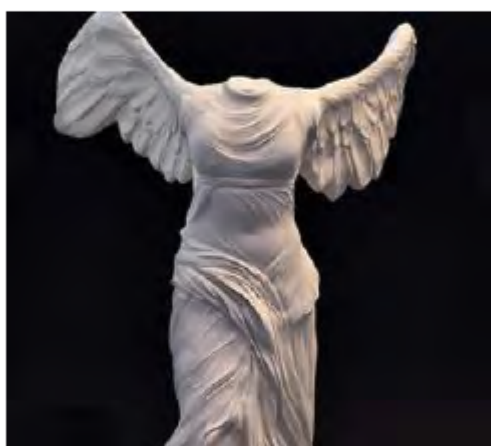


01.

LA MENTE CHE CURA: UNA INTRODUZIONE

David Lazzari

Presidente Ordine Psicologi Umbria, Presidente Società Italiana di Psico-neuro-endocrino-immunologia,
 Resp. UO Psicologia Az. Ospedaliera Terni, Coord. GdL "Evidenze ed Esiti" Ordine nazionale Psicologi



Il 25° anniversario della istituzione dell'Ordine degli Psicologi, che al di là del valore sotto l'aspetto ordinistico, costituisce il pieno riconoscimento giuridico della professione e delle sue competenze, è stata l'occasione per approfondire lo "stato dell'arte" delle acquisizioni scientifiche sul ruolo della dimensione psicologica nei contesti della salute e nei contesti sociali.

Ne emerge un quadro che può essere così sintetizzato:

- a. Sono disponibili oggi **evidenze robuste sul ruolo della dimensione psicologica nella salute**. Tutti gli aspetti e processi (organici, comportamentali, relazionali) risentono in vario grado dei fattori soggettivi, che giocano un ruolo importante negli equilibri di vita e

quindi nella dinamica benessere-malessere e salute-malattia, nella gestione della salute e della malattia, nelle cure.

- b. Questo quadro ha una importante **ricaduta sulla Psicologia, che va considerata una risorsa per il benessere e la salute ed utilizzata correttamente** – a partire da un buon uso delle competenze e delle professionalità psicologiche – in tutti quei contesti e ambiti ove si agisce e si può agire per salvaguardare e promuovere la vita umana e questi suoi aspetti essenziali.
- c. Tutto ciò richiede una **modalità diversa delle istituzioni e della società di guardare alla Psicologia e di utilizzare gli psicologi**, così come una **nuova consapevolezza e assunzione di responsabilità da parte della professione e delle sue articolazioni**, al fine di assumere ruoli più aderenti e coerenti con le nuove evidenze scientifiche e con le conseguenti necessità operative.

Il costo del disagio e dei disturbi psichici

Recentemente l'ISTAT ci ha offerto un panorama della salute degli italiani (Cnel, Istat, 2014) che evidenzia come, a fronte di un miglioramento dello stato fisico nel periodo 2005-2012, vi sia un netto peggioramento dello stato psicologico. Inoltre, mentre la salute fisica viene compromessa soprattutto nell'ultima parte della vita, i problemi psichici si presentano nell'intero arco di vita, soprattutto in momenti cruciali per gli sviluppi futuri.

Questo dato contribuisce a spiegare un fatto (che

Nike di Samotracia, da www.pinterest.com

può apparire controintuitivo), ovvero che considerando singolarmente le diverse aree di patologia (cardiovascolari, oncologiche, metaboliche, respiratorie, gastrointestinali, ecc.) i disturbi ad espressione psichica e comportamentale rappresentano la voce più consistente rispetto ai costi che comportano per gli interessati e la società (WHO, 2008).

Questo notevole “peso” (il cosiddetto “burden of disease”) è certamente in buona parte dovuto al diverso “trattamento” riservato a questi disturbi: ovvero di essere *poco e male riconosciuti e trattati*. Le stime ci dicono che i disturbi ansiosi e depressivi (a livello clinico) sono trattati nel 25% dei casi nell’età adulta e nel 24% nell’età 5-16 anni (Green et al., 2005; McManus et al., 2009; Layard, Clark, 2014). E quando vengono presi in considerazione la risposta è in gran parte di tipo farmacologico, come dimostrano i dati dell’AIFA sul notevole incremento di prescrizioni e consumo di benzodiazepine e antidepressivi in Italia negli ultimi dieci anni (AIFA, 2014).

Inoltre oggi abbiamo chiare prove che lo stress psicologico prolungato altera progressivamente la fisiologia e lo stile di vita, costituendo per via biologica e comportamentale il *mainstream* che favorisce tutte quelle “patologie non trasmissibili” (cardiovascolari, metaboliche, gastrointestinali, tumorali, respiratorie, degenerative, ecc.) che rappresentano l’80% delle cause di morte e oltre il 70% dei costi sanitari (vedi a tale proposito l’articolo di F. Bottaccioli in questo numero).

Lo stress e i disturbi psichici sono anche in esito alla malattia fisica. Questo intreccio aiuta a comprendere l’elevata co-morbilità tra disturbi fisici e

psichici: oltre il 30% delle persone con patologie fisiche ha anche un disturbo psicologico (WHO, 2008). Quanto incidono i fattori psicologici nella malattia fisica lo si può vedere da studi di economia sanitaria che mostrano un aumento consistente dei costi sanitari per anno (dal 35 al 75% a seconda delle patologie) quando il paziente ha, oltre alla patologia fisica, anche problemi di ansia o depressione (Melek, Norris, 2008).

Ci sono studi epidemiologici che hanno arruolato ampie popolazioni, con osservazioni durate molti anni, che mostrano come il disagio psicologico – a parità di condizioni socioeconomiche, di stile di vita e di salute – si colleghi a un aumento della mortalità pari a due volte e mezzo (Russ et al., 2012), di converso chi ha un buon benessere psicologico ha una longevità maggiore del 30% rispetto agli altri (Stephoe et al., 2014).

Fig. 1 – Costo-benefici di alcuni trattamenti psicologici

INTERVENTO	PAZIENTI	STABILIZZAZIONE PER ANNI	EURO PREVENIBILI PER DONI SPESO
DEPRESSIONE			
Interventi precoci nei Disturbi della condotta			9,1
Depressione post-partum			0,80
Stress con LIMS (contorni medici funzionali)			7,03
Disturbi depressivi in contesti lavorativi			5,85
Alcolismo			13,64
Prevenzione Disturbi della Condotta			07,33
Prevenzione del Bullismo in ambito scolastico			16,63
Prevenzione dello stress nei contesti lavorativi			11,27
MAIUTAZIONE FISICA			
Diabete	Malattia cronica	14	1.129
Ansia	Malattia cronica	79	35.873
COVID	Disturbo	17	59.581
Cardiopatia	Malattia cronica	95	23.080
Salute	Malattia cronica	2	1.100
Altre	Malattia cronica	3	42.864

Fonte: WHO, 2008

Fonte: WHO, modificato di Hoop et al. 2011

Efficacia e vantaggi economici degli interventi psicologici

L’efficacia in generale degli interventi psicologici e della psicoterapia è oggetto ormai di moltissimi studi, che ne dimostrano l’effetto

clinico ma anche fisiologico, ovvero le modifiche sui circuiti e sulle strutture cerebrali, così come sul funzionamento corporeo (per un approfondimento si veda l’articolo di Franco Baldoni in questo numero). In questa sede vogliamo brevemente puntualizzare che la ricognizione effettuata dall’APA include 148 ricerche (*trial* randomizzati controllati) e dimostra effetti significativi e duraturi per un’ampia gamma di patologie, equiparabili superiori a quelli dei farmaci e con effetti collaterali minori, con una **riduzione delle spese sanitarie del 17% a fronte di un aumento del 12,3% nei pazienti non trattati psicologicamente**.

Il parametro utilizzato per valutare l'efficacia degli interventi sanitari è l'*effect size* (ES): da 0.5 in su l'effetto va da moderato ad ampio ed elevato. Secondo le *review* più recenti si va dallo 0.5 (disturbo bipolare) sino ad un 1.2, con una prevalenza intorno allo 0.8 (effetto significativamente ampio) (Lazzari, 2014; Hunsley et al., 2013). È significativo confrontare questi livelli di efficacia con quelli mostrati dagli antidepressivi: la meta-analisi di Moncrieff et al. (2004) ci mostra che quando il trattamento farmacologico viene confrontato con un placebo "attivo" (sempre sostanza non attiva ma che "mima" gli stessi effetti collaterali del farmaco impedendo ai soggetti di capire cosa stanno assumendo) la differenza tra farmaco e placebo praticamente si azzerava (0.17). Anche il lavoro di Turner et al. (2008) su ben 74 ricerche e considerando tutti i tipi di antidepressivi mostra un effetto generale molto modesto (0.31).

Accanto agli studi di efficacia si è cominciato da alcuni anni a effettuare anche valutazioni di impatto economico¹. Tali valutazioni possono riguardare il rapporto tra costi e benefici a breve termine o a lungo termine, tenendo conto di relazioni più dirette (ad es. costo dell'intervento e risparmi sanitari: *cost-benefit*) o più ampie (ad es. vantaggi in termini di qualità della vita, disabilità, mortalità: *cost-effectiveness*). Nella Fig. 1 riportiamo il rapporto tra danaro speso e danaro risparmiato per una serie di interventi psicologici, che dimostrano come – in quasi la totalità dei casi – risulti vera l'affermazione secondo cui gli interventi psicologici non costano nulla, perché si ripagano da soli e spesso fanno addirittura risparmiare. Nella stessa figura viene riportata una tabella che indica alcuni parametri relativi a trattamenti psicoterapici per disturbi psichici (depressione, ansia sociale, depressione post-partum e disturbo ossessivo-compulsivo) e anche, per fare un

raffronto, alcuni trattamenti farmacologici per malattie fisiche (diabete, asma, broncopneumopatia cronica ostruttiva (COPD), malattie cardiovascolari, epilessia, artrite). Gli indicatori considerati sono il "Numero di persone da trattare" (NND) e il QALYs (*Quality Adjusted Life Year*): il primo si riferisce al numero di persone da trattare con un certo trattamento per avere un successo; il secondo si riferisce al livello costi-efficacia come misurato dal costo per Qaly. Quest'ultimo è composto da due fattori: la severità della condizione di salute e il costo per ogni caso trattato: il costo per ogni anno con migliore qualità di vita (Qaly) rappresenta così la misura del costo-efficacia del trattamento, più è bassa la cifra e più il trattamento sarà vantaggioso. In genere un trattamento è considerato vantaggioso se ha un Qaly inferiore a 35.000 euro. Come si vede i trattamenti psicoterapici mostrano una performance economica piuttosto significativa, sia in assoluto, sia se paragonati a molti trattamenti di uso frequente per patologie somatiche.

Effetti degli interventi psicologici nelle patologie fisiche

In questi ultimi anni si sono accumulate ricerche interessanti sui vantaggi della integrazione di interventi psicologici nel contesto delle cure mediche per patologie fisiche. Anche se non si può approfondire il tema in questa sede (rimandiamo per una trattazione più esaustiva all'articolo di P. Porcelli) è utile riportare alcuni dati:

- Nel diabete la più recente revisione Cochrane² su 19 *trial* clinici (Baumeister et al., 2012; 2014) mostra effetto su controllo glicemico, efficacia comparabile tra psicoterapia e farmaci per depressione, con superiorità psicoterapia a medio e lungo termine (-42 e 31%).
- Nelle malattie cardiovascolari la revisione Cochrane su 24 ricerche (Whalley et al., 2011) mostra una riduzione media della depressione del 21%,

¹ Per una descrizione più dettagliata si rimanda alla terza parte del libro "Efficacia e prospettiva economica" a cura di D. Lazzari (2013).

² La Cochrane Collaboration è una iniziativa internazionale no profit nata con lo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia e alla sicurezza degli interventi sanitari.

dell'ansia del 25% e della mortalità del 20%.

- Nel cancro abbiamo uno studio su donne operate al seno dove l'intervento psicologico ha aumentato la sopravvivenza del 40% a 13 anni (Andersen et al., 2008); uno studio che mostra una modificazione delle attività immunitarie e geniche (espressione leucocitaria di 91 geni, sottoregolazione dei geni pro-infiammatori e metastatici, sovraregolazione dei geni rispondenti per interferone 1) (Antoni et al., 2012); una revisione Cochrane su 9 studi (Mustafa et al., 2013) mostra efficacia per depressione, ansia, dolore e sopravvivenza a un anno.
- In pazienti con patologie varie (ictus, cancro, sclerosi multipla, diabete, artrite reumatoide) una meta-analisi su 23 studi mostra un'efficacia notevole (d=1.00) per depressione rispetto a pazienti non trattati (Cuijpers et al., 2011)
- Nei disturbi funzionali una meta-analisi su 27 studi mostra efficacia a un anno soprattutto nella autogestione del disturbo e nella sintomatologia fisica (Kleinstaub et al., 2011).
- In generale (pazienti con patologie dermatologiche, neurologiche, cardiovascolari, respiratorie, genitourinarie, gastrintestinali, immunitarie e con dolore cronico) abbiamo miglioramenti su sintomi somatici (tra l'82 e il 91%), per le funzioni psicosociali (tra il 73 e il 92%) e per i sintomi psicologici (tra il 46 e il 76%) (Abbas et al., 2009).

Si tratta di dati significativi (anche se appare necessario accumulare maggiori evidenze e chiarire diversi aspetti in relazione alla complessità di queste ricerche), che non possono tradursi in una generica richiesta di offrire indiscriminatamente trattamenti psicologici o psicoterapici a tutti gli individui con patologie fisiche, quanto piuttosto di lavorare affinché i Sistemi Sanitari

siano in grado di garantire un approccio più globale alla persona, integrando la valutazione e il trattamento di questi aspetti con le cure mediche e sanitarie in generale, dalle cure primarie sino a quelle ospedaliere.

Una professione poliedrica per il XXI secolo

Per concludere, qualche considerazione sulla professione e il suo ruolo per il benessere e la salute in relazione ai dati di letteratura sopra evidenziati. Se, come abbiamo visto, gli equilibri adattativi giocano un ruolo centrale e, in questo contesto, la dimensione psichica "media" tra organismo e contesto, tra biologia e società, la

Fig. 2 - Psicologia come «ponte»



psicologia è chiamata a illuminare l'interazione e l'interdipendenza tra spinte/influssi biologici e del contesto, e si pone quindi come un "ponte" tra le scienze naturali e quelle umane, tra gli aspetti "immateriali" e materiali della vita.

La psicologia è chiamata a giocare un ruolo che aiuti a superare le dicotomie tra natura e cultura che la società ancora patisce (fig. 2). **Gli individui e la società nel suo complesso hanno una forte necessità di avere letture e interventi integrati e la psicologia (e quindi lo psicologo) possono svolgere un compito strategico e peculiare in**

questo. Lo psicologo è un professionista dell'integrazione: tra aspetti e ambiti diversi, tra individui, tra individuo e contesto, tra operatori, dentro i gruppi e le organizzazioni e tra di loro. Lo psicologo conosce (e sempre di più dovrà conoscere) le esigenze e le implicazioni della sfera biologica e quelle del contesto (relazionale, culturale, ecc.) e sa farle dialogare.

Questo vuol dire che lo psicologo è un operatore sanitario a forte valenza sociale, in grado di porsi sul crinale delle esigenze sanitarie e degli aspetti sociali nei diversi contesti, di coniugare gli aspetti clinici con quelli relazionali e organizzativi. L'approccio psicologico punta a uno sviluppo delle risorse, al potenziamento delle capacità adattative del "sistema", a mettere in relazione aspetti e dimensioni diverse, a costruire reti (non dimentichiamo che la psicologia ha avuto un ruolo cruciale nella visione sistemica e nell'approccio alla complessità). Per questo in psicologia ogni cura diventa anche una promozione della salute e da sempre la valutazione psicologica punta a individuare e far leva sulle potenzialità, a far crescere la consapevolezza e l'autonomia (i concetti di "alleanza terapeutica" o di "empowerment" si sono sviluppati in ambito psicologico).

Si tratta di approcci e "ingredienti" essenziali per la società e per i sistemi sanitari, che hanno bisogno di aumentare la loro performance rispetto a tutti i fattori soggettivi, relazionali e comportamentali.

La vita dell'uomo di oggi, nei paesi occidentali in particolare, ha visto la riduzione di molti rischi e l'aumento di altri, molto spesso legati agli aspetti soggettivi e relazionali. L'epigenetica e gli studi sullo sviluppo ci mostrano come le esperienze – filtrate dalla nostra mente – condizionano nel bene e nel male gli equilibri futuri e la salute. Promuovere una soggettività valida, sviluppare risorse positive diventa sempre più chiaramente un investimento fondamentale per la società: la Psicologia e gli Psicologi sono chiamati a fare la loro parte.

Bibliografia

Abbass A.A., Hancock J.T., Henderson J., Kisely S. (2006), Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4, Article No. CD004687.

Abbass A., Kisely S., Kroenke K. (2009), Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and metaanalysis of clinical trials, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, pp. 265-274.

Altieri S.C., Yang H., O'Brien H.J., Redwine H.M., Senturk D., Hensler J.G., Andrews A.M. (2014), Perinatal vs. Genetic Programming of Serotonin States Associated with Anxiety, *Neuropsychopharmacology*.

American Psychological Association (2012), Resolution on the Recognition of Psychotherapy Effectiveness, www.apa.org.

Andersen B.L., Yang H.-C., Farrar W.B., Golden-Kreutz D.M., Emery C.F., Thornton L.M., Young D.C., Carson W.E. III, (2008), Psychological intervention improves survival for breast cancer patients: A randomized clinical trial, *Cancer*, 113(12), pp. 3450-3458.

Antoni M.H., Lutgendorf S.K., Blomberg B., Carver C.S., Lechner S., Diaz A., Stagl J., Arevalo Jesusa M.G., Cole S.W. (2012), Cognitive-behavioral stress management reverses anxiety-related leukocyte transcriptional dynamics *Biological psychiatry*, 71(4), pp. 366-72.

Baumeister H., Hutter N., Bengel J. (2012), Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus and depression, *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12, Article No. CD008381.

Baumeister H., Hutter N., Bengel J. (2014), Psychological and pharmacological interventions for depression in patients with diabetes mellitus: an abridged Cochrane review, *Diabetic Medicine*, 31(7), pp. 773-786.

Cnel - Consiglio Nazionale dell'Economia e del Lavoro, Istituto Nazionale di Statistica (2014), *BES 2014. Il benessere equo e sostenibile in Italia*, Istituto Nazionale di Statistica, Roma.

Cuijpers P., Geraedts A.S., van Oppen P., Andersson G., Markowitz J.C., van Straten A. (2011), Interpersonal psychotherapy for depression: a meta-analysis, *Am J Psychiatry*, 168(6), pp. 581-92.

Driessen E., Cuijpers P., de Maat S.C., Abbass A.A., de Jonghe F., Dekker J.J. (2010), The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: a meta-analysis, *Clin Psychol Rev*, 30(1), pp. 25-36.

Green H., McGinnity A., Meltzer H., Ford T., Goodman R. (2005), *Mental Health of Children and Young People in Great*

Britain 2004, Palgrave, London.

Hunsley J., Elliott K., Therrien Z. (2013), *The Efficacy and Effectiveness of Psychological Treatments*, Canadian Psychological Association.

Jarrett R.B., Minhajuddin A., Gershenfeld H., Friedman E.S., Thase M.E. (2013), Preventing depressive relapse and recurrence in higher-risk cognitive therapy responders: a randomized trial of continuation phase cognitive therapy, fluoxetine, or matched pill placebo, *JAMA Psychiatry*, 70(11), pp. 1152-60.

Keller A. et al. (2012), Does the perception that stress affects health matter? The association with stress and mortality, *Health Psychology*, 31(5).

Layard L., Clark D.M. (2014), *Thrive. The Power of Evidence-Based Psychological Therapies*, Allen Lane, London.

Lazzari D. (a cura di) (2011), *Psicologia Sanitaria e Malattie Croniche: interventi evidence-based e disease management*, Pacini Medica, Pisa.

Lazzari D. (a cura di) (2013), *Psicoterapia: effetti integrati, efficacia e costi-benefici*, Tecniche Nuove.

Lazzari D. (2014), I marker della psiche e quelli della vita, *PNEI Review*, 2, pp. 54-61.

McManus S., Meltzer H., Brugha T., Bebbington P., Jenkins R. (2009), *Adult Psychiatric Morbidity in England, 2007: results of a household survey*, National Centre for Social Research, London.

Melek S., Norris D. (2008), *Chronic Conditions and Comorbid Psychological Disorders*, Millima, Seattle.

Moncrieff J., Wessely S., Hardy R. (2004), *Active placebos*

versus antidepressants for depression, The Cochrane Collaboration, Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Mustafa M., Carson-Stevens A., Gillespie D., Edwards AGK (2013), Psychological interventions for women with metastatic breast cancer, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 6, Art. No. CD004253.

Olfson M., King M., Schoenbaum M. (2015), Benzodiazepine Use in the United States, *JAMA Psychiatry*.

Pilling S. (2012), Cost-effectiveness of some treatments for mental and physical illnesses, in *The Centre for Economic Performance's Mental Health Policy Group, How Mental Illness loses out in the NHS*, The London School of Economics and Political Science, UK.

Russ T.C., Stamatakis E., Hamer M., Starr J.M., Kivimäki M., Batty G. D. et al. (2012) Association between psychological distress and mortality: individual participant pooled analysis of 10 prospective cohort studies, *BMJ*, 345: e4933.

Shedler J. (2010), The efficacy of psychodynamic psychotherapy, *Am Psychol.*, 65(2), pp. 98-109.

Turner E.H., Matthews A.M., Linardatos E., Tell R.A., Rosenthal R. (2008), Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy, *New England Journal of Medicine*, 358, pp. 252-260.

Whalley B., Rees K., Davies P., Bennett P., Ebrahim S., Liu Z., West R., Moxham T., Thompson D.R., Taylor R.S. (2011), Psychological interventions for coronary heart disease, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 8. Art. No. CD002902.

World Health Organisation (2008), *The Global Burden of Disease: 2004 update*.