2. Per esse si può stimare, sicuramente per difetto, un numero di oltre 300.000 parenti stretti. Oltre alle normali sofferenze, fino al 10% di questi ultimi esperirà un lutto persistente e complicato (Carmassi et al., 2020) che si protrarrà oltre i 12 mesi e avrà caratteristiche, in termini di sintomi, funzionamento e qualità di vita, sovrapponibili a quelle di un episodio depressivo maggiore o di un disturbo post-traumatico da stress. Date le caratteristiche peculiari dei decessi, avvenuti a volte in casa senza possibilità di trasportare il proprio caro in ospedale, altre volte negli ospedali senza possibilità di rivedere il proprio caro, non si può escludere che i numeri saranno ancora maggiori.

Agli effetti diretti dell'epidemia andranno ad aggiungersi quelli della crisi economica da essa innescata. In Italia si stima che la pandemia da Covid-19 avrà un

effetto pesante sull'economia del nostro Paese, con una perdita ipotizzata del 10% del PIL e un forte aumento della disoccupazione e della povertà. Quanto sopra determinerà certamente un forte aumento dell'incidenza della depressione in Italia. Dati dell'Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane hanno infatti sottolineato che la depressione colpisce le persone più vulnerabili sul fronte socio-economico. Tra i soggetti adulti appartenenti ai due quinti di reddito più bassi si evidenziano infatti prevalenze di disturbi depressivi quasi doppie rispetto ai coetanei appartenenti ai due quinti più alti. Ciò significa che in Italia chi ha un reddito minore o uguale a 15.000 €/anno ha una probabilità doppia di ammalare di depressione rispetto a chi sta bene (≥ 20.000 €/anno). (Fonte: Ministero Economia e Finanza).

Oltre al basso reddito è soprattutto la disoccupazione a determinare un aumento del rischio di ammalarsi di depressione nelle società industrializzate. Gli effetti della perdita del lavoro sono stati ben osservati in Grecia, dove per effetto della crisi economica dal 2008 al 2013, i tassi di depressione nei maschi in età da lavoro hanno addirittura superato quelli delle donne, nelle quali il rischio di ammalare di depressione è solitamente doppio (Economou et al., 2016).

Uno studio tedesco condotto su 5.000 persone ha evidenziato che la disoccupazione determinava un rischio doppio di depressione, senza differenze di genere e indipendentemente dalla messa in campo di ammortizzatori sociali (Zuelke et al., 2018).

In Italia i dati sono ancora più preoccupanti: il 10,8% dei disoccupati tra i 35-64 anni riferisce sintomi depressivi contro il 3,5% dei coetanei occupati (Istat, 2018). Il rischio di ammalare di depressione sembra pertanto essere triplo nei disoccupati.

L'Italia ha un tasso di disoccupazione attorno al 10% della popolazione (Istat, 2020), ma ci sono stime che lo proiettano al 17% nel 2021 (Goldman Sachs, 2020) che tradotto in cifre significherebbe 4.200.000 di disoccupati in più.

Data una prevalenza di depressione del 5,8% nei soggetti

di età compresa fra i 35 e i 64 anni e il rischio 2-3 volte superiore di ammalarsi nei disoccupati, la disoccupazione generata dalla crisi economica potrebbe determinare un aumento dai 130-150 mila casi in più di depressione in Italia (Mencacci-Salvi JAD 21).

SOLITUDINE

I tempi attuali anche se appaiono rasserenarsi con il progredire delle vaccinazioni ridestano ancora risonanze emozionali ed esistenziali molto intense.

La conseguenza immediata di quanto lentamente ci stiamo lasciando alle spalle è il confinamento della solitudine, della paura della malattia e della morte, di una paura diffusa ed estesa a dismisura. La paura ha cambiato il nostro modo di vivere, di lavorare, di pensare e di sperare. Molte le figure della paura che si sono alternate e ciascuno ha dovuto far ricorso a quelle utili a farci conoscere i pericoli, a riconoscere i pericoli reali da quelli immaginari a mantenere un'intelligenza affettiva tale da mantenere relazioni rispettose della fragilità, delle insicurezze e delle ansie delle persone.

Abbiamo vissuto nel presente e nel passato, non nel futuro, e la solitudine dei pazienti, la solitudine degli adolescenti, degli anziani È esplosa dirompente nel mondo attraversato dalla Sindemia innescata dal Covid L'impatto della solitudine È stato uno dei fattori più negativi per gli esiti infelici del Covid su tante persone anziane, così come l'esplosione delle comorbidità cardiovascolari, oncologiche (meno prevenzione, meno cure) e l'effetto devastante della depressione da considerare ormai tra i fattori precipitanti per esiti negativi su molte malattie somatiche.

L'isolamento sociale, la riduzione dei contatti con amici e parenti non solo sono stati associati ad un aumento della solitudine, ma anche a disturbi cardiovascolari e ad altri effetti mediati dal sistema immunologico neuroormonale, all'aumento di fattori pro infiammatori che hanno pesato come fattore di rischio oltre a essere causa di depressione in 1 caso ogni 5. In solitudine le persone anziane hanno

anche maggiori probabilità di assumere ansiolitici, antidepressivi e antidolorifici rispetto ai coetanei che non si sentono soli. In un recente studio di Ashwin Kotwal (JAMA Internal Medicine) dimostra come le persone che si sentono molto sole assumano più farmaci (più sedativi, più benzodiazepine, più FANS, più oppioidi, e antidepressivi) esponendosi a un aumentato rischio di sperimentare la solitudine anche a causa dei farmaci stessi.

Solitudine che nasce da una discrepanza tra il livello di connessione sociale desiderata e quella effettiva ed è essa stessa correlata a povertà, disoccupazione, ad un incremento di mancanza di persone con cui fidarsi. Siamo una popolazione di persone anziane che spesso vive in solitudine: quasi il 12% (Eurostat) non ha nessuno con cui parlare. Per fortuna ci aiuta il titolo di studio tanto che si può dire che la povertà ci rende soli, ma la cultura no.

Forse la solitudine non avrà più una vertiginosa esplosione come in questi 18 mesi, ma il suo contraltare, l'isolamento sociale sicuramente proseguirà nel tempo.

Proprio in base a questa considerazione ogni assistenza sanitaria nel post Covid dovrà tenere conto dell'isolamento sociale e della solitudine e avviare programmi di tutoraggio tra pari, tra residenti in area, per mantenere legami sociali, attivare caregiver essenziali e riuscire ad utilizzare tutti i supporti sociali al fine di stimolare relazioni e supporti di comunità, ma soprattutto organizzare luoghi dove le persone soprattutto anziane possano accedere e utilizzare internet per connettersi per richiedere farmaci, visite mediche, accesso al cibo e ai supporti disponibili.

In Italia tra le persone con più di 75 anni quasi il 40% non hanno parenti o amici cui riferirsi in caso di bisogno (Istat). Tracciare la solitudine e l'isolamento sociale per prevenire e restituire salute è un compito fondamentale.

Dobbiamo far tesoro di esperienze in tutto il mondo (da Leeds, a New York a Chicago) e portare internet agli anziani, alle persone sole e isolate, dobbiamo avviare una campagna di "alfabetizzazione tecnologica e digitale", coinvolgere anche chi ha 60 anni in un corso di istruzione popolare per il recupero dell'adulto analfabeta digitale.

Confidiamo che il PNRR, che prevede nella prima delle sue Missioni un impulso alla digitalizzazione, possa essere di aiuto anche ai nostri pazienti

In fondo la psichiatria ha il compito di decifrare i segni del tempo: il tempo del coronavirus, le sue tristezze, le sue angosce, le fragilità, le insicurezze, ma anche le sue speranze e le sue attese.

In questo contesto le persone che presentano disturbi mentali sono state maggiormente esposte ad aggravamento sia per riduzione accesso alle cure che essere soggette a forme più gravi di Covid-19, come una metanalisi su 23 studi che comprendevano una popolazione totale di 1.469.731 pazienti con Covid-19 provenienti da 22 paesi. (Vai B. Lancet Psychiatry)

Tra queste persone, 43.938 avevano disturbi psicotici, disturbi dell'umore, da uso di sostanze, d'ansia, disabilità intellettuali e disturbi dello sviluppo. Gli Autori hanno osservato che tutti i disturbi mentali, in particolare quelli psicotici e dell'umore, e tranne i soli disturbi d'ansia, si sono accompagnati a un rischio aumentato di mortalità per l'infezione da Sars-CoV-2, ma non di ricovero in terapia intensiva. Gli autori sostengono che la causa di questa situazione potrebbe risiedere nelle alterazioni immuno-infiammatorie che fisiopatologicamente sono alla base di alcuni problemi psichiatrici, o in una maggiore frequenza di comorbilità e in stili di vita poco salutari che si presentano in molti casi in questi pazienti. Non da ultimo, queste persone potrebbero anche avere una minore possibilità di accesso alle cure necessarie, e questo potrebbe spiegare il mancato aumento in tale popolazione dei ricoveri in terapia intensiva.

In quest'ottica la possibilità di un intervento precoce, di tipo diagnostico e terapeutico, risulta fondamentale per arginare il "diffondersi" della patologia psichica. Occorre quindi che sia garantito e agevolato l'accesso ai servizi specialistici, evitando situazioni di stigma, dialogando con i Colleghi della medicina generale con i pediatri di libera scelta, i servizi territoriali come i consultori. Sono inoltre necessari adeguati interventi sociali che, tenendo

conto delle vulnerabilità individuali, evitino l'esposizione a quadri di stress eccessivi che diminuiscano il senso di solitudine che a volte gli individui percepiscono nell'esposizione alla crisi sociale ed economica associata alla pandemia da Covid-19. I nostri risultati supportano la necessità di approcci mirati per la gestione e la prevenzione del Covid-19. Si evince l'importanza della presa in carico di questa sofferenza psichica e la necessità di una particolare attenzione della medicina del territorio

La "tempesta perfetta" (crisi sanitaria, emotiva ed economica) va contrastata anche con un potenziamento dei servizi di salute mentale e con campagne di prevenzione e di screening nelle popolazioni più a rischio (donne, giovani, anziani,) per ridurre i rischi e promuovere la resilienza. Occorre prendersi cura della pandemia emozionale e curare la paura della paura.

BIBLIOGRAFIA

1. Arias-de la Torre J., Vilagut G, Ronaldson A., Serrano-Blanco A., Martín V., Peters M., Valderas J.M., Dregan A., Alonso J., *Prevalence and variability of current depressive disorder in 27 European countries: a population-based study*. *Lancet Public Health*. May 4:S2468-2667(21)00047-5, 2021. DOI: 10.1016/S2468-2667(21)00047-5.
2. Bao Y., Sun Y., Meng S., Shi J., Lu L., *2019-nCoV epidemic: address mental health care to empower society*. *Lancet*, 2020.
3. Carmassi C., Cerveri G., Bertelloni C.A., Marasco M., Dell'Oste V., Massimetti E., Gesi C., Dell'Osso L., *Mental health of frontline help-seeking healthcare workers during the COVID-19 outbreak in the first affected hospital in Lombardy, Italy*. *Psychiatry Res*. 2021 Apr;298:113763. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113763. Epub 2021 Jan 26. PMID: 33545425; PMCID: PMC7835096.
4. Cerveri G., *Una particolare attenzione all'ansia ai tempi del Covid-19*. *Psichiatria Oggi AnnoXXXIV*, 1, 2021.
5. Gesi C., Grasso F., Dragogna F., Vercesi M., Paletta S., Politi P., Mencacci C., Cerveri G., *How Did COVID-19 Affect Suicidality? Data from a Multicentric Study in Lombardy*. *J Clin Med*, May 29;10(11):2410, 2021. DOI: 10.3390/jcm10112410. PMID: 34072386.
6. Horton R., *Offline: Covid-19 is not a pandemic*. September 26 *Lancet*, 2020.
7. Huang Y., Zhao N., *Generalized anxiety disorder, depressive symptoms and sleep quality during COVID-19 outbreak in China: a web-based cross-sectional survey*. *Psychiatry Res*, 288, 112954, 2020.
8. Kotwal A.A. et Al., *Use of high-risk Medications among lonely older Adults*. *Jama Inten Med*, 2021.
9. Lai J., Ma S., Wang Y., et al., *Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019*. *JAMA Network Open*, 3(3):e203976, 2020.
10. Lei L., Huang X., Zhang S., Yang J., Yang L., Xu M., *Comparison of Prevalence and Associated Factors of Anxiety and Depression Among People Affected by versus People Unaffected by Quarantine During the COVID-19 Epidemic in Southwestern China*. *Med. Sci. Monit*, 26, e924609, 2020.
11. Mazza C., Ricci E., Biondi S., Colasanti M., Ferracuti S., Napoli C., Roma P., *A Nationwide Survey of Psychological Distress among Italian People during the COVID-19 Pandemic: immediate Psychological Responses and Associated Factors*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 2020; 17 (9), 3165.
12. Mencacci C., Salvi V., *Expected effects of Covid-19 outbreak on depression incidence in Italy*. *Journal Affective Disorders* 278, 2021.
13. Orthmann N.(a cura), AAVV, *Covid-19 e salute di genere: da pandemia a sindemia Esperienze, nuove consapevolezza, sfide future*. *Libro Bianco Onda Franco Angeli Editore*, Milano, 2021.
14. Penninx B.W., Pine D.S., Holmes E.A., Reif A., *Anxiety Disorders*. *Lancet*, 397: 914–27, 2021.
15. Salari N., Hosseini-Far A., Jalali R. et al., *Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. *Globalization and Health*, 16, 57, 2020.
16. Shear M.K., Ghesquiere A., Glickman K., *Bereavement and complicated grief*. *Curr. Psychiatry Rep.*, 15 (11), 406, 2013.
17. Smith L., Jacob L., Yakkundi A., McDermott D., Armstrong N.C., Barnett Y., López-Sánchez G.F., Martin S., Butler L., Tully M.A., *Correlates of symptoms of anxiety and depression and mental wellbeing associated with COVID-19: a cross-sectional study of UK-based respondents*. *Psychiatry Res*, 291, 113138, 2020.
18. Sønderkov K.M., Dinesen P.T., Santini Z.I., Østergaard S.D., *The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic*. *Acta Neuropsychiatr*, 1–3, 2020.
19. Tang F., Liang J., Zhang H., Kelifa M.M., He Q., Wang P., *COVID-19 related depression and anxiety among quarantined respondents*. 2020.
20. Toquet M., Luciano S., Gaddes J., Harrison P., *Bidirectional associations between Covid 19 and psychiatric disorders retrospective cohort studies of 62354 Covid 19 cases in the Usa*. *Lancet psychiatry*, 2021.
21. Twenge J.M. et Al., *Age, period, and cohort trends in mood*

- disorder indicators and suicide related outcomes in a Nationally representative dataset 2005-2017*. Journal of Abnormal Psychology, Vol 128, 2019.
22. Vai B., Mazza G., Delli Colli C. et Al., *Mental disorders and risk of Covid 19 related mortality, hospitalisation, and intensive care unit admission: a systematic review and meta-analysis*. Lancet Psychiatry June 2021.
23. World Health Organization (WHO), *The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services. Results of a rapid assessment*. Geneva, October 5th, 2020.
24. Wu T. et al., *Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis*. J Affect Disord. Feb 15;281:91-98, 2021.

LA PANDEMIA COVID-19 L'IMPATTO SULLA SALUTE MENTALE DEGLI OPERATORI SANITARI

GIANCARLO CERVERI *, CHIARA CIBRA,
MARIA MARASCO, CHIARA GROSSI

* *Direttore DSMD ASST Lodi*

Come molti ricordano la pandemia Covid-19 ha avuto una storia peculiare nella provincia di Lodi. Tutto è avvenuto un po' prima che da altre parti. Una minima differenza temporale che ha significato tantissimo per coloro che hanno vissuto in prima linea quelle giornate. Presso il Presidio Ospedaliero di Codogno il giorno 20 febbraio del 2020 la dr.ssa Malara, una collega anestesista si è trovata a curare un giovane individuo con una polmonite grave e atipica. Il paziente era stato indagato a lungo, aveva avuto una vita attiva, aveva incontrato molte persone nei giorni precedenti il ricovero ma non era stato in Cina o aveva avuto contatti con persone che erano state in Cina. Insomma, non era a rischio di quella strana malattia di cui si sentiva parlare come qualcosa di lontano che non sarebbe mai arrivata veramente in Italia. Sembrava uno di quegli allarmi antincendio che suonano a vuoto perché il sensore è troppo sensibile... E invece la collega insiste con la direzione sanitaria, contro il protocollo decide di effettuare il tampone a quello che sarà poi definito il "Paziente 1". Passano 16 giorni dal 20 febbraio all'inizio del lockdown in tutto il paese il giorno 8 marzo. Sono 16 giorni lunghissimi fatti di zona rossa nella parte sud della provincia ma soprattutto sono 16 giorni in cui si pensa che il problema riguardi solo la Provincia di Lodi e pochi altri centri (Vo'Euganeo in Veneto e poi Alzano Lombardo in provincia di Bergamo). Ed è un periodo in cui non ci sono procedure non ci sono indicazioni su cosa fare come comportarsi. Tutto è da definire e tutto si caratterizza per un elevatissimo grado di stress per la popolazione delle zone colpite ma soprattutto per il personale sanitario. L'effetto è difficile da descrivere. L'ospedale di Lodi in pochi giorni si è trovato nel pieno di una pandemia che poi si è scoperto largamente diffusa. Coloro che prima stavano male a casa pensando di avere un'influenza, sono giunti in Pronto Soccorso. L'impatto sui servizi è stato enorme. Si è creata una specifica Unità di Crisi, nell'arco di poco tempo sono giunti colleghi di Medici senza Frontiere. Molti di coloro che lavoravano nelle strutture sanitarie dedicate all'urgenza si sono sentiti proiettati in

uno scenario irreali. Hanno dovuto affrontare paure per sé e per i propri cari in una condizione in cui ancora non si conosceva nulla di ciò che stava accadendo. Nell'arco di poche ore e di pochi giorni si sono dovuti affrontare problematiche diverse che andavano dal trasferimento di interi reparti con l'indicazione per infermieri e medici di cambiare luogo di lavoro e spesso anche colleghi e mansioni abituali. Per esempio una delle prime decisioni assunte dalla Direzione dell'ASST è stata la chiusura del Pronto Soccorso di Codogno ed il trasferimento di tutte le attività sul presidio centrale di Lodi per garantire meglio la sicurezza dei pazienti e del personale nella necessità di avere spazi adeguati a due linee separate di trattamento, quella Covid e quella per pazienti non affetti da Covid-19. Qualcosa che adesso sembra naturale ma che al momento è stato il frutto di una riflessione concitata e carica di incertezze. In questo frangente capitava anche che molti sanitari fossero risultati positivi al tampone o ammalati in condizioni più o meno gravi. Per chi rimaneva al lavoro i turni erano aumentati. Era presente il timore di ammalarsi e di trasmettere l'infezione ai colleghi e ai propri familiari. A questo si aggiungeva una inevitabile impreparazione tecnica di un sistema che non era pronto a ciò che in poche settimane avrebbe coinvolto l'intero continente. In alcuni momenti è stato difficile garantire la certezza delle forniture di adeguati strumenti di protezione individuali. Il tutto si univa a enormi richieste di intervento per il personale in servizio nei reparti di urgenza, in Pronto Soccorso, in rianimazione e nei neonati reparti Covid con un'esposizione del tutto inusuale a decessi di persone ricoverate. Insomma, la situazione ideale per andare incontro ad un Disturbo Psicologico correlato allo Stress. I Servizi Psichiatrici hanno condiviso molti di questi cambiamenti. Personalmente dirigo il reparto di Psichiatria a Codogno. I servizi territoriali psichiatri nella Provincia di Lodi hanno continuato a funzionare in una condizione di grandissima difficoltà. Molti operatori si sono ammalati di Covid-19, il reparto e un Centro Psicossociale sono rimasti chiusi nella "Zona Rossa" istituita

nella parte sud della provincia per contenere la diffusione dell'infezione. È stato necessario garantire la presenza degli operatori, si è riorganizzato il lavoro e le modalità di visita. In un editoriale pubblicato sulla rivista della Società Italiana di Psichiatria viene descritto in modo dettagliato il cambiamento avvenuto in quelle prime settimane (Cerveri, 2020). In un articolo pubblicato poi sull'autorevole rivista JAMA è riportata una riflessione ampia sulle sfide che i Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze hanno affrontato nei primi mesi della pandemia (De Girolamo et al 2020). Tra le richieste che la nuova condizione poneva alla gestione dei servizi di salute mentale è ampiamente descritta anche la necessità di rispondere alle richieste di assistenza e supporto che gli operatori sanitari ponevano in relazione allo stress prodotto dalle condizioni sopradescritte.

Non è stato dunque inatteso che il Direttore del Pronto Soccorso di Lodi prima della fine del mese di febbraio del 2020 mi chiamasse chiedendo la possibilità di un sostegno per gli operatori coinvolti più direttamente dall'emergenza. Fin da subito, mi segnalò, che erano emerse difficoltà molto molteplici che potevano essere ricondotte alle seguenti caratteristiche:

Fenomeni di **intrusione**, cioè pensieri angoscianti ricorrenti e intrusivi o sogni legati alla pandemia che non permettevano un adeguato riposo.

Stato d'animo negativo, con incapacità di avere atteggiamenti positivi in qualche momento. Atteggiamenti o comportamenti di **natura dissociativa**, soprattutto con sensazione di alcuni operatori di estraneità alla situazione che stavano vivendo, fino alla sensazione continua di vivere dentro ad un sogno. Per altri erano prevalenti comportamenti caratterizzati **evitamento**, in modo innaturale alcuni operatori vivevano come se "facessero finta di nulla". Frequenti erano poi osservabili fenomeni di **attivazione**, in particolare erano frequenti fenomeni di irritabilità, scoppi di ira o esagerate risposte di allarme e ipervigilanza.

Insomma, il direttore del servizio di emergenza urgenza osservava la necessità di un intervento di valutazione ed eventualmente cura per poter garantire una adeguata risposta da parte del personale in una condizione di eccezionale stress.

I DISTURBI DA STRESS NEL PERSONALE SANITARIO

Negli ultimi anni diversi studi clinici ed epidemiologici hanno messo in luce come gli operatori sanitari siano particolarmente soggetti a sviluppare quadri psicopatologici variamente articolati, ma riconducibili a forme stress-correlate. Tra queste, rientra ormai anche nel linguaggio comune il concetto di “**sindrome da burnout**” (BOS), ad indicare, secondo una delle più autorevoli definizioni in materia, una sindrome da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e riduzione delle capacità mentali (Maslach, 1982), derivante dallo squilibrio fra le richieste lavorative e le capacità della persona di soddisfarle.

Recentemente è emerso altresì il potenziale traumatico correlato ad alcune categorie lavorative, al punto che nell'ultima edizione del Manuale Statistico e Diagnostico dei disturbi mentali (DSM-5) (APA, 2013), per la prima volta, l'esposizione professionale ripetuta o estrema a dettagli crudi di evento/i traumatico/i, tipica degli operatori che si trovino sovente in contatto con quadri clinici estremamente critici e spesso fatali, viene contemplata come possibile criterio A, necessario per porre diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD). Si è assistito nel contempo ad un crescente interesse in letteratura sul personale sanitario esposto a simili eventi, in particolare quello impiegato nei reparti di Emergenza-Pronto Soccorso e di Terapia Intensiva, ed in effetti in molteplici studi sono stati evidenziati fra gli operatori alti livelli di ansia, depressione, BOS ed una prevalenza di PTSD che va dall'8% al 30% (Salmon, 2019).

IL CASO COVID-19 COME ELEMENTO DI STRESS SUL PERSONALE

La pandemia da SARS-CoV-2, ha imposto una improvvisa riorganizzazione delle attività assistenziali ed un ingente carico emotivo e prestazionale sul personale sanitario. Come conseguenza, i professionisti della salute impiegati si sono trovati di colpo a gestire una emergenza sanitaria mai affrontata prima, in un clima di marcato stress, di multiple fonti di paure e preoccupazioni, di isolamento; in molti casi si sono resi necessari prolungati orari di lavoro ed il displacement degli specialisti e del personale di assistenza in differenti reparti. Il bisogno esponenziale di ossigeno e di presidi ventilatori si è configurato come elemento fondamentale e gli operatori si sono trovati necessariamente a dover trovare delle soluzioni fuori dall'ordinaria attività di PS, per provare a garantire un'adeguata assistenza.

Le condizioni di lavoro si sono modificate in termini di aumento di carico di lavoro nell'ambito del turno, di numero di pazienti ricoverati e di attività clinica.

L'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale (DPI) ha reso necessaria l'identificazione personale con il numero di matricola e nome scritto sui camici, con una conseguente spersonalizzazione e una difficoltà nel riconoscimento, oltre ad una fatica nello svolgimento delle attività ordinarie.

La vestizione e svestizione, normata da rigidi protocolli operativi, era talmente dispendiosa, in termini di tempo necessario, da dissuadere l'operatore anche nell'assecondare le naturali pause fisiologiche. In aggiunta, si definiva da subito la condizione di isolamento per il controllo epidemiologico, che escludeva l'accesso ai familiari al capezzale dei congiunti, per contenere il rischio di contrarre e trasmettere l'infezione.

Da subito sono emersi alcuni elementi di rischio particolarmente significativi: l'aumento dei turni, anche per le malattie dei colleghi; la necessità di acquisire nuove competenze direttamente sul campo senza training; la paura di infettarsi e di contagiare i propri familiari; alcune scelte diagnostiche che si sono presentate come essenziali

e definite dalla situazione contingente; la comunicazione con i familiari dei pazienti, soprattutto in caso di aggravamento delle condizioni cliniche o del decesso.

UN MODELLO DI INTERVENTO PER LA GESTIONE DEL RISCHIO DISTURBI DA STRESS NEL PERSONALE SANITARIO

Il modello d'intervento proposto è stato declinato sulla necessità di fornire uno spazio di ascolto che fosse contenitivo, accogliente, ma anche in grado di valutare clinicamente le condizioni psicofisiche degli operatori. I professionisti coinvolti sono stati un medico psichiatra e uno psicologo psicoterapeuta, che insieme hanno condotto i colloqui clinici e hanno condiviso le scelte trattamentali.

Sono state effettuate anche delle valutazioni psicometriche, sono stati utilizzati i seguenti strumenti:

- Impact of Event Scale-Revised (IES-R) (Weiss, 1997) questionario standardizzato in autosomministrazione impiegato per indagare la presenza di una sintomatologia post-traumatica, costituito da tre sottodimensioni (Ri-esperienza, Iperarousal, Evitamento).
- Professional Quality of Life (ProQOL) (Hudnall Stamm, 2009), strumento che va ad indagare tre diversi costrutti: Compassion Satisfaction, Burnout e Secondary Traumatic Stress.
- Work and Social Adjustment Scale (WSAS) (Mundt, 2002), per valutare l'impatto di un evento sul funzionamento sociale e lavorativo.
- General Anxiety Disorder (GAD-7) (Spitzer, 2006), per valutare il livello dell'ansia.
- Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke, 2001), per misurare la sintomatologia depressiva.

Dal 3 di marzo al 15 di maggio 2020, un primo gruppo di 81 dipendenti si sono rivolti all'Ambulatorio. Di questi, 50 (62%) operativi nei reparti in prima linea dei presidi di Lodi e Codogno, 31 (38%) hanno usufruito del supporto telefonico. Nella maggior parte dei casi è stato effettuato un solo incontro; con il 10% degli operatori si è invece concordata la necessità di ulteriori colloqui. Varie figure professionali hanno richiesto un supporto, perlopiù medici

(38%), seguiti da infermieri (36%), O.S.S. (18%) e personale amministrativo (8%) (Cibra 2020)

L'età era varia, tra i 25 e i 63 anni (età media 41 ± 10). Gli operatori erano per la maggior parte donne (69%). L'anamnesi psicopatologica ha rilevato come l'aver sperimentato in precedenza un supporto psicologico (35%) o un trattamento psicofarmacologico (21%), così come l'aver avuto una patologia psichiatrica (12%) o una familiarità per essa (11%), sono risultati elementi facilitatori per l'accesso al servizio di supporto.

La compilazione della scheda anamnestica creata per il servizio ha aiutato a capire come e se alcuni elementi fossero mutati in relazione allo stress sperimentato dallo scoppio della pandemia: vari operatori hanno aumentato il consumo di caffè e sigarette (32%), molti infermieri ed O.S.S. (46%) hanno riportato una modificazione del regime alimentare, spesso caratterizzata dall'aumento del consumo di cibo, in minor quota (8%) veniva riferita inappetenza.

L'IMPATTO DEL COVID SUGLI STILI DI VITA E SUL FUNZIONAMENTO

Difficoltà ad addormentarsi (66%), risvegli notturni, sogni spaventosi spesso legati alla pandemia, sono stati oggetto di racconto durante i colloqui.

Quasi tutti i professionisti (91%) hanno raccontato la fatica del dover utilizzare le mascherine o altri DPI anche in casa, la divisione delle stanze, o addirittura la scelta di non vivere con il proprio nucleo familiare per paura dell'eventuale contagio.

Il 31.1% del totale soddisfaceva i criteri per livelli di ansia moderati/severi (GAD-7 score > 10)

Il 24,4% per sintomi depressivi severi/moderati (PHQ-9 score > 10).

In accordo con i risultati della IES-r, il 62.2% risultava positivo per PTSD (IES-r > 32).

Nel campione totale il punteggio medio alla scala *Work and Social Adjustment Scale* (WSAS) è risultato 19.8 ± 9.6 . considerando che un punteggio superiore a 20 suggerisce un impairment da moderato a grave, si può ritenere che

questa fosse la condizione di circa metà del campione esaminato (Carmassi 2020, Carmassi, 2021).

CONCLUSIONI

Gli operatori sanitari sono risultati esposti ad un elevato rischio di disturbi correlati allo stress a seguito della pandemia da Covid. Di questi effetti conosciamo solo una parte, il tempo ed ulteriori studi ci aiuteranno a capire meglio l'impatto globale che gli operatori hanno patito nel tempo.

Il sesso femminile, esposizione e eventi di perdita e basso livello professionale sono risultati elementi di rischio che permettono di individuare i soggetti più esposti e che necessitano maggiormente di interventi di tutela.

Gli effetti dello stress si osservano su umore, ansia ma anche con pensieri ripetitivi, iperattivazione e comportamenti evitanti, il sonno è un aspetto rilevante nella progressione dei disturbi associate allo stress. Ancora poco è conosciuto degli effetti dello stress sui

Disturbi correlate all'uso di alcol o sostanze, una tematica troppo spesso tenuta nascosta nel mondo degli operatori sanitari. Infine, il tempo di esposizione alla pandemia apre riflessioni anche sul rischio di recidiva di patologie psichiche precedentemente presenti

Il personale sanitario è stato esposto a elevate gradi di stress durante la pandemia covid-19

Risulta infine di grande interesse le nuove richieste che nel contesto delle Aziende Sociosanitarie viene rivolta alle Unità Operative di Psichiatria rispetto ad un intervento specifico rivolto al personale.

BIBLIOGRAFIA

1. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder DSM 5*. American Psychiatric Association Publishing
2. Carmassi C., Cerveri G., Bui E., Gesi C., Dell'Osso L. *Defining effective strategies to prevent post-traumatic stress in healthcare emergency workers facing the COVID-19 pandemic in Italy*. CNS Spectr. Jul 14:1-2, 2020. DOI: 10.1017/S1092852920001637.
3. Carmassi C., Cerveri G., Bertelloni C.A., Marasco M., Dell'Oste V., Massimetti E., Gesi C., Dell'Osso L., *Mental health of frontline help-seeking healthcare workers during the COVID-19 outbreak in the first affected hospital in Lombardy, Italy*. Psychiatry Res. Apr;298:113763, 2021.
4. Cerveri G., *Psychiatry and SARS-CoV-2: what happened in Codogno*. Evidence-based Psychiatric Care; 6:1-2, 2020.
5. Cibra C., Marasco M., Grossi C., Diadema E., Carmassi C., Gesi C., Dell'Osso L., Paglia S., Cerveri G., *I Disturbi da Stress nel personale sanitario Un modello di intervento durante l'emergenza Covid-19 nell'ASST di Lodi*. Psichiatria Oggi; Vol.1: 40-48, 2020.
6. de Girolamo G., Cerveri G., Clerici M., Monzani M., Spinogatti F., Starace F., Tura G., Vita A., *Mental Health in the Coronavirus Disease 2019 Emergency – The Italian Response*. JAMA Psychiatry Published online April 30, 2020.
7. Maslach C., *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1982.
8. Salmon G., Morehead A., *Posttraumatic Stress Syndrome and Implications for Practice in Critical Care Nurses*. Crit Care Nurs Clin North Am. Dec;31(4):517-526, 2019.

II INCONTRO – 15 APRILE 2021
**LA VALUTAZIONE DELLA
PATOLOGIA DEPRESSIVA**

LA PREVALENZA DELLA PATOLOGIA DEPRESSIVA NELLE DIVERSE FASI DELLA PANDEMIA COVID-19

PHQ-9 COME STRUMENTO DI VALUTAZIONE POSSIBILE, EFFICACE ED IMMEDIATO

PORCELLANA M.*, MORGANTI C.*, DI BERNARDO I.*, PERCUDANI M.*

* Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda

La pandemia da coronavirus 2019 (COVID-19) causata dal ceppo di coronavirus SARS-CoV-2 ha avuto un impatto diretto sulla salute fisica di milioni di persone e si pensa possa rappresentare una minaccia di grande portata per la salute mentale a livello globale, tanto che si parla di una “curva epidemica emotiva” con un aumento crescente del disagio psichico della popolazione (Vadivel et al., 2021).

In questi mesi, diversi studi hanno valutato la prevalenza di disturbi ansiosi, depressivi, post-traumatici nella popolazione generale (soprattutto con ricerche condotte online) ed in diversi campioni: pazienti con patologie croniche, studenti, operatori ospedalieri con ruoli clinici ed amministrativi, soggetti sottoposti a quarantena, pazienti Covid-19.

Una metanalisi di Salari et al. (2020) ha evidenziato una prevalenza di stress nel 29,5% dei soggetti valutati in 5 studi con una numerosità campionaria totale di 9074; di ansia nel 31,9% (17 studi, n=63439) e di depressione nel 33,7% (14 studi, n=44531). Le donne sono risultate più vulnerabili a stress, ansia, depressione e nella fascia d'età 21-40 anni si è evidenziato un maggior rischio di ansia e depressione, soprattutto per l'incertezza del futuro e problemi economici.

Rispetto alla patologia depressiva, una metanalisi di Xiong et al. (2020) ha evidenziato una prevalenza del 14,6%-48,3% in 12 studi con una numerosità di 93569 soggetti. L'ampio range è giustificato dalla eterogeneità degli strumenti diagnostici, mentre tra i fattori di rischio si sono confermati il sesso femminile, l'età inferiore a 40 anni ed altri fattori quali: vivere in aree urbane, la solitudine, il divorzio, la quarantena, la disoccupazione, la presenza di una pregressa patologia psichiatrica, la comorbilità con una patologia organica, avere avuto un parente Covid-19 positivo.

La prevalenza nella metanalisi di Luo et al. (2020) è stata del 23 - 32% prendendo in considerazione 41 studi (n=162635), mentre fattori di rischio sono risultati: il sesso femminile, un basso livello socio-economico e la solitudine.

Infine, la revisione più recente di Wu et al. (2021) condotta su 48 studi internazionali con una numerosità totale di 221970 soggetti ha evidenziato un range di prevalenza del 27.3–35.5% citando tra i fattori di rischio: la presenza di patologie croniche — soprattutto per le difficoltà seguenti all'isolamento ed all'impossibilità di effettuare i controlli di routine — ed aver contratto il virus, con l'esperienza della quarantena, il timore delle conseguenze dell'infezione e di essere discriminati.

Rispetto alle diverse fasi di lockdown, uno studio tedesco (Moradian et al., 2021) ha valutato l'impatto emotivo nei mesi di marzo 2020 e novembre 2020 quando, teoricamente, le restrizioni sono state meno marcate.

In realtà, oltre a notarsi il persistere del disagio emotivo con aumento della sintomatologia depressiva nel mese di novembre, si è evidenziata una — per certi versi sorprendente — minore adesione al rispetto delle norme salutari, tipo l'igiene delle mani.

In uno studio descrittivo esplorativo, abbiamo valutato l'impatto della pandemia su due campioni di pazienti consecutivi afferiti al CPS di via Girola del DSMD dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda nelle settimane 6–19 aprile 2020 e 9–22 novembre 2020.

Rispettando le indicazioni Regionali, durante la pandemia il CPS ha mantenuto la continuità clinica per i pazienti in carico ed effettuato nel 2020 384 prime visite (nel 2019 erano state 371) con le seguenti diagnosi: 96 (25%) Sindromi Affettive (101 nel 2019), 176 (45.8%) Sindromi Ansiose (141 nel 2019), 35 (9.1%) Disturbi di Personalità (45 nel 2019), 28 (7.3%) Schizofrenia (48 nel 2019).

Per lo studio, sono stati reclutati 232 pazienti, 116 nell'aprile e 116 nel novembre 2020.

Il campione è costituito soprattutto da soggetti di sesso femminile (N= 137; 59.1%); non coniugati (n=123; 53%); diplomati (n=123; 53%); con lavoro dipendente (n=103; 44.4%). Le diagnosi sono state le seguenti: 83 (35.8%) S.

Affettive, 61 (26.3%) Psicosi, 30 (12.9%) S. Ansiose, 56 (24.1%) DDP.

Gli aspetti post-traumatici sono stati valutati mediante la somministrazione della scala Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss e Marmar, 1997; Craparo et al., 2013), mentre per la psicopatologia generale è stata somministrata la Brief Psychiatric Rating Scale a 18 items (BPRS-18; Overall, 1974; Morosini et al., 1995).

Valutando i risultati preliminari, rispetto ai punteggi BPRS, abbiamo notato un aumento negli items "Lamentele somatiche" (3.18 vs 3.51) ed "Ansia" (3.8 vs 4.04), mentre il punteggio medio dell'item "Depressione" si è leggermente ridotto (3.04 vs 2.87). Il punteggio medio totale IES-R è aumentato da aprile a novembre (30.95 vs 31.89) suggerendo un crescente livello di distress, come descritto da Moradian et al. (2020)

In sintesi, la pandemia — oltre ad avere un impatto sanitario — ha avuto ripercussioni sulla sfera economica, lo stile di vita, il modo di pensare e sul carattere delle persone, aumentando il disagio psichico. Circa la metà delle persone contagiate manifesta disturbi psichiatrici con un aumento dell'incidenza di ansia, insonnia, disturbo post-traumatico, stress e disturbo ossessivo-compulsivo. Il 32% di chi è venuto in contatto con il Virus sviluppa uno stato depressivo (un'incidenza 5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale). La disoccupazione ed un basso livello socio-economico sono risultati fattori predisponenti mentre categorie a rischio sono: le donne (in condizione lavorativa più precaria e più disposte alla depressione), i giovani (che non trovano lavoro e hanno visto mutilata la loro vita sociale) e gli anziani (più esposti ai contagi e ai disturbi mentali).

Rispetto ai diversi momenti della pandemia, ad un' iniziale stato di fiducia nella lotta al virus e di ferma volontà a resistere per sconfiggere il Covid e più precisamente la sua paura, col prolungarsi dell'emergenza e delle relative restrizioni lavorative e socio-economiche, davanti all'impossibilità di programmare il futuro, sono man mano prevalsi sentimenti quali la stanchezza, l'esaurimento

e la rabbia come certifica anche il notevole incremento delle vendite di psicofarmaci registrato negli ultimi mesi, soprattutto ansiolitici.

Occorre quindi puntare a rafforzare i servizi ed è indispensabile essere più vicini possibile ai cittadini. A partire dai Medici di Medicina Generale, che possono intercettare per primi il disagio inviando poi i pazienti dallo specialista.

Per facilitare la diagnosi precoce, consigliamo l'utilizzo di una scala ampiamente utilizzata e validata in ambito internazionale, il Patient Health Questionnaire (PHQ-9; Spitzer et al., 1999).

Il PHQ-9 è una breve scala specifica per la Medicina Generale ed è utilizzato per la diagnosi, il monitoraggio e la determinazione della gravità della depressione. Può essere sia auto- che etero- somministrata.

È composto da due domande: la prima indaga la presenza "nelle ultime due settimane" dei 9 sintomi della depressione secondo il DSM-IV ripresi anche nel DSM-5. Solo questa domanda determina il punteggio del PHQ-9. Ogni sintomo viene valutato con una scala a 4 punti: 0 = Mai, 1 = Alcuni Giorni, 2 = Più Di Metà Dei Giorni, 3 = Quasi Tutti I Giorni.

La seconda domanda valuta la compromissione funzionale che la depressione causa sul normale svolgimento della vita del paziente. Questa domanda non concorre al punteggio del PHQ-9 che ha un range compreso tra 0 e 27.

Il punteggio di 10 è il cut-off ottimale per evidenziare depressioni di rilevanza clinica con sensibilità 88%; specificità 85%.

È possibile anche distinguere dei livelli di gravità (MacArthur & MacArthur, 2009): 0-4 = Assente, 5-9 = Depressione sottosoglia, 10-14 = Depressione maggiore lieve, 15-19 = Depressione maggiore moderata, ≥ 20 = Depressione maggiore severa.

Il PHQ-9 è oggi tra le scale più utilizzate in letteratura.

Tra gli studi recenti, Amerio et al., (2020) hanno valutato la prevalenza di depressione con il PHQ-9 in

un campione di 130 Medici di Medicina Generale del territorio di Genova.

Di questi, il 22.9% (N=30) presentava un punteggio superiore al cut-off di 10.

Gli stessi descrivevano un maggiore senso di sfiducia, spendevano più di tre ore nella ricerca di informazioni sul COVID-19, riportavano livelli inadeguati di disponibilità dei presidi ed avevano visitato più pazienti COVID-19 positivi

infine, il punteggio PHQ-9 correlava con maggiori livelli di ansia, insonnia, ridotta qualità della vita (come percezione di salute fisica e mentale).

Anche per il PHQ-9, abbiamo condotto uno studio esplorativo utilizzando la scala in 20 prime visite consecutive effettuate al CPS di via Girola del DSMD dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

Si trattava di soggetti soprattutto inviati dal MMG (n=7; 35%) con età media 48.25 aa (24 - 65); femmine (n=13; 65%), non coniugati (n=10; 50%), laureati (n=8; 40%); lavoratori dipendenti (n=12; 60%); che vivono soli (n=11; 55%).

Il punteggio medio al PHQ-9 è stato 14.35 (ds 8-22), mentre i livelli di gravità sono stati: 0 (0-4) = Assente; 3 (5-9) = Depressione sottosoglia; 6 (10-14) = Depressione maggiore moderata; 9 (15-19) = Depressione maggiore moderata-severa; ≥ 20 = Depressione maggiore severa.

Agli stessi pazienti è stata somministrata la scala Hamilton Depressione in cui punteggio è risultato in correlazione statisticamente significativa con il punteggio PHQ-9 ($p=0.019$; correlazione di Pearson=0.531) a conferma della validità ed affidabilità dello strumento.

In conclusione, il PHQ-9 si è dimostrato una scala rapida, utile ed efficace per lo screening e la valutazione della gravità della patologia depressiva il cui utilizzo è consigliato anche negli studi dei Medici di Medicina Generale.

BIBLIOGRAFIA

1. Vadivel R., Shoib S., El Halabi S., El Hayek S., Essam L., Bytyci D.G., Karaliuniene R., Teixeira A.L.S., Nagendrappa S., Ramalho R., Ransing R., Pereira-Sanchez V., Jatchavala C., Adiukwu F.N., Kundadak G.K., *Mental health in the post-COVID-19 era: challenges and the way forward*. *General Psychiatry* 34:e100424, 2021.
2. Salari N., Hosseini-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., Rasoulpoor S., Khalde-Paveh B., *Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. *Globalization and Health* 16:57, 2020.
3. Xiong J., Lipsitz O., Nasri F., Lui L.M.W., Gill H., Phan L., Chen-Li D., Iacobucci M., Ho R., Majeed A., McIntyre R.S., *Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: a systematic review*. *Journal of Affective Disorders*. 277:55-64, 2020.
4. Luo M., Guo L., Yu M., Jiang W., Wang H., *The psychological and mental health impact of coronavirus disease 2019 (COVID-19) on medical staff and general public – a systematic review and meta-analysis*. *Psychiatry Research*. 291:113190, 2020.
5. Wu T., Jia X., Shi H., Niu J., Yin X., Xie J., Wang X., *Prevalence of mental health problems during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis*. *Journal of Affective Disorders*. 281:91-98, 2021.
6. Moradian S., Bauerle A., Schweda A., Musche V., Kohler H., Fink M., Weismuller B., Benecke A.V., Dorrie N., Skoda E.M., Teufel M., *Differences and similarities between the impact of the first and the second COVID-19-lockdown on mental health and safety behaviour in Germany*. *Journal of Public Health*, 1-4, DOI:10/1093, 2021.
7. Weiss D.S., Marmar C.R., *The impact of event scale-revised*. In: Wilson J.P., Keane T.M., eds. *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford Press, p.399-411, 1997.
8. Craparo G., Faraci P., Rotondo G. et al., *The Impact of event scale-revised: psychometric properties of the Italian version in a sample of flood victims*. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*; 9:1427-1432, 2013.
9. Overall J.E., *The Brief Psychiatric Rating Scale in psychopharmacology research*. In: Pichot P, Olivier-Martin R, editors. *Psychological measurements in Psychopharmacology*: S. Karger AG 1974, p. 67-78.
10. Morosini P., Rancone R., Impallomeni M., et al., *Presentazione dell'adattamento italiano della Brief Psychiatric Rating Scale*. *Rivista di Riabilitazione psichiatrica e psicosociale*; 1:48-54, 1995.
11. Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B., *Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study*. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders*. *Patient Health Questionnaire*, JAMA. 282: 1737-44, 1999.
12. MacArthur J.D., MacArthur C.T., *MacArthur Foundation's Initiative on Depression & Primary Care*. *Depression management tool kit*, 2009.
13. Amerio A., Bianchi D., Santi F., Costantini L., Odone A., Signorelli C., Costanza A., Serafini G., Amore M., Aguglia A., *Covid-19 pandemic impact on mental health: a web-based cross-sectional survey on a sample of Italian general practitioners*. *Acta Biomed* 91 (2): 83-88, 2020.

BREVE ESPERIENZA DI MINDFULNESS

VALERIA GARAVAGLIA

valeria.garavaglia@asst-fbf-sacco.it

La breve esperienza di Mindfulness proposta nasce dalla riflessione sull'attuale vissuto di molti professionisti sanitari in prima linea nel fronteggiamento della pandemia da Covid-19, che potrebbero beneficiare della pratica di consapevolezza soprattutto rispetto al bisogno di uscire dal vortice di emozioni e ritmi incalzanti e alla necessità di «ricentrarsi» in mezzo ad una quotidianità che disorienta e che rischia di travolgere. Anche quando lo stressor è cattivo e il cuore sta correndo all'impazzata nella crisi, l'obiettivo dovrebbe essere in qualche modo quello di trasformare la frazione di un secondo tra un battito e l'altro in un istante che si espande nel tempo e consenta di riordinarsi (Sapolsky, 2004, tr. It. 2014 p. 375). In questo senso, pratiche brevi di Mindfulness, che possano conciliarsi con la carenza di tempo e il senso di essere travolti dalla mole di lavoro, possono offrire un'opportunità di contatto con se stessi, con le sensazioni del corpo, con il momento presente. Infatti, come sottolineano le ultime ricerche (es. Stromahier et al., 2020) anche una quantità relativamente piccola di pratica di consapevolezza può essere benefica. Conta, più che la lunghezza delle pratiche, la continuità nel praticare, anche pochi minuti al giorno, eventualmente anche attraverso delle app dedicate. Ad esempio in un recente studio pilota (Roy et al., 2020) su un campione di 34 medici statunitensi, dopo un programma di consapevolezza basato su app è stata riscontrata una diminuzione dei livelli di ansia (misurati con lo strumento GAD-7) del 48% ad un mese dal trattamento e del 57% a 3 mesi dal trattamento e una diminuzione del burnout (misurato con lo strumento Maslach Burnout Inventory) del 20% sia a 1 sia a 3 mesi. Le pratiche meditative trasportate nel contesto occidentale negli anni '70 per la prima volta da Jon Kabat-Zinn, per brevità chiamate pratiche di Mindfulness, coltivano il sorgere di una qualità innata e universale della coscienza, la mindfulness appunto, che ha a che fare con il portare l'attenzione al momento presente in maniera ricettiva, intenzionale, non giudicante. Viene nutrito lo sviluppo di una conoscenza che non passa attraverso il pensiero,

per affrontare in modo meno reattivo, più lucido e più consapevole le condizioni di fatica, stress e sofferenza psichica e fisica. La consapevolezza, come ci chiarisce Kabat-Zinn stesso, è la risorsa cruciale per capovolgere l'abitudine di tutta una vita a reagire alle situazioni di stress fuggendo, congelandosi o preparandosi a una lotta (Kabat-Zinn, 2013). Vi sono numerosi programmi, corroborati da ormai vasta letteratura scientifica, che includono la consapevolezza nell'ambito di un training strutturato che ha anche inserti psicoeducativi. Il programma più studiato e con esiti di efficacia (es. per il dolore cronico, per i disturbi d'ansia, ecc.) è il Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR), transdiagnostico, rivolto a popolazioni cliniche e non cliniche, che consta di 8 incontri settimanali più una giornata intensiva ed ha come cuore proprio le pratiche di consapevolezza.

BIBLIOGRAFIA

1. Kabat-Zinn J., *Vivere momento per momento*. Garzanti, Milano, 2013 tr. It. 2016.
2. Roy A., Druker S., Hoge E.A., Brewer J.A. *Physician Anxiety and Burnout: Symptom Correlates and a Prospective Pilot Study of App-Delivered Mindfulness Training*. JMIR Mhealth Uhealth. 8(4), 2020.
3. Sapolsky R.M., *Why Zebras Don't Get the Ulcers*. Owl Book, New York. Tr. It. Perché alle zebre non viene l'ulcera? Lit Edizioni, Roma, 2014.
4. Strohmaier S., Jones F. and Cane J., *Effects of length of mindfulness practice on mindfulness, depression, anxiety and stress: a randomized controlled experiment*. Mindfulness, 2020.

III INCONTRO – 13 MAGGIO 2021
**IL TRATTAMENTO DELLA
PATOLOGIA DEPRESSIVA**

ESERCIZI DI RESPIRAZIONE GUIDATA CONSAPEVOLE

VIVIANA VENTURI

DSMD ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

Nell'ultimo anno e mezzo, con l'emergenza correlata alla pandemia da Covid-19, ancor più frequentemente sono aumentate le situazioni di esposizione allo stress.

Come descritto dal medico austriaco Hans Selye, che definì la Sindrome generale di Adattamento (1936), lo stress rappresenta di per sé una risposta funzionale per la sopravvivenza della specie ed è utile all'organismo per superare le difficoltà, se però poi riesce a ritornare il prima possibile al suo naturale equilibrio operativo. Se invece l'evento stressante si protrae oltre quella che è la resistenza dell'organismo, allora da acuto lo stress può diventare cronico e fungere da base per lo sviluppo di patologie, con conseguenze sulla salute dell'individuo, sia fisiche sia psichiche.

Va tenuto presente che l'entità della risposta con cui si reagisce allo stress dipende sia da fattori legati allo stimolo (come intensità, durata e novità), sia da fattori soggettivi di interpretazione dello stressor, a seconda delle caratteristiche personologiche e della storia evolutiva della persona, delle sue pregresse esperienze e di come esse siano state vissute a livello emotivo.

Risulta quindi evidente e fondamentale considerare quanto mente e corpo siano interconnessi in un rapporto di reciproca influenza. Pertanto secondo tale principio, in condizioni di stress se riusciamo a rilassare il corpo possiamo rilassare di conseguenza anche la mente. E il respiro rappresenta uno strumento naturale che è possibile impiegare con questa finalità. Poiché respirare è un atto innato, indispensabile, facile, energetico e rilassante allo stesso tempo.

L'apparato respiratorio mette in contatto ciò che è dentro di noi con ciò che è fuori da noi, in uno scambio continuo e automatico. Il modo in cui respiriamo è indicativo di come stiamo, rispecchia il nostro stato emotivo, oltre che fisico.

E il grande vantaggio è che, pur essendo un'attività vegetativa, noi possiamo intervenire sul nostro respiro modificandolo volontariamente nel ritmo, nella velocità, nell'intensità.

Per questo motivo si parla di ‘tecniche di respirazione consapevole’: avere una buona consapevolezza del proprio respiro permette di modulare lo stress, le emozioni, lo stato di eccitazione, garantendo all’organismo rilassamento e il ripristino di una condizione di equilibrio.

Per comprendere come stiamo è dunque possibile analizzare la qualità del nostro respiro facendo un semplice test suggerito dall’apneista campione del mondo Mike Maric (2020), che lui stesso chiama ‘autoanalisi del respiro’: si tratta di contare il numero di atti respiratori (in respiro-espiro) che compiamo in un minuto di tempo, in condizioni di buona salute e a riposo. Se tale numero supera la soglia dei 25 atti, significa che stiamo sperimentando un elevato livello di stress, sul quale può essere necessario in qualche modo intervenire.

Rispetto ai meccanismi di respirazione, prendiamo in considerazione principalmente: la respirazione addominale o diaframmatica e la respirazione costale o toracica. Quest’ultima risulta quella maggiormente utilizzata nei paesi occidentali, caratterizzati prevalentemente da ritmi di vita frenetici e incalzanti, che per questo più facilmente patiscono le conseguenze su psiche e corpo di una respirazione poco efficiente. Invece nella cultura orientale da sempre viene posta molta attenzione al respiro come aspetto fondamentale per raggiungere un equilibrio psico-fisico, attraverso l’uso di una respirazione addominale più efficiente, con beneficio in termini di benessere fisico e mentale.

Per un approfondimento ed una formazione più specifica riguardo alle tecniche di respirazione consapevole si rimanda ad altra sede.

In questo contesto ci si limita a suggerire un paio di esercizi di respirazione consapevole che favoriscono una stabilizzazione emotiva, utili e fruibili da tutti – sia per operatori sanitari, sia per pazienti – facilmente utilizzabili in situazioni di emergenza, ma anche quotidianamente, soprattutto nei momenti di maggiore sovraccarico emotivo: l’esercizio del doppio tempo di espirazione e l’esercizio del quadrato.

Per effettuarli è bene prima potersi allenare a respirare utilizzando adeguatamente il diaframma.

L’esercizio del doppio tempo di espirazione consiste nell’allungare il tempo di espirazione del doppio di quello di inspirazione, aumentando man mano i secondi di inspirazione, ad occhi chiusi. Ad es. in respiro per 2 sec. ed espiro per 4 sec., in respiro per 3 sec. ed espiro per 6 sec. e così via, fino ad arrivare a circa 8-10 sec., per poi focalizzarsi sulla parte del corpo in cui è rimasta la sensazione più gradevole.

L’esercizio del quadrato si effettua invece visualizzando nella mente ad occhi chiusi un quadrato: si inspira contando fino a 2 scorrendo un primo lato del quadrato; poi si trattiene il fiato in apnea contando fino a 2 e scorrendo un secondo lato del quadrato; si espiro contando fino a 2 scorrendo un terzo lato del quadrato e infine si trattiene un’apnea vuota contando fino a 2 e scorrendo il quarto lato del quadrato. Si può procedere allungando per 3-4 sec. o più a lato, per poi soffermarsi a sentire la sensazione che rimane.

BIBLIOGRAFIA

1. Compare A., Grossi E., *Stress e disturbi da somatizzazione*, Springer, Milano, 2012.
2. Maric M., *Il potere antistress del respiro*, Antonio Vallardi Editore, Milano, 2020.
3. Selye H., *The stress of life*, McGraw-Hill, New York, 1956.
4. Smith J.C., Jackson L., *Breathing exercises and relaxation state*. In: Smith J.C. (ed.) *Advanced in ABC relaxation: Application and inventories*. Springer, New York, 2001.

IV INCONTRO – 17 GIUGNO 2021
**LA VALUTAZIONE DELLA
PATOLOGIA ANSIOSA**

SELF COMPASSION

VALERIA GARAVAGLIA

DSMD ASST Fatebenefratelli Sacco, Milano

In questo difficile periodo pandemico, può essere capitato agli operatori sanitari di incorrere nella “fatica da empatia” (Klimecki & Singer, 2011), che riguarda il sentirsi emotivamente affaticati ed “esauriti” dal prendersi cura di qualcuno. È fisiologico, come esseri umani, sentire la sofferenza dell’altro: questo ci permette di accudire l’altro e di cooperare come gruppo, con specifici vantaggi evolutivi, tuttavia, quando non riusciamo a riconoscere lo stress che la sofferenza dell’altro comporta e ci identifichiamo in essa, rischiamo di esserne travolti, oppure di “difenderci” evitando le emozioni, con risvolti problematici sia a livello relazionale (distanziare e aggredire l’altro), sia a livello psicofisico (correlati psicosomatici, malattie da stress). Questa condizione può essere passibile di sollievo attraverso la compassione e l’autocompassione, quando cioè riconosciamo sia la sofferenza dell’altro, sia la nostra sofferenza, anche originata dal dolore dell’altro, e vi portiamo cura e attenzione. La compassione (dal latino cum-patior: soffrire insieme all’altro) diventa auto-compassione quando viene rivolta verso se stessi. Essa è costituita da tre componenti (Neff, 2003): la gentilezza verso di sé; un senso di umanità comune; la mindfulness (ciò che sorge quando portiamo l’attenzione in maniera intenzionale e non giudicante al momento presente). Se la mindfulness ci invita a sentire il dolore con consapevolezza aperta, la mindful self-compassion aggiunge l’invito ad essere gentili verso noi stessi che proviamo questo dolore, senza la pretesa o l’aspettativa di cambiarlo, ma portandoci conforto per il solo fatto di provarlo. La compassione si basa sulla mindfulness poiché è importante prima di tutto renderci conto che siamo sotto stress: ad esempio, solo se ci fermiamo e notiamo che il nostro respiro è affannoso, possiamo scegliere di confortarci, ad esempio con un contatto che calma, oppure scegliendo di rallentare il respiro e respirando consapevolmente come atto di auto-cura. Una mole di ricerche crescente va nella direzione di una correlazione tra self compassion, benessere emotivo, bassi livelli di ansia e depressione (Neff, 2012; Neff, Kirkpatrick & Rude, 2007; Ferrari, Yap, Scott, Einstein & Ciarrochi, 2018), aumento dell’auto-efficacia (Liao, Stead & Liao, 2021). Paul Gilbert (2018) descrive nella sua Compassion Focused Therapy tre sistemi di regolazione affettiva e connette la self-compassion al Sistema calmante, connesso all’accudimento e alla cooperazione e legato all’ossitocina (ormone che crea senso

di sicurezza, calma le emozioni difficili e diminuisce lo stress cardiaco e vascolare). Per coltivare l'auto-compassione sono stati messi a punto programmi specifici come MSC (Mindful Self-compassion di Neff & Germer, 2013), CCT (Compassion-Cultivation Training di Jinpa, 2010), CBCT (Cognitive-based Compassion Training di Dodson-Lavelle, 2011).

BIBLIOGRAFIA

1. Dodson-Lavelle B., *Cognitive-based Compassion Training (CBCT)*. Saggio presentato al convegno del Max-Planck Institute for Human and Cognitive Brain Sciences, "How to train compassion" Berlin, Germany, 2011,.
2. Ferrari M., Yap K., Scott N., Einstein D.A., Ciarrochi J., *Self-compassion moderates the perfectionism and depression link in both adolescence and adulthood*. PLOS ONE, 13(2): e0192022, 2018.
3. Gilbert P., *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Franco Angeli, Milano, 2018.
4. Liao K.Y.H., Stead G.B., Liao, C.Y. *A Meta-Analysis of the Relation Between Self-Compassion and Self-Efficacy*. Mindfulness, 2021.
5. Jinpa G. T., *Compassion Cultivation Training (CCT): Manual*. Unpublished manuscript, 2010.
6. Klimecki O., Singer T., *Empathic distress fatigue rather than compassion fatigue? Integrating findings from empathy research in psychology and social neuroscience*. In Oakley, B., Knafo, A., Madhavan, G. & Wilson, D.S. (a cura di). *Pathological altruism* (pp.368-384). Oxford University Press, New York, 2011.
7. Neff K. D., *Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself*. *Self and Identity*, 2(2), 85-101, 2003.
8. Neff, K. D., *The science of self-compassion*. In Germer, C.K. & Siegel, R.D. (a cura di). *Wisdom and compassion in psychotherapy: Deepening mindfulness in clinical practice* (pp. 79-92). Guilford Press, New York, 2012.
9. Neff K.D., Germer C.K., *A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program*. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44, 2013.
10. Neff K.D., Kirkpatrick K., Rude, S.S., *Self-compassion and its link to adaptive psychological functioning*. *Journal of Research in Personality*; 41, 139-154, 2007.

V INCONTRO – 23 SETTEMBRE 2021
**IL TRATTAMENTO DEI
DISTURBI D'ANSIA**

LE DIMENSIONI DELL'ANSIA NEL SETTING DI MEDICINA GENERALE E CONSIDERAZIONI SULL'IMPATTO DELLA PANDEMIA

GIAN CARLO BELLONI, VALENTINA CARICASOLE,
PAOLA ARTIOLI

Dipartimento di Psichiatria ASST Ovest Milanese

ABSTRACT

I disturbi d'ansia sono le più comuni malattie psichiatriche e causano disagio e importante compromissione funzionale. Nel campo dell'assistenza di base, è di frequente riscontro una condizione caratterizzata da sintomi ansiosi che possono manifestarsi all'interno di uno più ampio spettro di disturbi dell'umore, talvolta esprimendosi con una sintomatologia aspecifica di più difficile interpretazione, come nel caso delle somatizzazioni, su cui porre l'attenzione. Durante la pandemia da Covid 19 si è assistito ad un incremento considerevole della prevalenza e della morbilità di disturbi dello spettro ansioso-depressivo, su cui si sta concentrando l'attenzione della ricerca contemporanea e le risorse della medicina territoriale in prima linea. La terapia dei disturbi d'ansia comprende l'impiego di farmaci ansiolitici ed antidepressivi unitamente all'approccio psicoterapico.

L'ansia è uno stato affettivo che si instaura come reazione a stimoli ambientali potenzialmente nocivi per l'individuo, al fine di preparare la risposta fisiologica adattativa. La disregolazione a livello dei nuclei cerebrali implicati in questo tipo di risposta dovuta a cause genetiche, ambientali o psicologiche determina una reazione abnorme patologica che si configura nella comparsa dei disturbi dello spettro ansioso, presenti sia nei disturbi d'ansia primari sia in comorbilità con altri disturbi psichici. Secondo le più recenti classificazioni nosografiche (DSM- V, 2013) essi si dividono in:

1. disturbo d'ansia da separazione
2. mutismo selettivo
3. fobia specifica
4. disturbo d'ansia sociale
5. disturbo di panico
6. agorafobia
7. disturbo d'ansia generalizzata
8. disturbo d'ansia indotto da sostanze/farmaci
9. disturbo d'ansia dovuto ad altra condizione medica
10. disturbo d'ansia con altra specificazione
11. disturbo d'ansia senza specificazione

La medicina generale si esercita tipicamente in condizione di comorbilità-multimorbilità. In un'ottica di intervento in risposta a esigenze biospsicosociali, che spesso i pz presentano, i medici di medicina generale (MMG) coordinano gli interventi specialistici secondo un approccio necessariamente di tipo globale. I disturbi d'ansia infatti possono essere spesso presenti in comorbilità con diversi altri disturbi di natura emotiva e nel 30-62% presentarsi principalmente con manifestazioni di tipo somatico, che possono rendere la diagnosi complessa (Simon et al., 1999).

TABELLA 1 – Sintomi somatici associati al disturbo depressivo

Generale

Affaticamento e perdita di energia, sensazione di rallentamento o agitazione e irrequietezza

Scarsa attenzione e concentrazione, pensiero lento, distraibilità, memoria alterata, indecisione

Psicologico

Apprensione, derealizzazione o spersonalizzazione, irritabilità, rabbia atipica

Somatico

Muscoloscheletrico

Dolori e dolori muscolari, tensione muscolare, mal di testa

Gastrointestinale

Bocca secca, sensazione di soffocamento, sensazione di "stomaco agitato", nausea, vomito, diarrea

Cardiovascolare

Palpitazioni, Tachicardia, dolore toracico, vampate

Respiratorio

Mancanza di respiro, occasionalmente iperventilazione

Neurologico

Capogiri, vertigini, visione offuscata, parestesia

Genito-urinario

Perdita del desiderio sessuale, difficoltà con la minzione

Spesso i sintomi d'ansia e i sintomi di natura depressiva soddisfano entrambi i criteri per un disturbo maggiore in comorbilità. Può essere difficile discriminarli, ma è importante riconoscere e trattare entrambe le malattie poiché sono associate a morbilità e mortalità significative (Tiller, 2013).

Nel percorso diagnostico i MMG si ritrovano ad essere spesso i primi a dover identificare e condurre il trattamento di queste malattie, con l'intento di migliorarne la prognosi.

Si stima che circa un terzo della popolazione mondiale sia affetto da un disturbo d'ansia, con prevalenza life-time in Europa di circa 14,5 %; secondo il dati ESEMed (Alonso J et al., 2007), La prevalenza è più elevata nel genere femminile con rapporto di circa 2:1. Il disturbo d'ansia sociale e la fobia specifica mostrano un'età d'esordio più precoce mentre per il disturbo d'ansia generalizzata (GAD) l'età d'esordio è più elevata, con un'età media di circa 31 anni. Hanno un decorso tendenzialmente cronico in cui si alternano fasi acute a fasi di relativo compenso clinico.

Per quanto riguarda la depressione maggiore, un sondaggio mondiale ha riportato che il 45,7% degli individui con disturbo depressivo maggiore nel corso della vita ha avuto una storia di uno o più disturbi d'ansia. Questi disturbi comunemente coesistono anche durante lo stesso lasso di tempo, poiché il 41,6% degli individui con depressione maggiore ha avuto anche uno o più disturbi d'ansia nello stesso periodo (Vázquez et al., 2014) (Tabella 2).

Dal punto di vista dei disturbi d'ansia, si stima che la comorbilità nel corso della vita con la depressione sia compresa tra il 20% e il 70% per i pazienti con disturbo d'ansia sociale, il 50% per i pazienti con disturbo di panico il 48% per i pazienti con stress post-traumatico. (PTSD) (7) e il 43% per i pazienti con disturbo d'ansia generalizzato (Tiller, 2013). I dati del noto studio Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) dimostrano la comorbilità a livello dei sintomi, poiché il

TABELLA 2 – Comorbidità tra disturbi dell'umore e disturbi d'ansia.

Depressione maggiore	Fobia Sociale	20–70%
Depressione maggiore	Disturbo di Panico	50%
Depressione maggiore	PTSD	48%
Depressione maggiore	DAG	43%
Disturbo bipolare	DP	15.3–23.4%
Disturbo bipolare	Fobia Sociale	15–24.8%
Disturbo bipolare	DAG	14.7–26.2%
Disturbo bipolare	Agorafobia	7.8–15.6%

53% dei pazienti con depressione maggiore aveva un'ansia significativa ed era considerato anche ansioso (Rush et al. 2006).

Studi epidemiologici e clinici riportano la possibilità di sviluppare un disturbo d'ansia in comorbidità nel corso longitudinale del disturbo bipolare compreso tra 39 e 55% (Vázquez et al., 2014). Inoltre, questa comorbidità determina diverse implicazioni negative (Shah et al., 2017) che includono una maggiore frequenza di episodi dell'umore soprattutto di stampo depressivo, un più elevato rischio di ideazione e comportamenti suicidari (Goldstein et al., 2012), e comorbidità anche con uso di sostanze e di alcool. La prognosi è generalmente peggiore, soprattutto per la difficoltà nella gestione terapeutica, essendo gli antidepressivi di prima scelta per il trattamento dei disturbi d'ansia mentre sono sconsigliati nel disturbo bipolare per il rischio di indurre scompensi affettivi di tipo maniacale, una rapida ciclicità e stati misti. (Yatham et al., 2018). Inoltre, la comorbidità tra Disturbo Bipolare e Disturbi d'Ansia è spesso sotto diagnosticata e potenzialmente confondente, in particolar modo quando i disturbi d'ansia si presentano come prima manifestazione di malattia, in

assenza di un franco slivellamento dell'umore. (Caricasole et al., 2019) Tra i disturbi d'ansia il disturbo di Panico è il più frequente (15.3–23.4%) seguito dalla fobia sociale (SP) (15.0–24.8%), ansia generalizzata (GAD) (14.7–26.2%), agorafobia (7.8%–15.6) e disturbo ossessivo compulsivo (OCD) (7.9–12.6%) (Du et al., 2017).

La comorbidità tra i disturbi d'ansia e disturbi dell'umore si traduce in un maggiore grado di disabilità, più lunghi tempi di latenza della risposta alle terapie, maggiore persistenza di sintomi residui.

CONSIDERAZIONI SULL'IMPATTO DELLA PANDEMIA

I dati fin qui descritti sono antecedenti all'evento pandemico da SarsCov2 ancora in corso. I dati in letteratura presenti sono ancora provvisori ma sono suggestivi di drastici cambiamenti emotivi, sociali ed economici nella vita delle persone in conseguenza dell'evento della pandemia. Paura, rabbia, frustrazione e ansia sono risposte psicologiche comuni (Dong et al. 2020). I sintomi del disturbo da stress post-traumatico comportano difficoltà ad addormentarsi, difficoltà di memoria e concentrazione, ipervigilanza e ipereccitazione, disregolazione dell'umore e abuso di alcool/droghe e sono stati osservati negli operatori sanitari coinvolti in una serie di condizioni di emergenza. Le condizioni psicologiche dell'individuo si sono significativamente deteriorate durante lo scoppio di COVID-19 (Li, et al. 2020) poiché l'incertezza e la gravità di questa situazione pandemica non solo influiscono sulla salute fisica, ma anche sulla salute mentale e sul benessere, in particolare per quanto riguarda le emozioni e le cognizioni dell'individuo. Il dubbio periodo di incubazione del virus e la sua possibile trasmissione asintomatica, il suo decorso imprevedibile, il lungo processo di guarigione, l'alto numero di decessi dovuti al COVID-19 e la possibilità che le persone possano essere contagiate una seconda volta rappresentano esperienze di incertezza e instabilità che aumentano le risposte di paura e ansia. Inoltre, l'isolamento sociale e la quarantena per contenere la diffusione del virus riducono il numero di

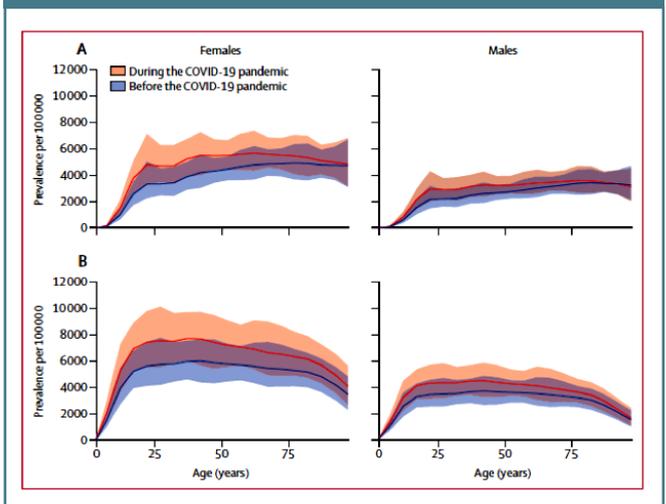
nuovi casi infetti ma hanno un impatto angosciante sul benessere psicologico, producendo sentimenti di solitudine e rabbia (Brooks et al., 2020). Per gli adolescenti le relazioni sociali, gli incontri e le amicizie rappresentano la dimensione fondamentale della loro vita e vivono il gruppo come punto di riferimento primario. In questa fase possono quindi trovarsi a dover affrontare stravolgimenti del proprio quotidiano e possono sentirsi ansiosi, isolati e amareggiati.

In un recentissimo studio pubblicato sulla rivista *Lancet* in ottobre 2021 è stato stimato un aumento sostanziale della prevalenza del disturbo depressivo maggiore e dei disturbi d'ansia a seguito della pandemia di COVID-19. Questo è il primo studio a identificare e analizzare sistematicamente i dati dell'indagine sulla salute mentale della popolazione e quantificare l'impatto risultante della pandemia di COVID-19 sulla prevalenza di questi due disturbi per età e sesso nel 2020. La prevalenza del disturbo depressivo maggiore e dei disturbi d'ansia durante il 2020 sono stati entrambi associati all'aumento dei tassi di infezione da SARS-CoV-2 e all'introduzione delle misure restrittive. Si è stimato inoltre che i paesi più colpiti dalla pandemia durante il 2020 hanno avuto i maggiori aumenti nella prevalenza di questi disturbi. È stato inoltre riscontrato un maggiore incremento della prevalenza dei disturbi nel sesso femminile rispetto a quello maschile, che ha determinato una differenza di prevalenza tra i sessi ancora maggiore rispetto a prima della pandemia come illustrato in *figura 1*. È stato riportato un cambiamento più cospicuo nella prevalenza del disturbo depressivo maggiore e dei disturbi d'ansia tra i gruppi di età più giovani che tra i gruppi di età più avanzata.

Come illustrato in *figura 2*, nella situazione pre pandemica, il disturbo depressivo maggiore era stimato essere responsabile di 38.7 milioni di DALY totali (Disability Adjusted Life Year- attesa di vita corretta per disabilità) equivalenti a 497.0 DALY per 100000 abitanti; il DALY rappresenta una misura della gravità globale di una malattia, espressa come il numero di anni persi

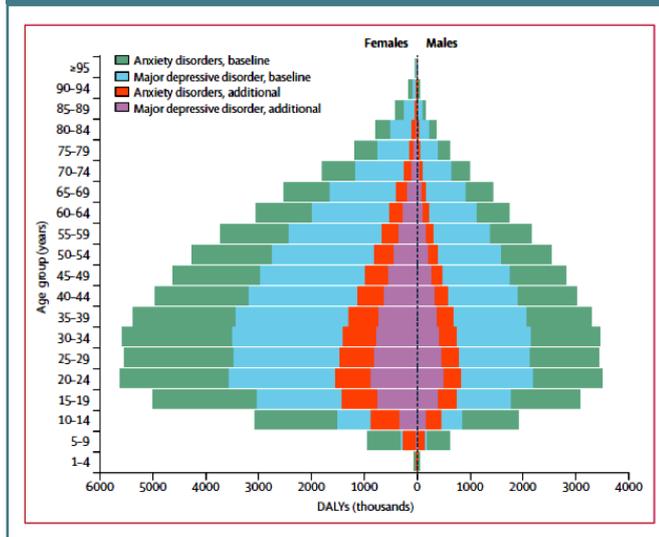
per abitante a causa della malattia, per disabilità o per morte prematura. Durante la pandemia di COVID-19, il disturbo depressivo maggiore è stato stimato essere responsabile di 49.4 milioni di DALY, equivalenti a 634.1 DALY per 100.000 abitanti. Pertanto durante la pandemia di COVID-19 si è verificato un aumento di 10.7 milioni DALY per ansia e depressione, di cui 7.07 milioni per gli individui di genere femminile e 3.62 milioni per gli individui di genere maschile. I disturbi d'ansia erano invece, nel contesto pre pandemico, responsabili di 35.5 milioni di DALY totali, equivalente a 454.8 DALY per 100000 abitanti. Durante la pandemia di COVID-19, i disturbi d'ansia sono stati responsabili di 44.5 milioni di DALY totali, equivalenti a 570.9 per 100.000 abitanti. Quindi i disturbi d'ansia si sono dimostrati causa di ulteriori 9.05 milioni di DALY durante la pandemia, di cui 6.11 milioni (4.21-8.56) di DALY tra le donne e 2.94 milioni (1.97-4.19) tra gli uomini.

Figura 1 – prevalenza del disturbo depressive maggiore e dei disturbi d'ansia in epoca precedente e durante la pandemia, (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).



Nella terapia dei Disturbi d'Ansia l'impiego esclusivo di farmaci ansiolitici, come le benzodiazepine (BZD), si è dimostrato insufficiente sul controllo della sintomatologia ed è sempre più diffuso l'utilizzo degli antidepressivi. Le benzodiazepine posseggono infatti un effetto ansiolitico

Figura 2 – Differenza nel tasso di DALY in epoca precedente e durante la pandemia (COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021).



diretto ed immediato nel giro di 20-30 minuti dall'assunzione per la loro azione sulla neurotrasmissione GABAergica. L'azione rapida e marcata nei confronti della sintomatologia ansiosa acuta (es. Attacchi di Panico) si contrappone alla minore incisività nel trattamento a lungo termine dei disturbi e all'inefficacia nella sua prevenzione. Ciò è determinato dal coinvolgimento di altri neurotrasmettitori cerebrali oltre al GABA, ad esempio serotonina e la noradrenalina ed è per tale motivo che gli antidepressivi che agiscono su questi due neurotrasmettitori risultano efficaci nella cura a lungo termine. Inoltre, la terapia con benzodiazepine genera a lungo termine rischio di uso incongruo ed abuso. La molecola deve essere scelta sulla base delle caratteristiche cliniche e metaboliche, in relazione al quadro da trattare e i dosaggi devono

Tabella 3 – considerazioni generali di primo intervento

Approcci Farmacologici	Approcci non Farmacologici
– Antidepressivo SSRI-SNRI	– Counseling e psicoterapia
– Benzodiazepine	– Programmi autogestiti
– Ansiolitico non benzodiazepinico	– Terapia comportamentale

essere personalizzati in relazione alle caratteristiche del paziente. L'indicazione è quella di usare i minimi dosaggi terapeutici. La durata della terapia con benzodiazepine non dovrebbe superare secondo le linee guida le 6-8 settimane, e dovrebbe essere introdotta in parallelo con la terapia antidepressiva, in relazione alla relativa latenza d'effetto. Bisogna prestare particolare attenzione alla fase di sospensione: deve essere fatta gradualmente per evitare possibili sintomi d'ansia "di rimbalzo".

Nella maggior parte dei trattamenti con antidepressivi della classe degli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina e della noradrenalina (SSRI e SNRI), nei primi giorni di terapia è possibile assistere ad un effetto paradossale, con aumento della sintomatologia ansiosa. Ciò si verifica durante il tempo di latenza di effetto tra l'inizio dell'assunzione degli antidepressivi e i primi miglioramenti clinici. La sindrome da attivazione è conseguente all'improvviso aumento di disponibilità nelle cellule nervose della serotonina e noradrenalina dopo le prime assunzioni di farmaci e al conseguente aumento della stimolazione dei recettori postsinaptici. Tende all'attenuazione spontanea nel corso del trattamento e risponde, comunque, positivamente all'associazione di benzodiazepine. Nelle prime 4-6 settimane viene prescritta la dose minima di SSRI o SNRI per saggiare la risposta individuale e per limitare al minimo gli effetti collaterali. All'antidepressivo va associata una benzodiazepina per ridurre i sintomi ansiosi presenti, ma anche per attenuare l'intensità della Sindrome da Attivazione. Nei due-tre mesi successivi viene prescritta la dose piena di antidepressivo, la cui entità dipende dalla risposta del paziente durante la prima fase di cura. E' questo il periodo più importante della cura, quello in cui è lecito attendersi la risoluzione dei sintomi. Dal secondo mese di cura la benzodiazepina va gradualmente sospesa mentre la terapia con antidepressivo va mantenuta per almeno sei mesi-un anno dalla remissione clinica (Stahl, 2016).

Le terapie cognitive e comportamentali si sono dimostrate efficaci nei disturbi d'ansia e, nella maggior

parte dei casi, sono indicate in combinazione alla terapia psicofarmacologica. (NICE, 2004).

I farmaci sono ampiamente utilizzati perché sono molto facilmente somministrati e la prescrizione non richiede necessariamente uno specialista. La tendenza all'uso delle benzodiazepine come agenti di prima linea è meno comune rispetto a decenni fa, sebbene sia ancora considerevole. Tuttavia, in una recente ampia indagine sui pazienti ansiosi che ricevono un trattamento nelle cure primarie, gli SSRI erano prescritti il doppio rispetto alle benzodiazepine. Sfortunatamente, le dosi di SSRI erano spesso troppo basse, perché i medici hanno iniziato in modo appropriato con dosi basse ma non hanno seguito la titolazione del farmaco sino al dosaggio terapeutico. In questa stessa indagine, relativamente pochi pazienti ansiosi hanno ricevuto qualsiasi tipo di terapia combinata (meno del 25%). I pazienti ansiosi che non rispondono alla terapia impostata nell'ambito della medicina generale andrebbero perciò indirizzati ad un consulto specialistico.

Una percentuale considerevole di pazienti psichiatrici si presenta infatti alla valutazione clinica dello psichiatra riferendo sintomi d'ansia che non rispondono al trattamento. Questa apparente mancanza di risposta può però essere dovuta a "pseudo-resistenza" (mancata ricezione e adesione a una riconosciuta e trattamento o trattamenti efficaci per la loro condizione) o rappresentare invece un vera "resistenza al trattamento". La pseudo-resistenza può essere causata da errori del medico nella selezione e somministrazione di un trattamento appropriato in modo efficace, dalla mancata aderenza del paziente a un ciclo di trattamento. La resistenza può essere dovuta a fattori ansiogeni esogeni non riconosciuti (p. es., abuso di caffeina, privazione di sonno, uso di alcol o sostanze) o ad una diagnosi errata (p. es., disturbo bipolare atipico, abuso occulto di sostanze, disturbo da deficit di attenzione e iperattività). Una volta che i sopracitati fattori vengono eliminati, il trattamento dovrebbe concentrarsi sulla combinazione di farmaci efficaci e interventi psicoeducativi, o in alternativa la combinazione di diversi farmaci

(potenziamento), oppure impiegando farmaci o terapie psicologiche diversi da quelli indicati come trattamento di prima linea.

Tabella 4 – Take-home messages per l'approccio ai disturbi d'ansia nell'ambito della medicina generale.

- Opportunità di instaurare un trattamento farmacologico
- Possibilità di operare la scelta razionale di una molecola
- Ottenere gli effetti desiderati del farmaco prescritto
- Controllare e minimizzare gli effetti collaterali e le complicanze della terapia
- Stabilire il momento e le modalità per sospendere il trattamento in atto

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali quinta edizione, DSM-5*. Raffaello Cortina Editore Milano
2. Simon G.E., VonKorff M., Piccinelli M., Fullerton C., Ormel J., *An international Study of the relation between somatic symptoms and depression*. N Engl J Med. 341: 1329-35, 1999.
3. Alonso J., Lépine J.P., *ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee, Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)*. J. Clin. Psychiatry, 68 Suppl 2: 3-9, 2007.
4. Tiller J.W., *Depression and anxiety*. Med J Austr. 199; 28-31, 2013.
5. Vázquez G.H., Baldessarini R.J., Tondo L., *Co-occurrence of anxiety and bipolar disorders: clinical and therapeutic overview*. Depress. Anxiety 31: 196-206, 2014.
6. Panchal N., Kamal R., Cox C., Garfield R., *The Implications of COVID-19 for Mental Health and Substance Use*. Kaiser Family Foundation Epub 1-15 Feb 10, 2021.
7. Rush A.J., Trivedi M.H., Wisniewski S.R., Nierenberg A.A., Stewart J.W., Warden D., Niederehe G., Thase M.E., Lavori P.W., Lebowitz B.D., McGrath P.J., Rosenbaum J.F., Sackeim H.A., Kupfer D.J., Luther J., Fava M., *Acute and longer-term outcomes in depressed outpatients requiring one or several treatment steps: a STAR*D report*. Am. J. Psychiatry, 163: 1905-17, 2006.
8. Shah S., Kim J.P., Park D.Y., Kim H., Yuen L.D., Do D., Dell'Osso B., Hooshmand F., Miller S., Wang P.W., Ketter T.A., *Lifetime anxiety disorder and current anxiety symptoms associated with hastened depressive recurrence in bipolar disorder*. J. Affect. Disord., 219: 165-171, 2017.
9. Goldstein T.R., Ha W., Axelson D.A., Goldstein B.I., Liao F., Gill M.K., Ryan N.D., Yen S., Hunt J., Hower H., Keller M., Strober M., Birmaher B., *Predictors of prospectively examined suicide attempts among youth with bipolar disorder*. Arch. Gen. Psychiatry, 69: 1113-1122, 2012.
10. Yatham L.N., Kennedy S.H., Parikh S.V., Schaffer A., Bond D.J., Frey B.N., Sharma V., Goldstein B.I., Rej S., Beaulieu S., Alda M., MacQueen G., Milev R.V., Ravindran A., O'Donovan C., McIntosh D., Lam R.W., Vazquez G., Kapczinski F., McIntyre R.S., Kozicky J., Kanba S., Lafer B., Suppes T., Calabrese J.R., Vieta E., Malhi G., Pošt R.M., Berk M., *Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) and international society for bipolar disorders (ISBD) 2018 guidelines for the management of patients with bipolar disorder*. Bipolar Disord., 20: 97-170, 2018.
11. Caricasole V., Di Bernardo I., Varinelli A., Galimberti C., Zanello R., Bosi M., Ketter T.A., Viganò C.A., Dell'osso B., *Anxiety disorders anticipate the diagnosis of bipolar disorder in comorbid patients: Findings from an Italian tertiary clinic*. J Affective Disorder, 257: 376-381, 2019.
12. Du N., Zhou Y.-L., Zhang X., Guo J., Sun X.-L., *Do some anxiety disorders belong to the prodrome of bipolar disorder? A clinical study combining retrospective and prospective methods to analyse the relationship between anxiety disorder and bipolar disorder from the perspective of biorhythms*. BMC Psychiatry; 17: pp. 351, 2017.
13. Dong L., Bouey J., *Public Mental Health Crisis during COVID-19 Pandemic*. China, Emerg. Infect. Dis., 26: 1616-1618, 2020.
14. Li W., Yang Y., Liu Z.H., Zhao Y.J., Zhang Q., Zhang L., Cheung T., Xiang Y.T., *Progression of Mental Health Services during the COVID-19 Outbreak in China*. Int J Biol Sci, 16: 1732-1738, 2020.
15. Brooks S.K., Webster R.K., Smith L.E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N., Rubin G.J., *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence*. Lancet., 395: 912-920, 2020.
16. COVID-19 Mental Disorders Collaborators, *Lancet. O& 8;S0140-6736(21)02143-7*. DOI: 10.1016/S0140-6736(21)02143-7 Online ahead of print, 2020.
17. Stahl S., *Neuropsicofarmacologia essenziale*, EdiErmes, 2016.
18. NICE. *Anxiety: Management of Anxiety (Panic Disorder, With and Without Agoraphobia, and Generalised Anxiety Disorder) in Adults in Primary, Secondary and Community Care*. National Institute for Health and Clinical Excellence, Clinical Guideline 22, Available at www.nice.org.uk., 2004.

VI INCONTRO – 7 OTTOBRE 2021
PANDEMIA COVID-19
E DIPENDENZE: EFFETTI
OSSERVATI E ATTESI

ALLENARSI A STAR BENE

RILASSAMENTO MUSCOLARE PROGRESSIVO

VALERIA GARAVAGLIA

Il fondamento su cui si basano molte tecniche di rilassamento riguarda l'osservazione che il gioco tonico tra muscolatura striata e muscolatura liscia ha una stretta relazione con le funzioni psichiche e che queste manifestazioni periferiche e centrali si influenzano a vicenda in modo notevole (Goldwurm, Sacchi, Scarlato, 1986, 2003). Jacobson enfatizza l'apprendimento di uno stato muscolare.

«Una volta appresa questa abilità, si potrà assistere anche a una notevole modificazione cognitiva e comportamentale, ma questa sarà solo una conseguenza e non un obiettivo specifico del rilassamento» (Bertolotti, 2015; 2021, p.35).

È probabile, in sintesi, che una minore tensione neuromuscolare, generalizzata all'intero corpo, metta a disposizione una quota di energia e di nuove risorse che possono andare a vantaggio di una maggiore lucidità di pensiero e un migliore orientamento al problem solving, oltre che una migliore gestione delle emozioni. Infatti i muscoli in tensione, anche se non stanno producendo alcun movimento, stanno lavorando ed assorbono energia. Mantenere a lungo un'elevata tensione muscolare, non finalizzata al movimento, può causare ad esempio cefalee muscolo tensive, rigidità al collo e alla schiena, dolori toracici, aumento della pressione arteriosa. I vantaggi del rilassamento sono quelli di facilitare l'apprendimento di una sensazione soggettiva nuova, spesso piacevole, di rilassamento dei muscoli e del corpo. Se praticato con costanza e abbinato ad un'adeguata alimentazione, può aiutare le persone affette da ipertensione a ridurre la pressione arteriosa: nello stato di rilassamento completo, la concentrazione di adrenalina nel sangue si abbassa, l'ossigenazione del sangue migliora e la pressione arteriosa tende appunto a ridursi. In particolare, il rilassamento muscolare progressivo (RMP) di Edmund Jacobson (1888-1983) è una tecnica messa a punto negli anni Trenta del Novecento. Il testo *"Progressive Relaxation"* nell'edizione originaria risale al 1929. Questa tecnica si basa sull'apprendimento di induzione volontaria di tensione e successivo rilascio nei diversi gruppi e distretti muscolari del corpo.

Imparare a rilassarsi non è diverso da ogni altra abilità che può essere sviluppata nella vita quotidiana (es. andare in bici, nuotare, ecc.): si può apprendere con la pratica e richiede della pratica per vedere dei risultati. Un primo aspetto della tecnica potrebbe riguardare l'individuazione del proprio livello di tensione muscolare abituale, del proprio livello soglia, così da riuscire a ridurlo quando si desidera rilassarsi. Si parla di una sensazione soggettiva di tensione (SST) con uno spam che convenzionalmente può andare da 0 a 100 (Bertolotti, 2021, ed. or. 2005), dove la soglia o corrisponde al ricordo di un preciso momento in cui ci si è sentito perfettamente tranquilli e rilassati, in uno stato di benessere, la soglia 100 al ricordo di una situazione in cui si è percepito il proprio corpo in una condizione di estrema tensione, magari associata ad una sensazione, appunto, di ansia o paura.

Evidenze cliniche riguardano ad esempio la riduzione di alcuni effetti collaterali della chemioterapia in pazienti con cancro al seno (Molassiotis, A., Yung, H.P., Yam, B.M. et al. , 2002), il contrasto all'insonnia in pazienti oncologici (Simeit R, Deck R, Conta-Marx B, 2004) e in pazienti con disturbo d'ansia (Viens et al., 2003), nel trattamento di pazienti con patologie respiratorie (es. Miglioramento parametri fisiologici in Nickel et al., 2006; riduzione dei sintomi di ansia e depressione in pazienti con ipertensione polmonare in Li et al., 2015), nelle cefalee pediatriche (Kröner-Herwig B, Mohn U, Pothmann R, 1998), degli adolescenti (Larsson B, Carlsson J, Fichtel A, Melin, 2005) e degli adulti (es. Kumar & Raje, 2014).

BIBLIOGRAFIA

1. Bertolotti G., (ed or. 2005) *Il rilassamento progressivo in psicologia. Teoria, tecnica, valutazione*. Carocci, Roma, 2021.
2. De Bousingen D.R. *Distensione e training autogeno*. Edizioni Mediterranee, Roma, 1980.
3. Jacobson E., (ed. or. 1929) *Progressive Relaxation*. University of Chicago Press, Chicago, 1938.
4. Goldwurm G.F., Sacchi D, Scarlato A., *Le tecniche di rilassamento nella terapia comportamentale. Manuale teorico pratico*. Franco Angeli, Milano, 1986, 2003.
5. Kröner-Herwig B, Mohn U, Pothmann R. *Comparison of biofeedback and relaxation in the treatment of pediatric headache and the influence of parent involvement on outcome*. Appl Psychophysiol Biofeedback, Sep;23(3):143-57, 1998.
6. Kumar, S., Raje, A. *Effect of progressive muscular relaxation exercises versus transcutaneous electrical nerve stimulation on tension headache: A comparative study*. Hong Kong Physiotherapy Journal. Volume 32, Issue 2, December 2014, Pages 86-91, 2014.
7. Larsson B, Carlsson J, Fichtel A, Melin L. (2005). Relaxation treatment of adolescent headache sufferers: results from a school-based replication series. Headache 45(6):692-704.
8. Li Y, Wang R, Tang J, Chen C, Tan L, Wu Z, Yu F, Wang X. *Progressive muscle relaxation improves anxiety and depression of pulmonary arterial hypertension patients*. Evid Based Complement Alternat Med. 2015
9. Molassiotis, A., Yung, H.P., Yam, B.M. et al., *The effectiveness of progressive muscle relaxation training in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting in Chinese breast cancer patients: a randomised controlled trial*. Support Care Cancer 10, 237-246, 2002.
10. Nickel C., Lahmann C., Muehlbacher M., Pedrosa Gil F., Kaplan P., Buschmann W., Tritt K., Kettler C., Bachler E., Egger C., Anvar J, Fartacek R., Loew T., Rother W., Nickel M., *Pregnant women with bronchial asthma benefit from progressive muscle relaxation: a randomized, prospective, controlled trial*. Psychother Psychosom 75(4):237-43, 2006.

11. Simeit R, Deck R, Conta-Marx B. *Sleep management training for cancer patients with insomnia*. Support Care Cancer Mar12(3):176-83, 2004.
12. Viens M, De Koninck J, Mercier P, St-Onge M, Lorrain D., *Trait anxiety and sleep-onset insomnia: evaluation of treatment using anxiety management training*. J Psychosom Res. 54(1):31-7, 2003.

M

COMUNICAZIONE
EVENTI & MORE

**Agenzia di Organizzazione
Eventi e Congressi**

More Comunicazione srl
Provider ECM ID 4950
Via Cernaia, 35 - 00185 Roma
tel. +39.06.87678154 | fax +39.06.94443440
info@morecomunicazione.it
morecomunicazione.it

Con la sponsorizzazione non condizionante di:

