

23 SETTEMBRE 2017

Casa Internazionale delle Donne, Roma



La Psiche nelle malattie reumatiche

Cinzia Niolu

Giulia Lisi

Cattedra di Psichiatria

Dipartimento di Medicina dei Sistemi

Università degli studi di Roma "Tor Vergata"

Una guerra tra titani

I **DISTURBI REUMATICI** rappresentano una delle maggiori problematiche di salute pubblica, sono ritenuti la causa più rilevante di disabilità negli USA. Si prevede che, nel 2030, l'artrite riguarderà il 25 % della popolazione adulta americana

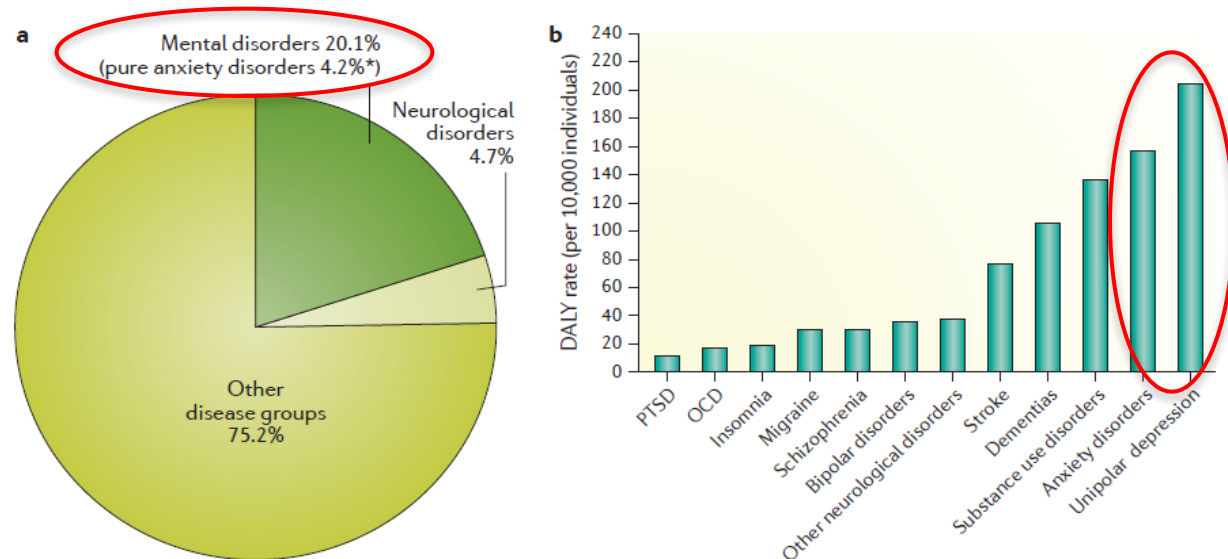


Figure 5 | **Disability-adjusted life years lost for mental disorders, neurological disorders and other disease groups.**
a | The total distribution (%) of disability-adjusted life years (DALYs) that are attributable to mental and neurological disorders, in addition to other somatic diseases and conditions. **b** | The DALYs for different disorders. OCD, obsessive-compulsive disorder; PTSD, post-traumatic stress disorder. *This value is a conservative estimate and does not reflect the total burden, because comorbid anxiety-depression cases are counted entirely towards depression. Data from REF. 1.



I **DISTURBI PSICHIATRICI** sono considerati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, al terzo posto tra tutte le patologie con maggiore impatto.

1° causa di DALY- Anni persi per disabilità

(40 %)

IL 40% DEI PAZIENTI CHE AFFERISCE AI SERVIZI DI REUMATOLOGIA PRESENTA UN DISTURBO PSICHIATRICO.

Un valido screening psichiatrico rivolto a tutti i pazienti che riportano disturbi muscolo-scheletrici aspecifici può concretamente ridurre i costi sanitari e incrementare il riconoscimento di disturbi psichiatrici potenzialmente trattabili.

The Value of Screening for Psychiatric Disorders in Rheumatology Referrals.
O'Malley et al, Arch Intern Med. 1998;158:2357-2362.

Reumatologia e Psichiatria: comorbidità

CAMPIONE TOTALE: 514 PAZIENTI CON DISTURBI REUMATICI

	Depression	<i>p</i>	Anxiety	<i>p</i>	Coexistence	<i>p</i>
Entire cohort (%)	21.8 (23.0/16.1)	0.158	37.0 (40.0/21.8)	0.001	16.7 (18.5/8.0)	0.017
Disease (%)						
RA	19.6 (14.3/20.4)	0.509	32.9 (4.8/27.2)	0.003	14.6 (4.8/16.1)	0.172
SLE	40.5 (0/41.5)	0.404	45.2 (0/46.3)	0.358	28.6 (0/29.3)	0.522
PsA	20.6 (23.5/17.6)	0.671	14.7 (5.9/23.5)	0.146	11.8 (5.9/17.6)	0.287
AS	18.2 (14.8/23.5)	0.466	34.1 (25.9/47.1)	0.150	13.6 (7.4/23.5)	0.129
OA	24.4 (33.3/24.0)	0.712	44.9 (33.3/45.3)	0.682	17.9 (33.3/17.3)	0.479
Osteoporosis	9.1 (0/9.0)	N/A	36.4 (0/36.4)	N/A	9.1 (0/9.1)	N/A
Other ^a	20.6 (11.1/22.0)	0.286	41.2 (50.0/39.8)	0.414	18.4 (11.1/19.5)	0.393

Results are expressed as total (male/female). *p* expresses differences between genders

RA rheumatoid arthritis, *SLE* systemic lupus erythematosus, *PsA* psoriatic arthritis, *OA* osteoarthritis, *AS* ankylosing spondylitis, *N/A* no statistics can be computed because gender is constant

^a Scleroderma, Sjogren's syndrome, polymyalgia rheumatica, mixed connective tissue disease, antiphospholipid syndrome, vasculitis

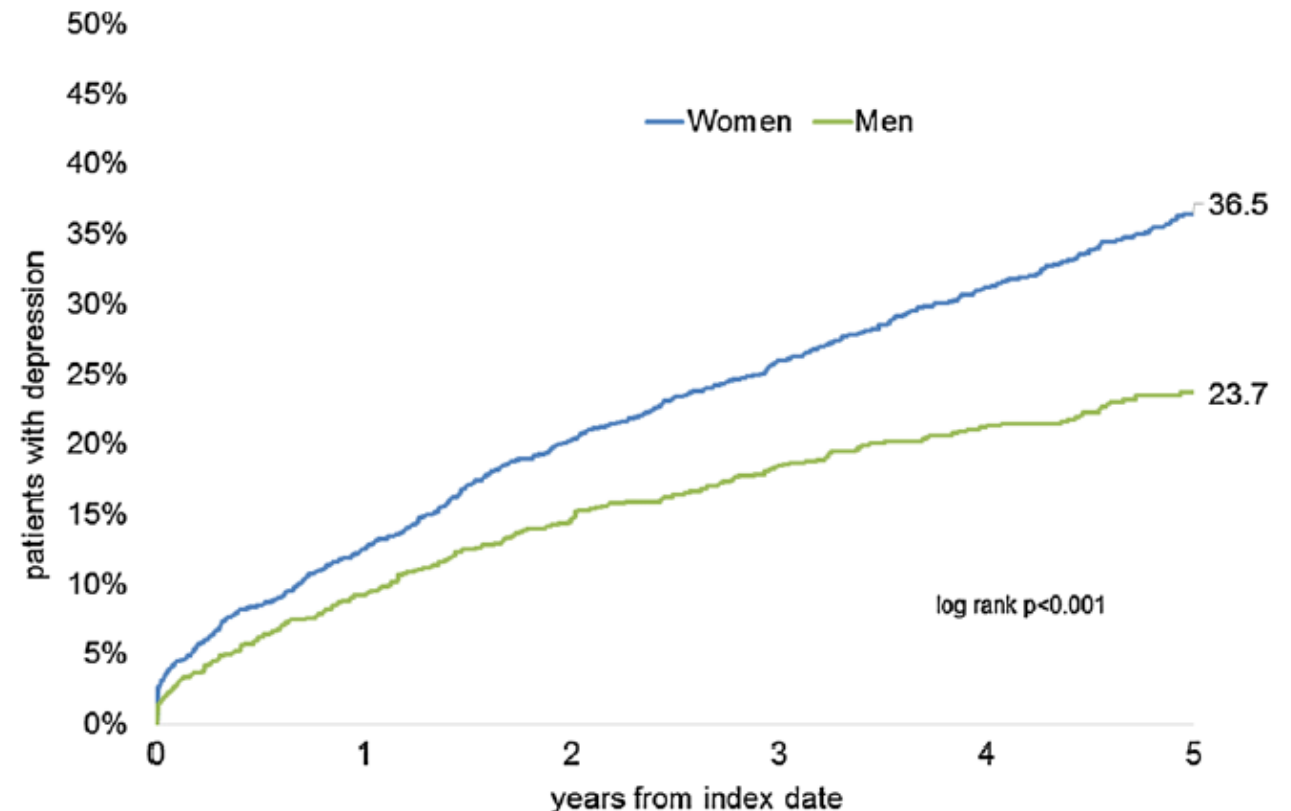
ORIGINAL RESEARCH

Depression Risk in Patients with Rheumatoid Arthritis in the United Kingdom

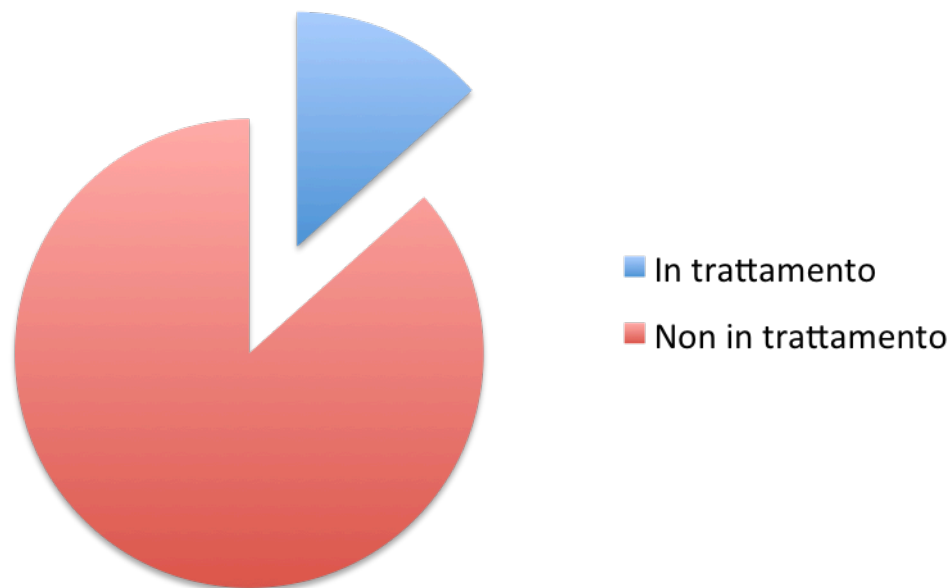
Louis Jacob · Timo Rockel · Karel Kostev

Il 30% dei pazienti con Artrite Reumatoide, sviluppa un Disturbo Depressivo entro 5 anni dalla diagnosi.

Il rischio di sviluppare un Disturbo Depressivo è più alto nelle donne rispetto agli uomini. I dati più recenti sottolineano la spiccata importanza che ha l'individuazione e il trattamento dei pazienti con Artrite Reumatoide associata a Depressione.



Un problema ancora troppo sottovalutato



Pz con sintomi ansioso-depressivi

Solo il 13,4% dei pazienti con sintomi depressivi e il

12,1% dei pazienti con sintomi ansiosi riceve un

trattamento psicofarmacologico mirato

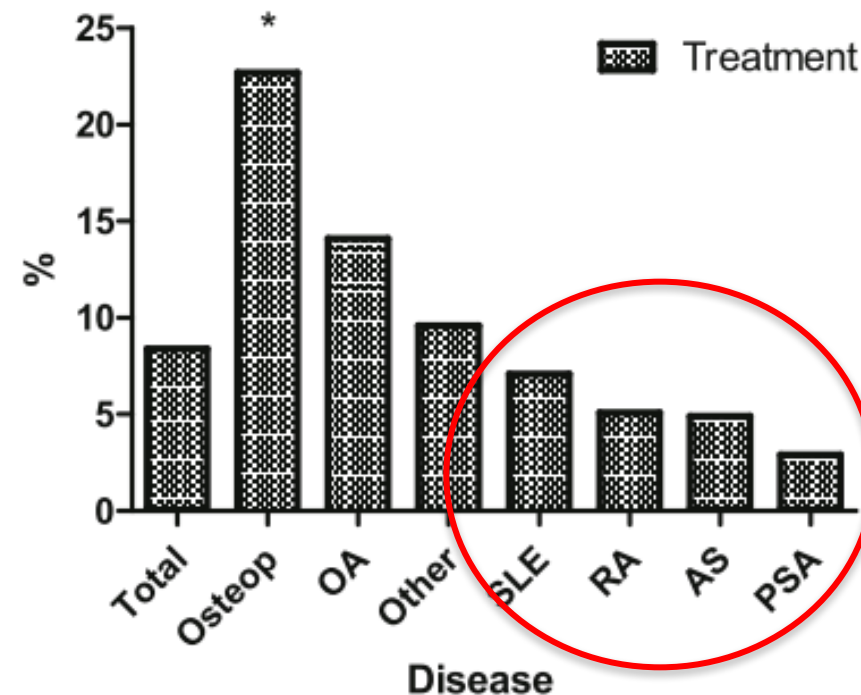


Fig. 1 Percentage of patients receiving antidepressant or anti-anxiety treatment in the total population and in each disease group. *Osteop*, osteoporosis; *RA*, rheumatoid arthritis; *SLE*, systemic lupus erythematosus; *PsA*, psoriatic arthritis; *OA*, osteoarthritis; *AS*, ankylosing spondylitis; *Other*, scleroderma, Sjogren's syndrome, polymyalgia rheumatica, mixed connective tissue disease, antiphospholipid syndrome, vasculitis. * $p < 0.05$ between osteoporosis and other diseases

Identifying Targets for Improving Mental Healthcare of Adolescents with Systemic Lupus Erythematosus: Perspectives from Pediatric Rheumatology Clinicians in the United States and Canada

Andrea M. Knight, Michelle E. Vickery, Eyal Muscal, Alaina M. Davis, Julia G. Harris, Arzu Soybilgic, Karen B. Onel, Laura E. Schanberg, Tamar Rubinstein, Beth S. Gottlieb, David S. Mandell and Emily von Scheven For the CARRA Investigators

The Journal of Rheumatology June 2016, 43 (6) 1136-1145; DOI: <https://doi.org/10.3899/jrheum.151228>

Results. Of the 375 eligible CARRA members, 130 responded (35%) and 119 completed the survey. Fifty-two percent described identification of depression/anxiety in adolescents with SLE at their practice as inadequate, and 45% described treatment as inadequate. Seventy-seven percent stated that routine screening for depression/anxiety in pediatric rheumatology should be conducted, but only 2% routinely used a standardized instrument. Limited staff resources and time were the most frequent barriers to screening. Respondents with formal postgraduate mental health training, experience treating young adults, and practicing at sites with very accessible mental health staff, in urban locations, and in Canada reported fewer barriers to screening. Long waitlists and limited availability of mental health providers were the most frequent barriers to treatment. Male clinicians and those practicing in the Midwest and Canada reported fewer barriers to treatment.

Conclusion. Pediatric rheumatology clinicians perceive a need for improved mental healthcare of adolescents with SLE. Potential strategies to overcome barriers include enhanced mental health training for pediatric rheumatologists, standardized rheumatology-based mental health practices, and better integration of medical and mental health services.



Nonostante la maggior parte dei clinici ritenga necessario uno screening psichiatrico per ansia e depressione nei pazienti reumatici, **SOLO IL 2% DEI PROFESSIONISTI** utilizza, a questo proposito, strumenti standardizzati.

Una questione personologica?

La “Personalità Reumatica”

<< Storicamente, nell’ambito degli studi psicosomatici, uno sforzo considerevole è stato dedicato alla definizione della "personalità reumatica".

Questo profilo personologico comprendeva le caratteristiche di sacrificio, masochismo, inibizione, reticenza e perfezionismo.

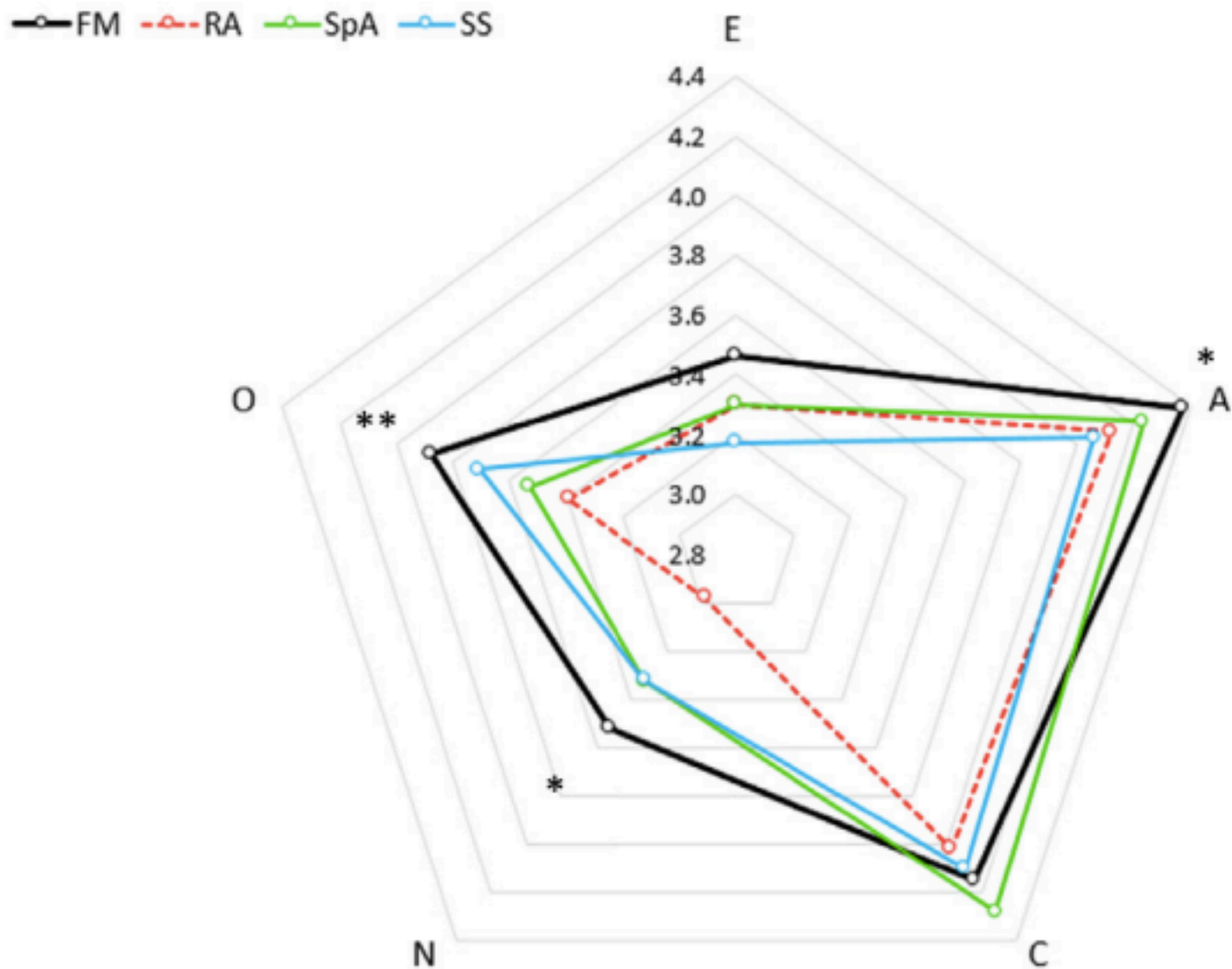
*I pazienti con personalità reumatica hanno una concreta **difficoltà di accesso alla loro sfera emotiva**>>*



<<Comparison of the personality dimensions in rheumatic diseases>>

- FM: fibromialgia,
- RA: artrite reumatoide,
- SpA: spondiloartrite,
- SS: sindrome di Sjögren

E- ESTROVERSIONE
O- AMICALITÀ
N- NEVROTICISMO
C- COSCENZIOSITÀ
A- COMPIACENZA



*P < 0.05; **P < 0.01

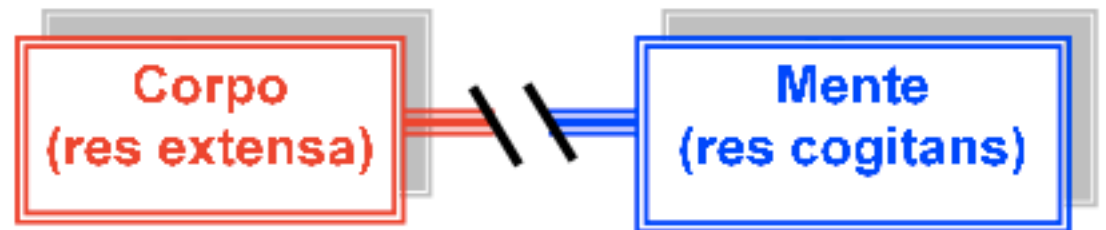
Da dove cominciare?

- *I disturbi psichiatrici sono la **conseguenza** di un maladattamento alle patologie reumatologiche?*
- *Esistono delle **vie biologiche comuni** tra patologie psichiatriche e reumatologiche?*
- *È possibile che i disturbi psichiatrici **modifichino il rischio** di disturbi reumatologici o ne modifichino quantomeno il decorso?*

L'ERRORE DI CARTESIO: il Dualismo Mente-Corpo

<<Suppongo che il corpo non sia altro che una statua o macchina di terra che Dio forma espressamente per renderla il più possibile simile a noi: per modo che non solo dia ad essa all'esterno il colore e la figura di tutte le nostre membra, ma vi metta anche all'interno tutti i pezzi che si richiedono per fare sì che cammini, mangi, respiri e imiti infine tutte quelle nostre funzioni che si può immaginare procedano dalla materia e non dipendano che dalla disposizione degli organi>>

(Cartesio, da Opere scientifiche: L'Uomo)



Da Cartesio a Engel: il modello biopsicosociale



Il modello BIOPSYCOSOCIALE, interfaccia tra psichiatria e medicina:

la teoria di George Engel

8 April 1977, Volume 196, Number 4286

SCIENCE

The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine

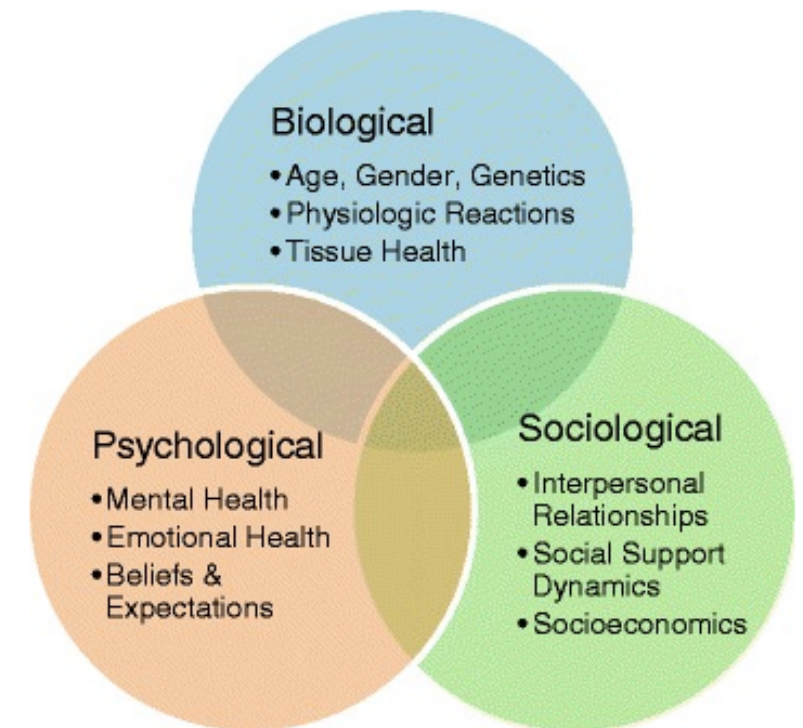
George L. Engel

At a recent conference on psychiatric education, many psychiatrists seemed to be saying to medicine, "Please take us back and we will never again deviate from the 'medical model.'" For, as one critical psychiatrist put it, "Psychiatry has become a hodgepodge of unscientific

the physician is appropriate for their helping functions. Medicine's crisis stems from the logical inference that since "disease" is defined in terms of somatic parameters, physicians need not be concerned with psychosocial issues which lie outside medicine's responsibil-

new discipline based on behavioral science. Henceforth medicine would be responsible for the treatment and cure of disease, while the new discipline would be concerned with the reeducation of people with "problems of living." Implicit in this argument is the premise that while the medical model constitutes a sound framework within which to understand and treat disease, it is not relevant to the behavioral and psychological problems classically deemed the domain of psychiatry. Disorders directly ascribable to brain disorder would be taken care of by neurologists, while psychiatry as such would disappear as a medical discipline.

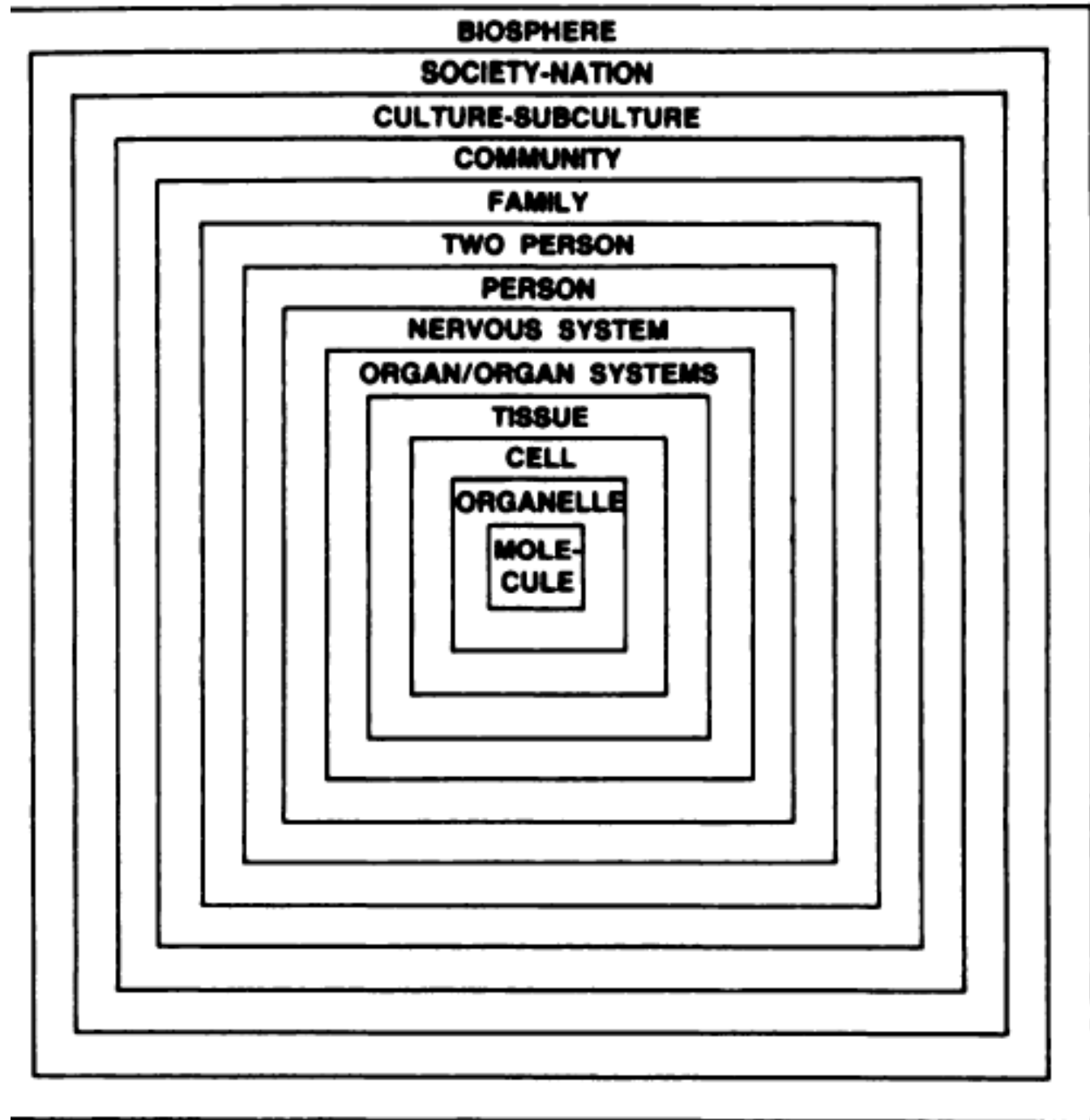
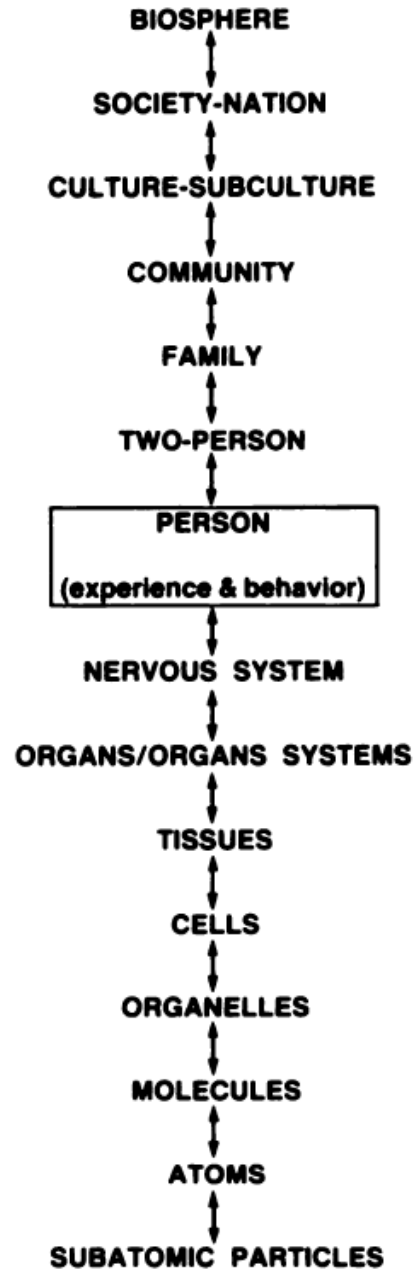
The contrasting posture of strict adherence to the medical model is caricatured in Ludwig's view of the psychiatrist as physician (1). According to Ludwig, the medical model premises "that



Gliedt et al. 2017

***NOTHING
EXISTS IN
ISOLATION***
G. Engel 1980

**SYSTEMS HIERARCHY
(LEVELS OF ORGANIZATION)**



NOTHING EXISTS IN ISOLATION – G. ENGEL 1980



Nothing exists in isolation. Whether a cell or a person, every system is influenced by the configuration of the systems of which each is a part, that is, by its environment. More precisely, neither the cell nor the person can be fully characterized as a dynamic system without characterizing the larger system(s) (environment) of which it is a part. This is implicit in the labels used. The designation “red blood cell” identifies directly and by implication the larger systems without which the red blood cell has no existence. The term “patient” characterizes an individual in terms of a larger social system. Identification of the patient by name, age, sex, marital status, occupation, and residence identifies other systems of which that patient is a component and which in turn are part of his environment.

Engel G, The American Journal of Psychiatry, 1980

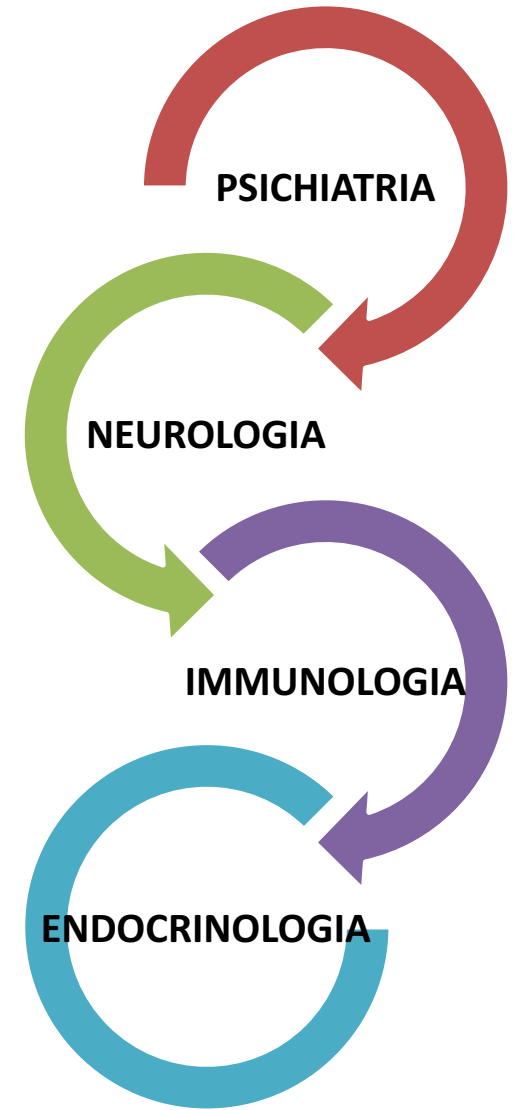
I Sistemi coinvolti

La Psiconeuroimmunoendocrinologia studia l'interazione esistente tra psiche, funzioni neurali, funzioni endocrine e risposte immunitarie.

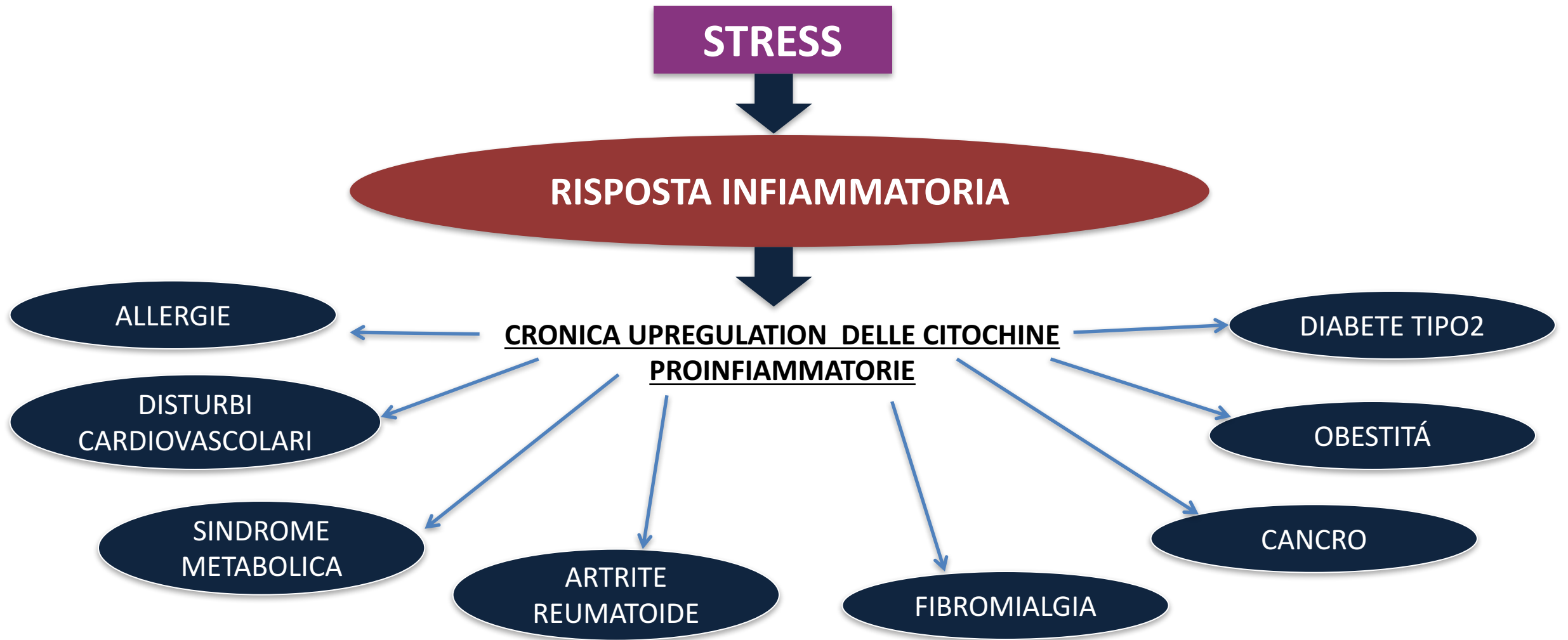
Questi specifici sistemi interagiscono principalmente attraverso due pathway:

- 1) Le alterazioni delle funzioni neurali o endocrine possono alterare le risposte immunitarie**
- 2) La stimolazione di risposte immunitarie può modificare la funzionalità del sistema endocrino e del SNC.**

Dall'interazione di questi sistemi dipende la vulnerabilità del soggetto a innumerevoli patologie.

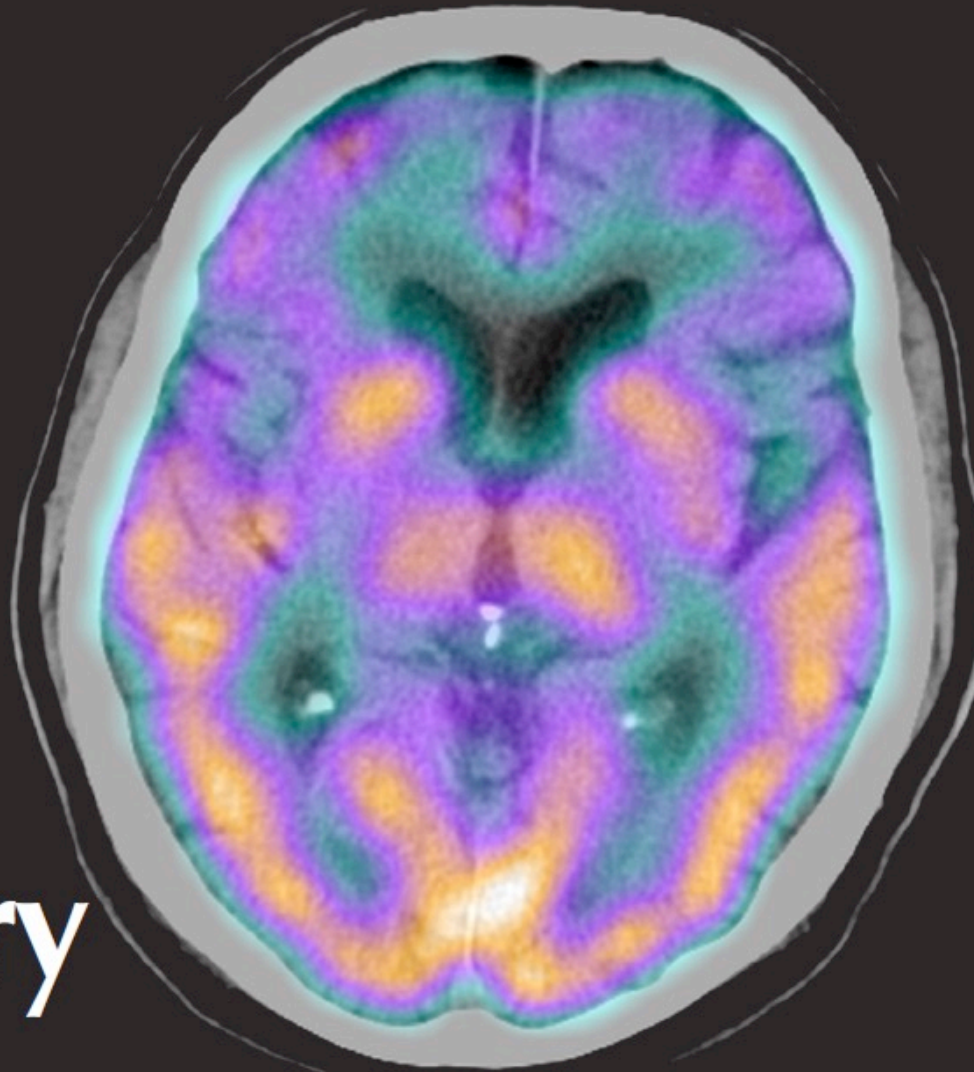


PSICONEUROIMMUNOENDOCRINOLOGIA



Such diseases are the result of a continuous process of multidirectional interactions among the frontal lobe of the brain (which perceives stress), the autonomic nervous system, the endocrine system and the immune system

**UN
COMUNE
SUBSTRATO
BIOLOGICO?**



istell/Science Source

Inflammatory illness:

Why the next wave of antidepressants may target the immune system

By Nicole Wetsman

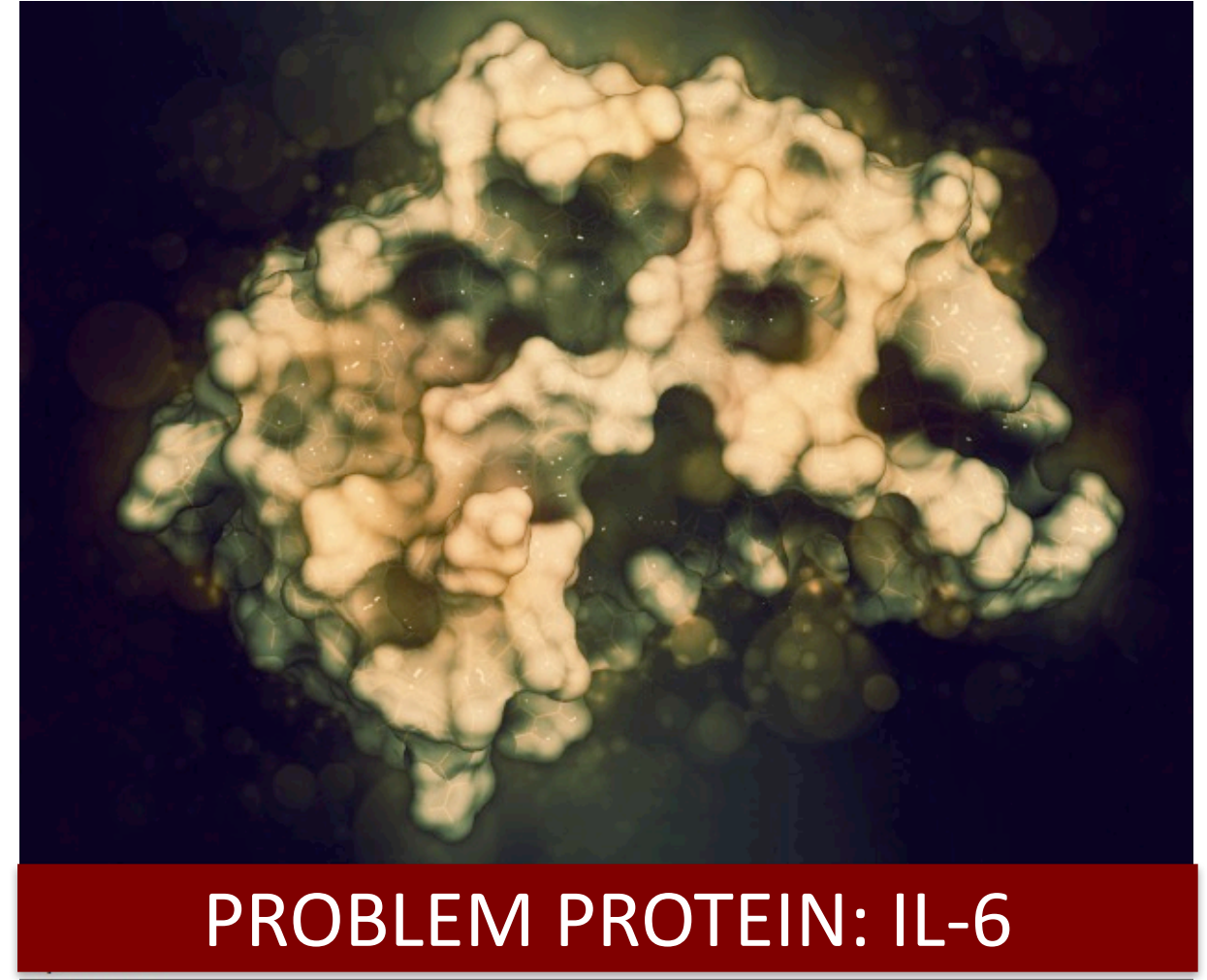
Depressione come patologia infiammatoria

La patologia depressiva si associa non solo a alterazioni strutturali e molecolari del SNC, ma anche a importanti riorganizzazioni che riguardano l'organismo nella sua interezza:

>> PROTEINE INFIAMMATORIE

- IL-6
- TNF-alfa
- IL-1-beta

Le proteine infiammatorie, oltrepassando la barriera emato-encefalica, alterano l'attività di importanti neurotrasmettitori (es. serotonina) implicati nella depressione.



PSICONEURO IMMUNOLOGIA: IL CASO DELLA PSICOSI

“La letteratura suggerisce la possibilità di trattare alcuni casi di psicosi con farmaci immunoterapici”.

Could antibodies cause psychosis?

Antibodies against neuronal cell surface receptors are more common among patients with psychosis, according to new research, suggesting that psychosis could be antibody-mediated. The finding raises the possibility of treating some cases of psychosis with immunotherapy.

Psychosis is a common presenting symptom of autoantibody-mediated encephalitis, which most commonly involves antibodies against the *N*-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor. This observation has generated interest in whether the autoantibodies are responsible for the psychosis, and whether psychosis that is not associated with encephalitis could be mediated by the same antibodies.

Previously, a small pilot study by Belinda Lennox — who led the new study — and her colleagues identified patients with psychosis whose serum

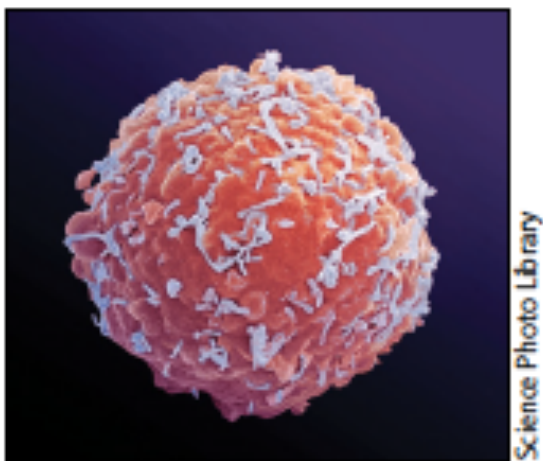
“

seven patients and no controls were positive for anti-NMDA receptor antibodies

”

Psychoneuroimmunology or Immunopsychiatry?

UNO SHIFT GERARCHICO



**NON È IL CERVELLO CHE GOVERNA IL SISTEMA
IMMUNITARIO, MA SONO IL COMPORTAMENTO
E LE EMOZIONI AD ESSERE GOVERNATI DA
MECCANISMI IMMUNITARI PERIFERICI**

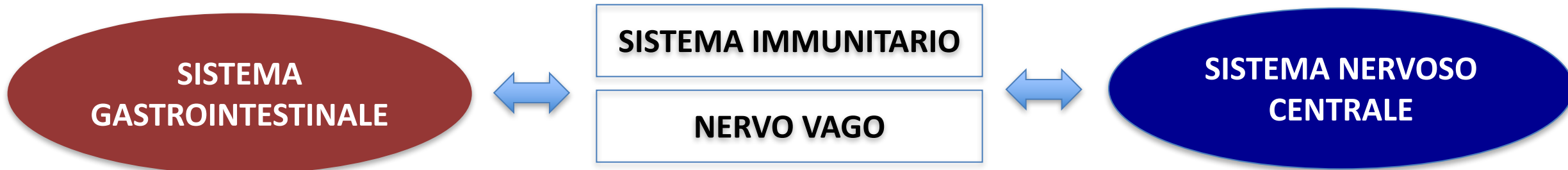
*<<To paraphrase Shakespeare's Juliet, that which we call psychoneuroimmunology by any other name would smell as sweet. I would like to propose that these two names—psychoneuroimmunology and immunopsychiatry—represent two different conceptualisations of brain-immune communication. While advocates of both terms acknowledge bidirectional communication between these two systems, I suggest that the recent use of the term immunopsychiatry represents **a hierarchical shift.**>>*



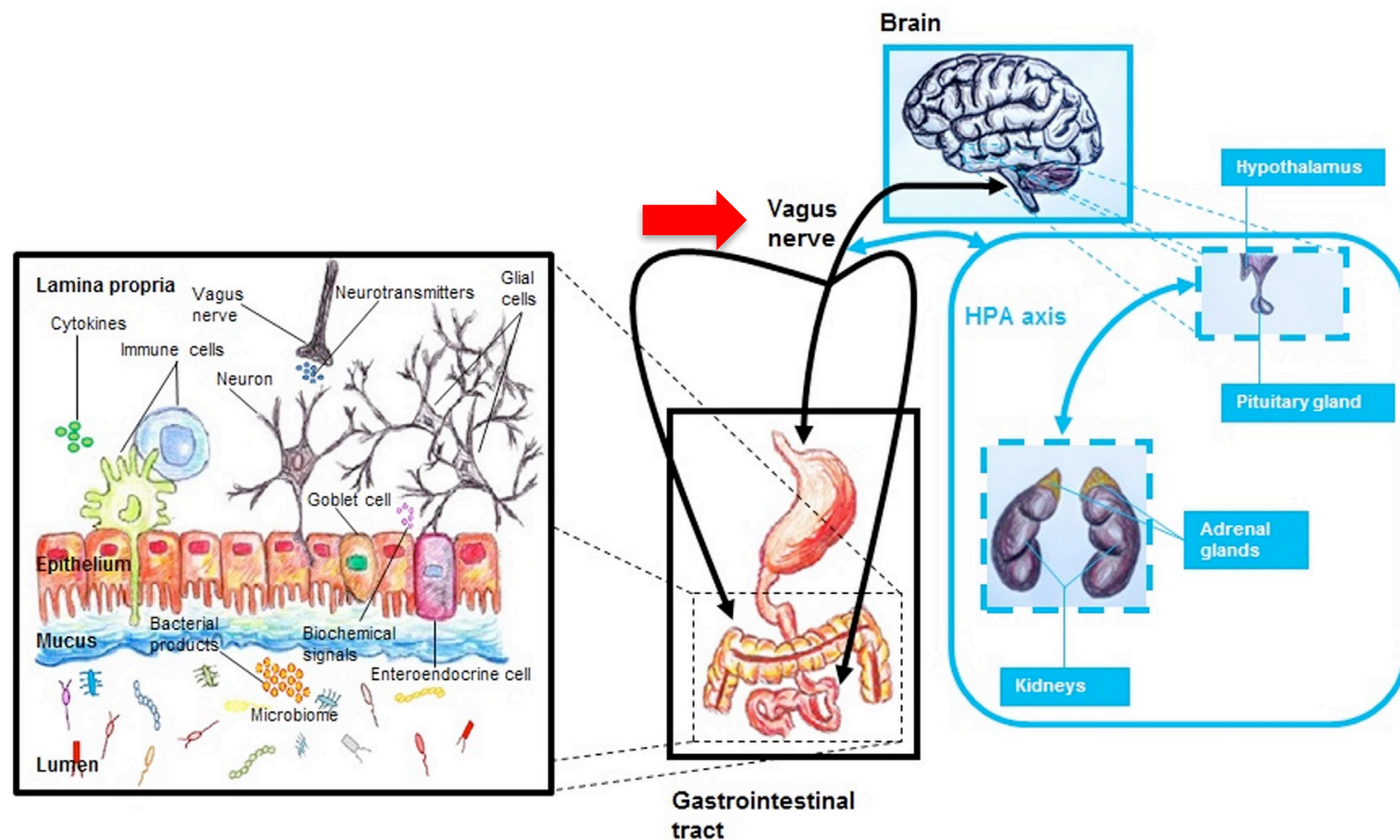
GLOSSARIO

“I Am I and My Bacterial Circumstances”: Microbioma, Neurosviluppo e Depressione

- **Microbioma:** insieme del patrimonio genetico e delle interazioni ambientali della totalità dei microrganismi di un ambiente definito. Un ambiente definito potrebbe essere un intero organismo (es. un essere umano) o parti di esso (per esempio, l'intestino o la cute)
- **Microbiota:** microrganismi che popolano uno specifico ambiente (es. una particolare regione anatomica)
- **Asse Microbioma-intestino-SNC/ Asse Microbiota-intestino-SNC:** connessione bidirezionale tra sistema gastrointestinale (che include il microbioma intestinale) e SNC



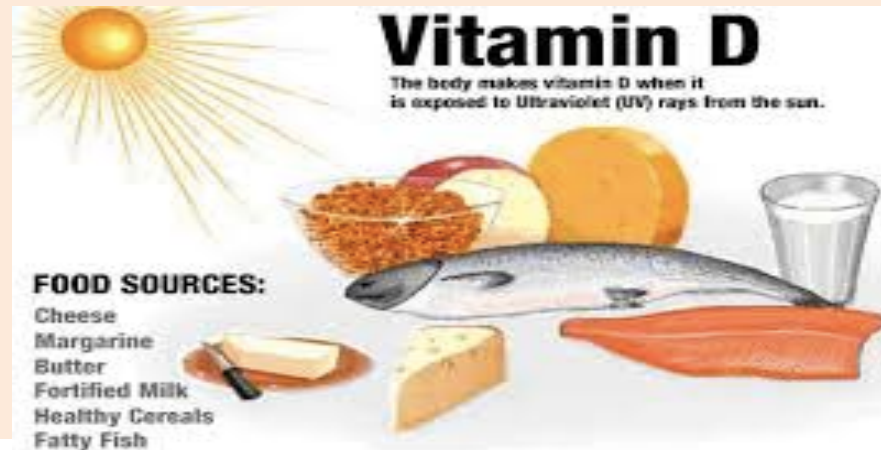
The Gut Microbiome and the Nervous System: The Microbiome–Gut–Brain Axis



Cagliari, Settembre 2017

Vitamina D

La Vitamina D è un **ORMONE MULTIFUNZIONALE** con **MULTIPLE FUNZIONI NEURALI**:



- Effetti Neurotrofici,
- Proprietà Antiossidanti,
- Effetti Anti-infiammatori

(Chemiack, Troen, Florez, Roos, & Levis, 2009)

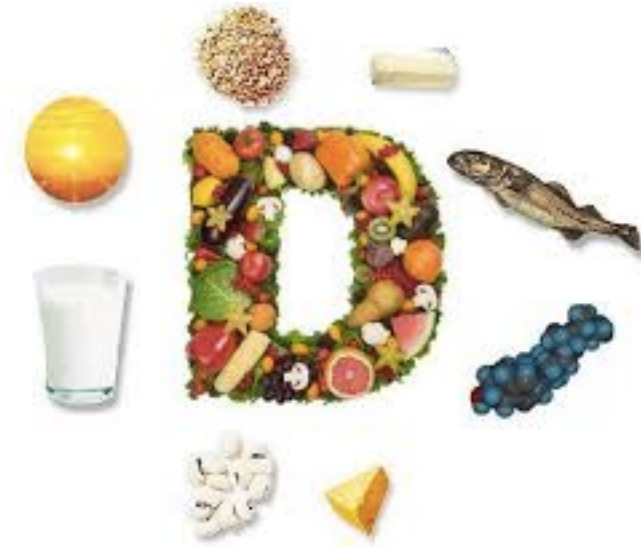
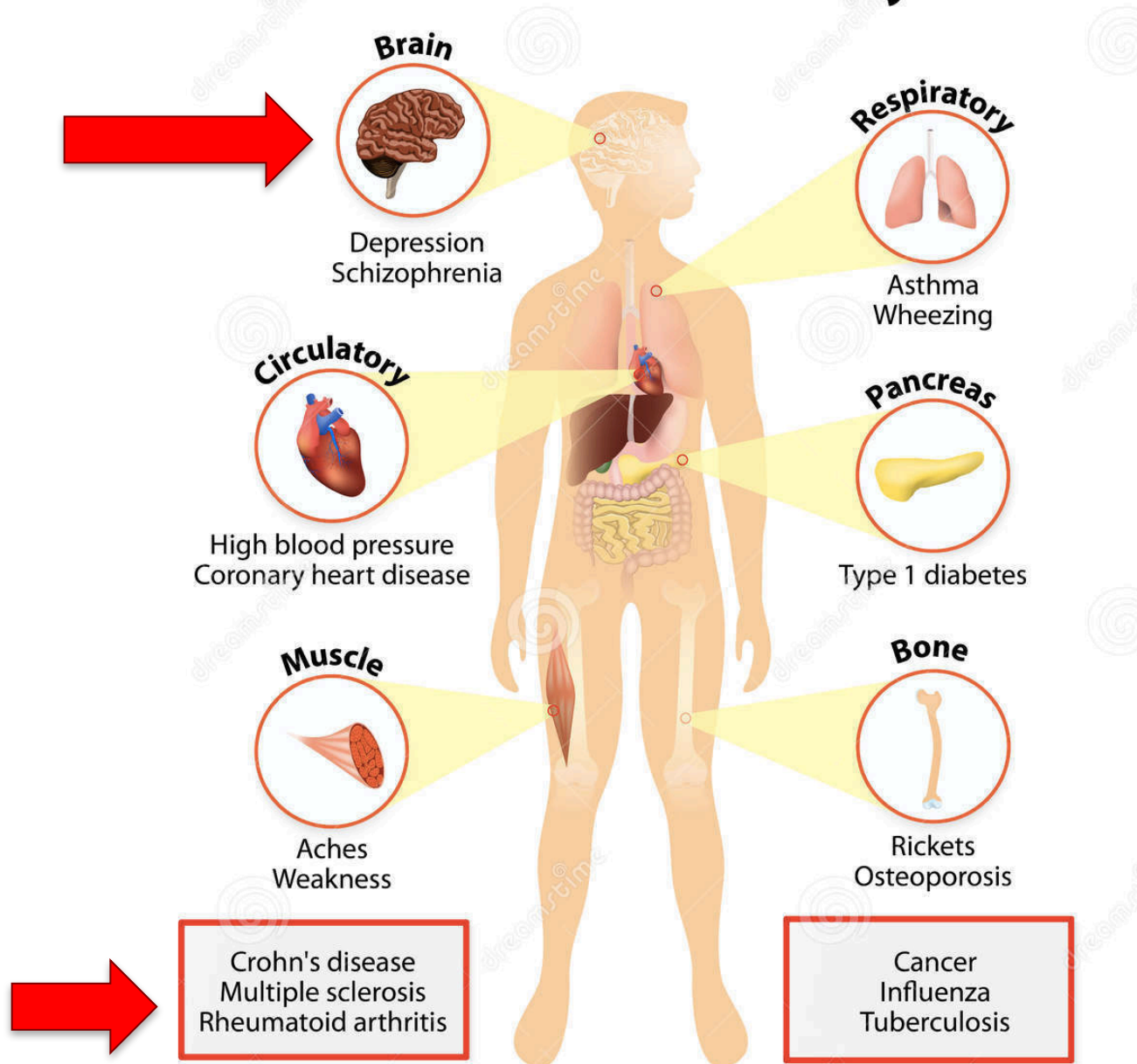
La carenza di Vitamina D è molto comune nella popolazione generale; molti studi ipotizzano un'importante associazione tra carenza di Vitamina D e **deficit cognitivi, depressione, disturbo bipolare e schizofrenia**.

Dati di letteratura suggeriscono utilità dell'utilizzo di una supplementazione con dosaggio quotidiano di Vitamina D **(600 unità al giorno)**

(Chemiack et al., 2009).



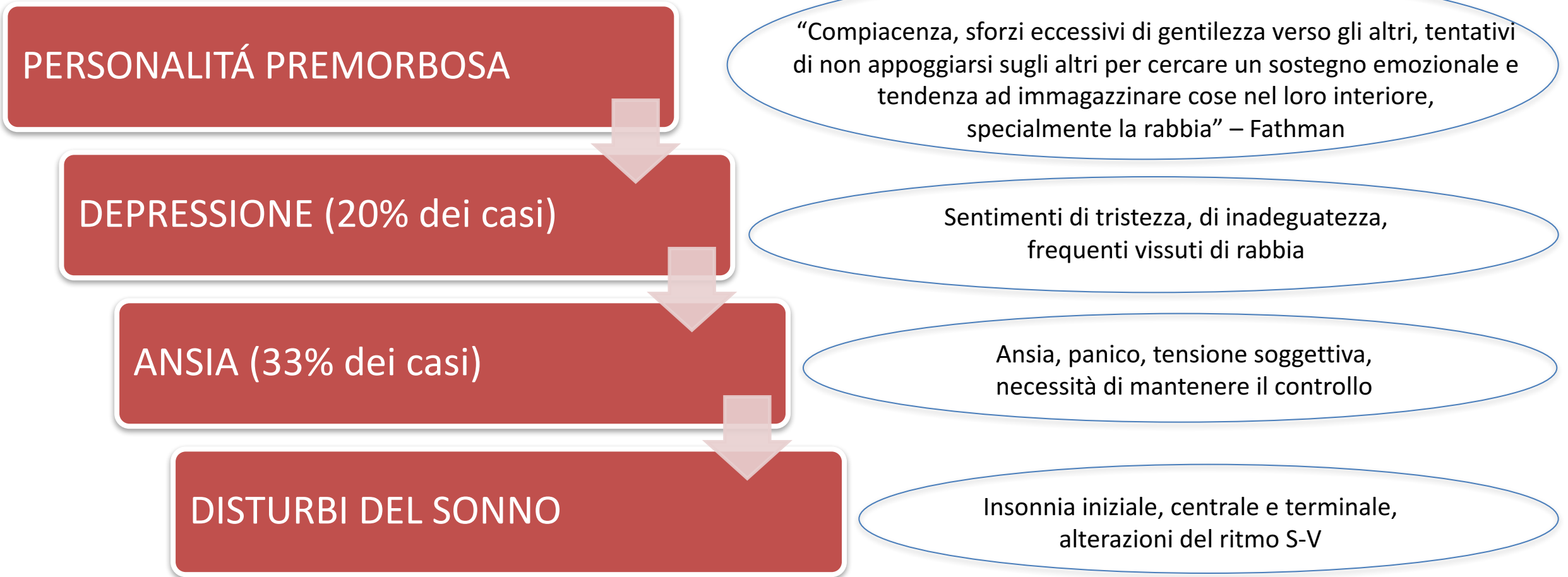
VITAMIN D deficiency



La **CARENZA DI VITAMINA D** svolge un ruolo importante nella regolazione del sistema immunitario e nella prevenzione di tutte la patologie immunomediate

Psiche e Artrite Reumatoide

PERSONALITÀ PREMORBOSA



“Compiacenza, sforzi eccessivi di gentilezza verso gli altri, tentativi di non appoggiarsi sugli altri per cercare un sostegno emozionale e tendenza ad immagazzinare cose nel loro interiore, specialmente la rabbia” – Fathman

DEPRESSIONE (20% dei casi)

Sentimenti di tristezza, di inadeguatezza, frequenti vissuti di rabbia

ANSIA (33% dei casi)

Ansia, panico, tensione soggettiva, necessità di mantenere il controllo

DISTURBI DEL SONNO

Insonnia iniziale, centrale e terminale, alterazioni del ritmo S-V

Psiche e Lupus Eritematoso Sistemico

Negli ultimi anni, con l'aumento della longevità dei pazienti con LES, siamo diventati più consapevoli delle sequele della patologia; ci rendiamo conto che una parte importante dei pazienti sviluppa importanti e svariati sintomi neurologici e psichiatrici (neuropsichiatrici)

La **disgregazione dell'integrità della barriera emato-encefalica** e la conseguente diffusione di molecole e citochine nel liquor, è considerata una delle principali cause di sviluppo del neuroles

Neurological manifestations	ACR criteria (1999) ²⁸	Revision of the ACR criteria by Ainiala et al. (2001) ^{163*}
Syndromes associated with the CNS [†]	Cerebrovascular disease Seizures Myelopathy Aseptic meningitis Movement disorder Demyelinating syndrome Cognitive dysfunction Psychosis Acute confusional state Headache Mood disorder Anxiety disorder	Cerebrovascular disease Seizures Myelopathy Aseptic meningitis Movement disorder Demyelinating syndrome Cognitive dysfunction (moderate or severe) Psychosis Acute confusional state Severe depression
Syndromes associated with the PNS	Cranial neuropathy Mononeuropathy Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy Myasthenia gravis Plexopathy Autonomic neuropathy Polyneuropathy	Cranial neuropathy Mononeuropathy, single or multiplex Acute inflammatory demyelinating polyradiculoneuropathy Myasthenia gravis Plexopathy Autonomic disorder Polyneuropathy (with electroneuromyographic confirmation)

*In this cross-sectional validation study, the 1999 ACR criteria²⁸ were shown to have a specificity of only 46%; however, exclusion of the syndromes without evidence for neuronal damage (headache, mild cognitive dysfunction, and mild mood and anxiety disorders), as well as polyneuropathy without electrophysiological confirmation, halved the frequency of NPSLE diagnosis and increased the specificity of the 1999 ACR criteria to 91%.¹⁶³ [†]Cerebrovascular disease, seizures, myelopathy, aseptic meningitis, movement disorder and demyelinating syndrome are considered as focal neurological manifestations, whereas mood and anxiety disorders, cognitive dysfunction, psychosis, acute confusional state and headache are considered as diffuse psychiatric or neuropsychological manifestations. Abbreviations: ACR, American College of Rheumatology; SLE, systemic lupus erythematosus.

Psiche e Lupus Eritematoso Sistemico: Disturbi Cognitivi

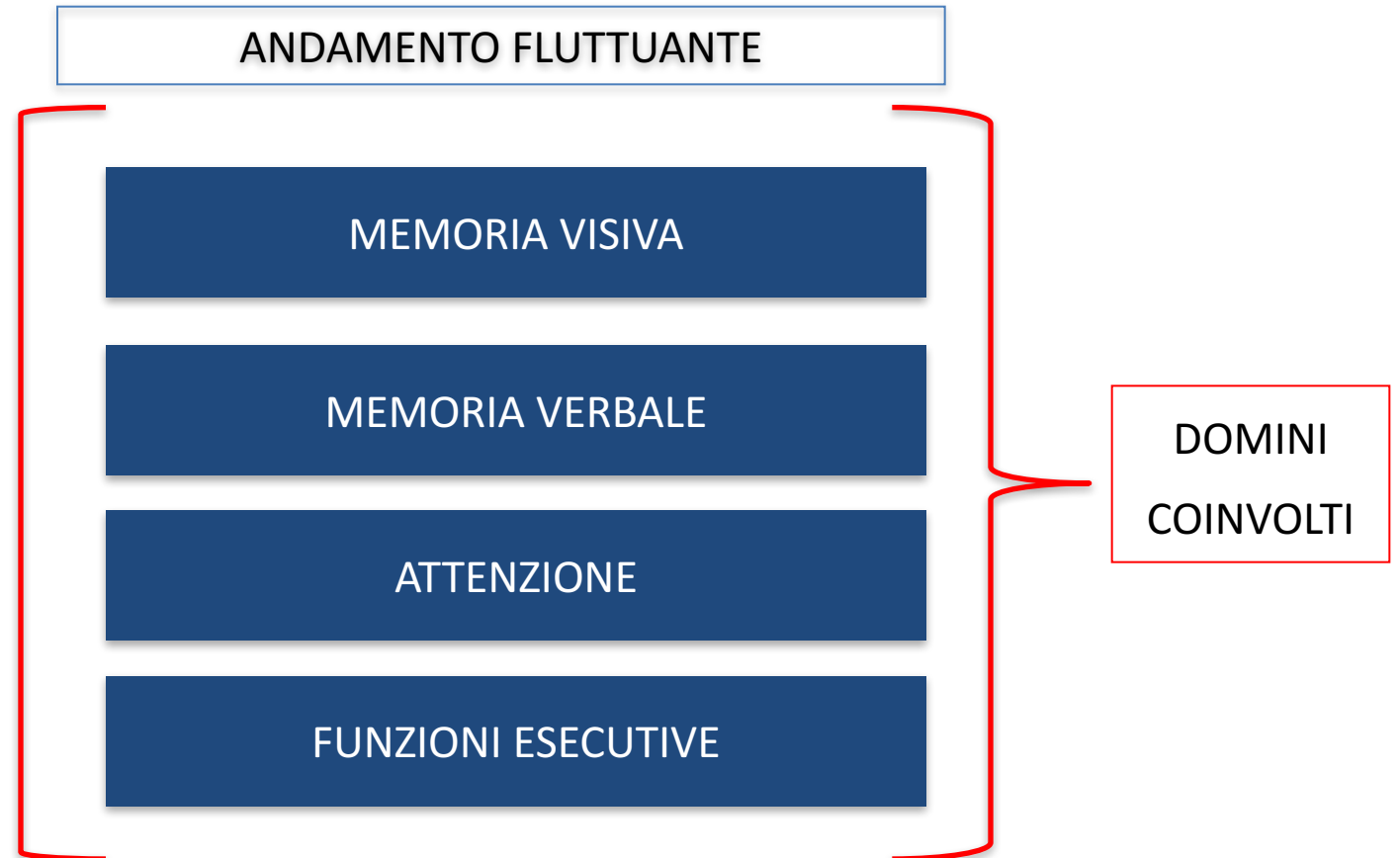
Cognitive dysfunction

Mild-to-moderate cognitive dysfunction is common among patients with SLE; up to 80% are reported to be affected, depending on the cohort studied, the definitions of impairment, and the neuropsychological assessments used to measure cognition.^{14,43} Severe cognitive dysfunction develops in a considerably smaller proportion of patients, typically 3–5%.³⁰ The cognitive domains affected most frequently are visual and verbal memory, attention, executive function, and psychomotor speed.⁴⁴ Cognitive impairment can occur in the absence of either serological disease activity or other systemic disease manifestations, and fluctuates over the course of the disease independently of depression or anxiety.⁴⁵ Furthermore, symptoms can be compounded by several confounding influences related to systemic disease that affect cognition (such as fatigue and pain), by medications, and by other associated pathological states, such as aPL syndrome.⁴⁶

I PZ CON LES MANIFESTANO SINTOMI COGNITIVI DA LIEVI A MODERATI

NELL'**80%** DEI CASI

IL 3-5 % DEI PZ PUÒ SVILUPPARE DEI SINTOMI COGNITIVI SEVERI



Psiche e Lupus Eritematoso Sistemico: Ansia e Dist dell'umore

Mood and anxiety disorders

Mood and anxiety disorders associated with SLE include major depressive-like episodes; mood disorders with depressive, manic or mixed features; prominent anxiety; panic disorders or attack obsession; and compulsion. They are common in patients with NPSLE, depression being the predominant psychiatric manifestation, with rates reaching 54% of patients. These affective disorders, which might also contribute to the worsening of other neuropsychiatric symptoms,⁴⁷ are difficult to separate from the stress of suffering from a chronic disease and its detrimental effect on quality of life, and are probably associated, to some extent, with physical disability and perceived lack of control over the disease.⁴⁸ Nevertheless, some patients with SLE might also present with 'organic' forms of depression caused by autoimmune lesions in the CNS. For example, anti-ribosomal P protein antibodies were demonstrated to be associated with both lupus psychosis and severe depression.^{49,50} Interestingly, in MRL^{lpr/lpr} mice, which naturally develop an SLE-like disease, elevated titres of several types of autoantibodies—targeting nuclear antigens, cardiolipin, ribosomal P proteins, and the N-methyl-D-aspartate (NMDA) receptor—closely correlated with depressive symptoms, which were often observed prior to the onset of involvement in other organs (for example, nephritis, arthritis, lymphadenopathy).^{51,52}

- DEPRESSIONE MAGGIORE (54% DEI PAZIENTI)
 - DISTURBO BIPOLARE
 - DISTURBI D'ANSIA
 - DISTURBO DI PANICO
- DISTURBO OSSESSIVO-COMPULSIVO



FORME ORGANICHE

La causa è da rintracciare in vere e proprie lesioni localizzate nel SNC provocate dall'attività autoimmune:

- Ab vs Prot P ribosomiale
- Ab vs cardiolipina
- Ab vs recNMDA

FORME NON ORGANICHE

La causa è da rintracciare nella sofferenza associata alla **patologia cronica** e alla drammatica riduzione della **qualità della vita** del paziente

Psiche e Lupus Eritematoso Sistemico: Psicosi

Lupus psychosis

Lupus psychosis is an uncommon SLE-associated event that is characterized by hallucinations and delusions. Patients who experience this rare complication generally present early in the course of the systemic disease,⁵³ and most episodes resolve within 2–4 weeks.³⁰ Psychosis is usually ascribed to damage mediated by dysimmunity, although metabolic disturbances or medications may be involved. Schizophrenia and substance abuse must be ruled out.⁵⁴ Although anti-ribosomal P protein antibodies have been associated with lupus psychosis in prospective studies,^{55,56} a meta-analysis reported that this biomarker had limited diagnostic accuracy.⁵⁷

- DELIRI
- ALLUCINAZIONI
- ESORDIO PRECOCE NEL DECORSO DELLA PATOLOGIA
- GLI EPISODI SI RISOLVONO IN 2-4 SETT



- AUTOIMMUNITÀ
(es. Ab vs Prot P ribosomiale)
- ALTERAZIONI METABOLICHE
- TRATTAMENTI FARMACOLOGICI

Psiche e Lupus Eritematoso Sistemico: Stati confusionali acuti

Acute confusional state

Acute confusional state has been reported in 4–7% of patients with SLE.⁵⁸ This syndrome is characterized by acute-onset fluctuations in the level of consciousness, which can progress to coma, reduced ability to focus attention, mood disturbances, and impaired cognition. SLE-related acute confusional state must be differentiated from other causes, which include certain infections and metabolic abnormalities.³⁰

GLI STATI CONFUSIONALI ACUTI RIGUARDANO IL **4-**

7% DEI PAZIENTI CON LES
FLUTTUAZIONI DEL LIVELLO DI
COSCIENZA A ESORDIO IMPROVVISO

ESITI
PROBABILI

COMA

RIDOTTA CAPACITÀ DI
FOCALIZZARE L'ATTENZIONE

DISTURBI DELL'UMORE

DEFICIT COGNITIVI

Psiche e Fibromialgia

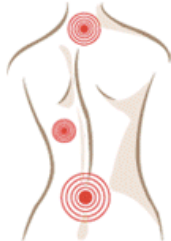
SYMPTOMS OF FIBROMYALGIA YOU SHOULD KNOW



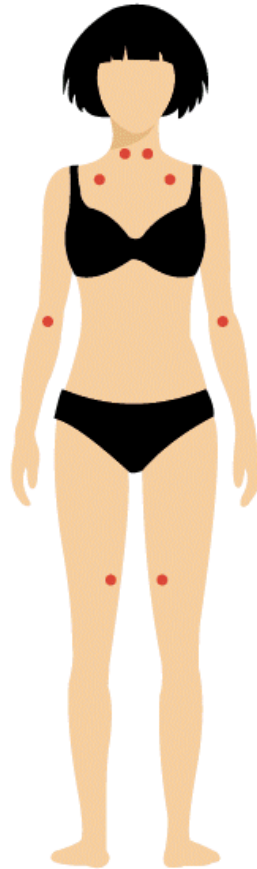
FATIGUE



MEMORY AND
CONCENTRATION
PROBLEMS



PERSISTENT
WIDESPREAD
BODY PAIN



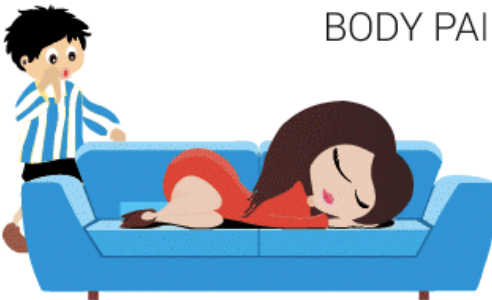
IRRITABLE
BOWEL
SYNDROME
(IBS)



HEADACHES



DEPRESSION



SLEEP DISTURBANCES

I soggetti con diagnosi di fibromialgia hanno un rischio maggiore di sviluppare un disturbo psichiatrico come **depressione, ansia, disturbo ossessivo-compulsivo e PTSD**

- **TRIGGERS COMUNI:** trauma o stress precoce
 - **FATTORI DI RISCHIO:** insonnia, insoddisfazione, inattività fisica
- **FATTORI COGNITIVI:** stile cognitivo pessimista

Nonostante i sintomi psichici della fibromialgia possano essere trattati con la terapia cognitivo comportamentale o con trattamento psicofarmacologico **questi sono utilizzati di rado nella pratica clinica.**



To explore more, visit

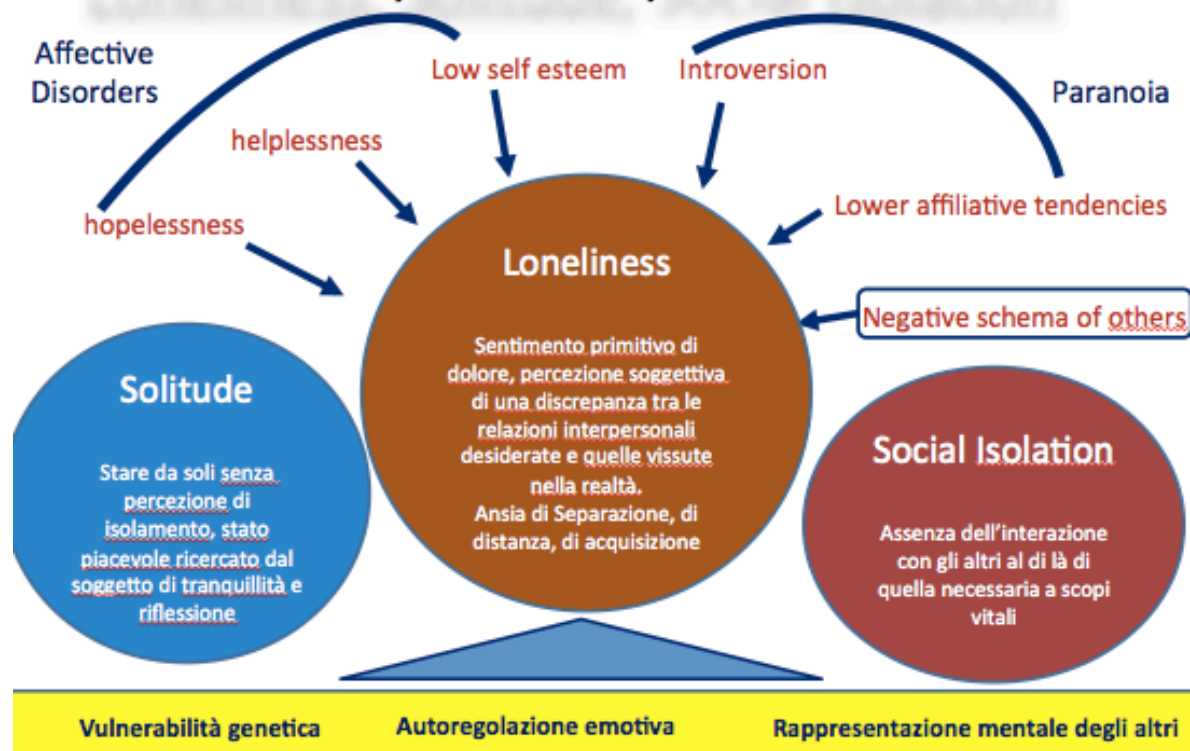
www.Top10HomeRemedies.com

Una dimensione psicopatologica sottovalutata: La Solitudine

La solitudine è prevalente nei soggetti con malattie reumatiche.

Ciò potrebbe essere dovuto all'assenza di sufficiente sostegno sociale, allo stigma e all'invalidità conseguente alla patologia.

Loneliness, Solitude, Social Isolation



Siracusano, 2017

Loneliness in Patients with Rheumatic Diseases: The Significance of Invalidation and Lack of Social Support

MARIANNE B. KOOL
RINIE GEENEN

Utrecht University, University Medical Center Utrecht

La mancanza di un adeguato sostegno sociale e l'invalidità conseguente alla patologia cronica sono entrambi fattori indipendentemente correlati con la solitudine.

Una dimensione psicopatologica sottovalutata: La Solitudine

La **Solitudine** è considerata l'aspetto più propriamente psichico dell'isolamento sociale, esprime la soggettiva insoddisfazione rispetto alla qualità e all'intensità della propria vita relazionale o la discrepanza esistente tra le relazioni sociali che ha il soggetto e quelle che invece vorrebbe avere

La Solitudine è stata associata a un più elevato rischio di:



- Generale compromissione dello stato di salute
 - Patologia cardiovascolare
 - Malattie infettive
 - Deterioramento cognitivo
 - Ictus
 - Ipertensione
- **Disregolazione risposta infiammatoria allo stress**
- **Disregolazione risposta metabolica allo stress**
 - Elevati livelli di fibrinogeno
 - **Disagio psichico**

The pursuit of happiness

Researchers have struggled to identify how certain states of mind influence physical health. One biologist thinks he has an answer.

BY JO MARCHANT

*“A particularly large proportion of **the upregulated genes in the lonely group** turned out to be **involved in the inflammatory response**, whereas many of the downregulated genes had antiviral roles. In sociable people, the reverse was true. It was a small study, but one of the first to link a psychological risk factor with a broad underlying change in gene expression”.*

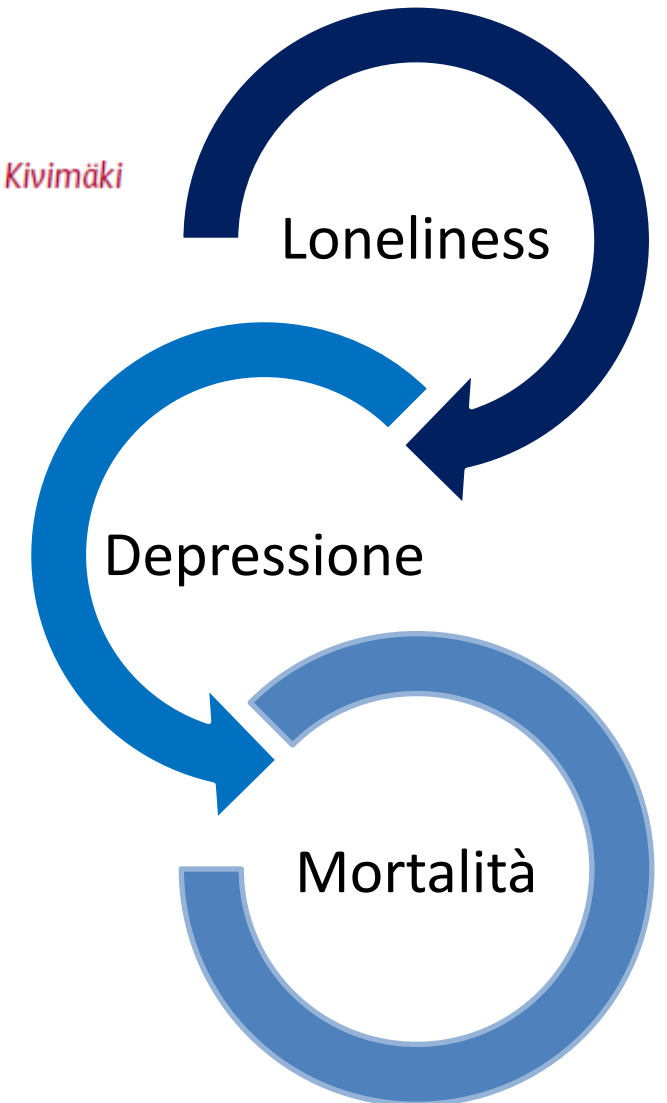


sychoneuroimmunologist Steve Cole studies how stress and happiness affect health.

Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study

Marko Elovainio, Christian Hakulinen, Laura Pulkki-Råback, Marianna Virtanen, Kim Josefsson, Markus Jokela, Jussi Vahtera, Mika Kivimäki

Loneliness was also associated with increased mortality, but, unlike social isolation, differences in risk factor levels, **especially depressive symptoms**, between lonely individuals and others explained its association with all-cause and cause-specific mortality.



Patologie Reumatiche e Qualità della vita



QUALITÀ DELLA VITA (QoL):

Impatto di una malattia e della sua terapia sullo **stato**

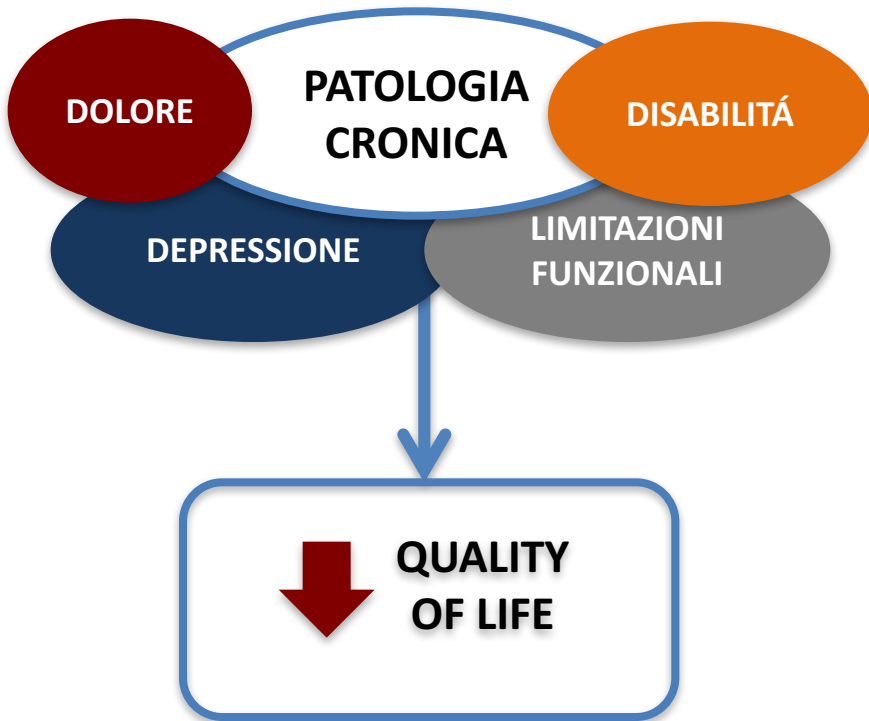
funzionale quotidiano di un paziente, **valutata dal**

paziente stesso

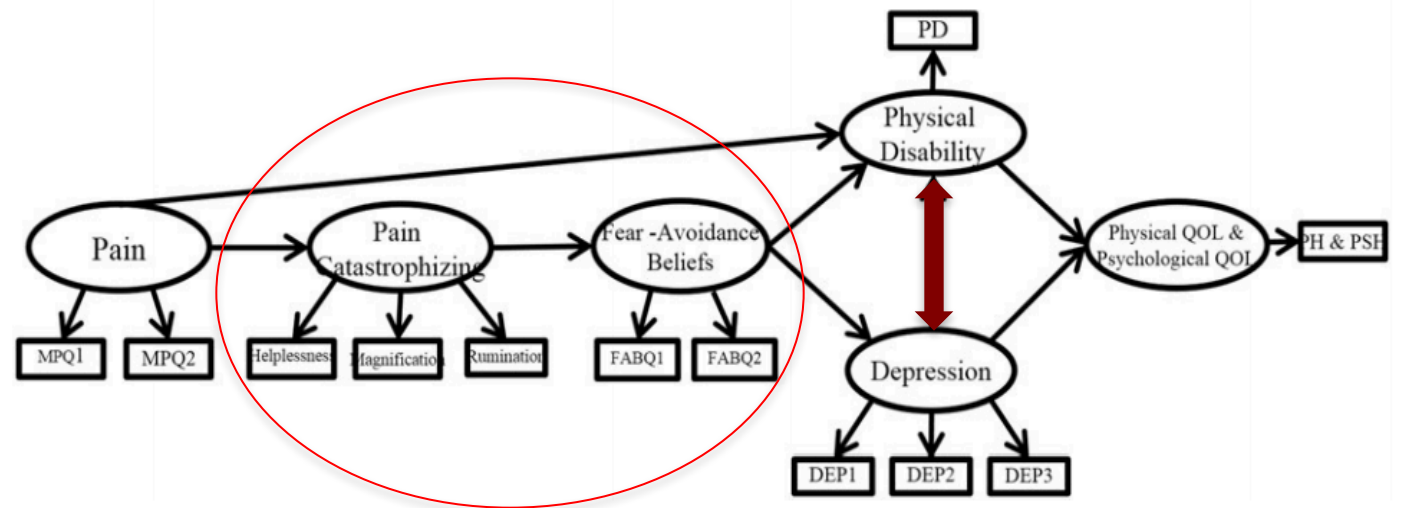
COMPONENTI:



Patologie Reumatiche, Qualità della vita e Depressione



Il Modello Fear-Avoidance: l'impatto del *Pain Catastrophizing* sulla QoL



Il fattore DOLORE e il fattore DISABILITÀ giustificano solo il 14% dell'impatto che le patologie reumatiche hanno sulla QoL del paziente. Cruciale è, a questo proposito, il ruolo dell'**AFFETTIVITÀ** legata alla patologia cronica e il ruolo dei **FATTORI COGNITIVI** (*pain catastrophizing e fear-avoidance*) associati al sintomo doloroso.

Perché è importante trattare ENTRAMBI i disturbi

EULAR recommendations underplay importance of severe anxiety and depression in fibromyalgia treatment

<<We are concerned that these recommendations seriously underplay the role of the need of expert psychological and psychiatric assessment prior to the selection of treatment strategies>>

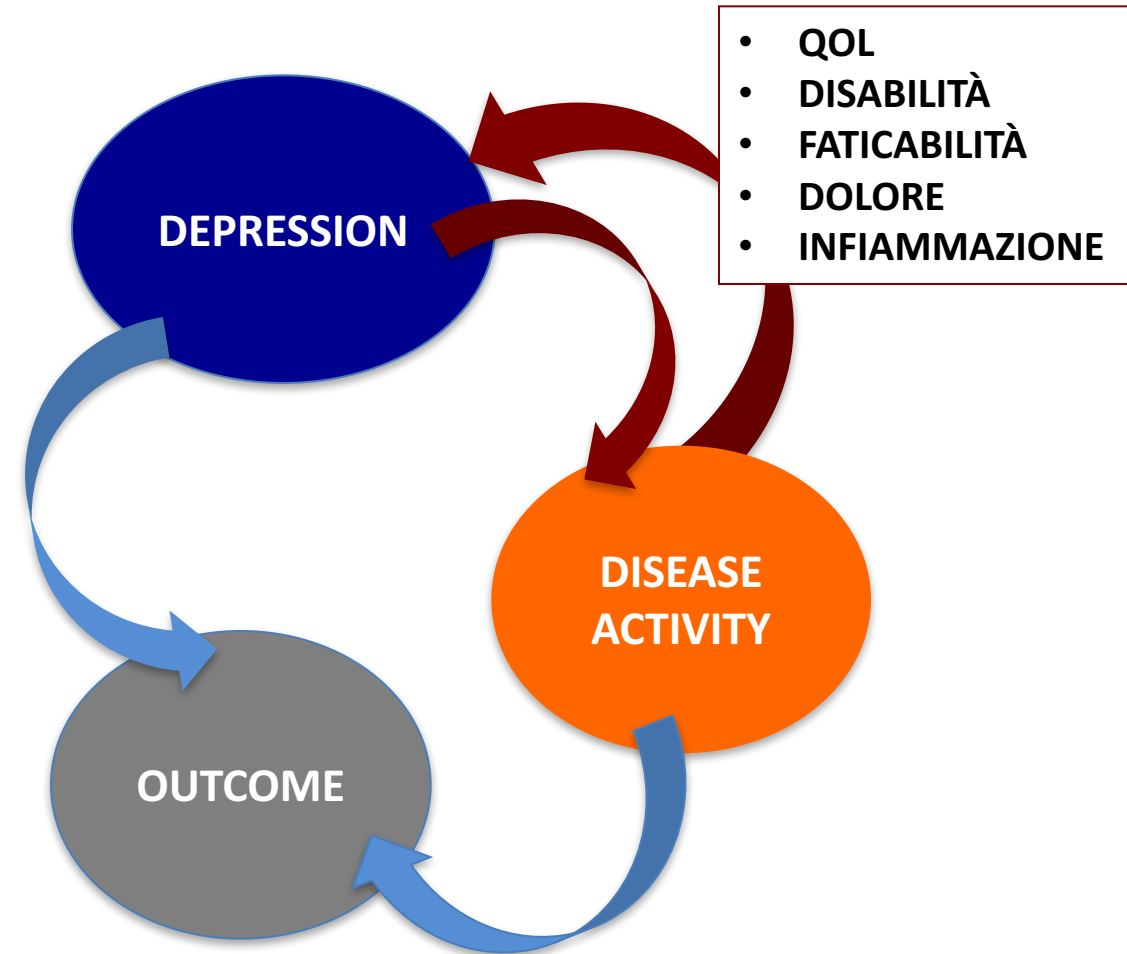
Open Access

Protocol

BMJ Open Effectiveness of the management of major depressive episodes/disorder in adults with comorbid chronic physical diseases: a protocol for a systematic review and meta-analysis

NEW! 2017

Pablo Martínez,^{1,2,3,4} Ariel Castro,⁵ Diego Alonso,⁵ Paul A Vöhringer,^{1,3,6} Graciela Rojas^{1,3}



RICADUTE SUL TRATTAMENTO: dalla parte del medico



Il 35-40% dei professionisti che si confronta con la sofferenza di pazienti affetti da patologie croniche altamente invalidanti presenta sintomi indicativi di **BURN-OUT** e **COMPASSIONATE FATIGUE** (stress traumatico secondario).

CONSEGUENZE:

- Impoverimento qualità assistenza
 - Riduzione qualità della vita
 - > Rischio di commettere errori
- medici indipendenti dalle conoscenze del medico
 - Anestesia affettiva
- Incapacità di cogliere il significato delle proprie reazioni emotive nella relazione col paziente
 - Comunicazione insoddisfacente
 - Insoddisfazione del paziente

De Vries et al, 2013

La relazione terapeutica nel paziente cronico





<<È frequente incontrare persone depresse in cui l'umore è talmente cupo e compatto da impedire anche di verbalizzare l'esperienza della tristezza. Le componenti somatiche del dolore possono impedire un'elaborazione di ordine psichico dei propri vissuti e diventare prevalenti nel rappresentare lo stato depressivo>>



Grazie per l'attenzione

niolu@med.uniroma2.it