UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI GENOVA

SCUOLA DI SCIENZE MEDICHE E FARMACEUTICHE

CORSO DI LAUREA IN FISIOTERAPIA

Coordinatore: prof. Angelo Schenone

TESI DI LAUREA

RESTITUIRE IL CORPO ALLA MENTE: RUOLO FONDAMENTALE DEL FISIOTERAPISTA IN SALUTE MENTALE

Relatore:

Dott.ssa Stefania Lanaro

Candidato:

Elvisa Bajrami

ANNO ACCADEMICO 2020-2021

Sommario

1.Introduzione……5

2. Che cos'è la psichiatria (cenni storici)……6

2.1Definizione fisioterapia nella salute mentale……10

2.2 Scopo fisioterapia nella salute mentale……10

3.Tipi di intervento……12

3.1 Approccio correlato alla salute……12

3.2 Approccio psicosociale……12

3.3 Approccio psicoterapeutico……13

4.Competenze necessarie dei fisioterapisti nella cura della salute mentale……14

5. Conseguenze delle patologie psichiatriche di interesse fisioterapico……18

5.1 Immobilità……18

5.2 Alterazione dello schema corporeo…… 19

5.3 Alterazione del tono muscolare……20

6.Effetti indesiderati dei farmaci antipsicotici……22

6.1 Distonia……23

6.2 Acatisia……24

6.3 Parkinsonismo……25

6.4 Discinesia tardiva……26

7. Patologie psichiatriche……28

7.1Psicosi……28

7.2 Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici……30

7.3 Disturbi dell'umore……37

8. Efficacia della fisioterapia nel trattamento dei disturbi mentali secondo le evidenze scientifiche……45

8.1 Fisioterapia e schizofrenia……47

8.2 Fisioterapia e depressione ……54

8.3 Fisioterapia e disturbo bipolare……59

9.Valutazione del paziente affetto da disturbi mentali……62

9.1 Anamnesi……62

9.2 Valutazione generale……63

9.3 Valutazione motoria……64

9.4 Linguaggio……65

9.5 Coscienza e capacità cognitive……65

10. Scale di valutazione in psichiatria……67

11. Programma di trattamento riabilitativo……74

11.1 Stimolazione propriocezione……76

11.2 Movimento passivo e attivo……78

11.3 Stretching……79

11.4 Addestramento svolgimento ADL e caregiver……79

11.5 Attività in gruppo……80

12.Conclusione……82

13. Bibliografia, Riferimenti, Sitografia……83

14. Ringraziamenti……86

1. INTRODUZIONE

L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce la salute mentale come "uno stato di benessere in cui l'individuo realizza le proprie capacità, può affrontare i normali stress della vita, può lavorare in modo produttivo e fruttuoso ed è in grado di dare un contributo alla comunità". Perciò essa si riferisce al benessere sia cognitivo che emotivo, può influenzare la vita quotidiana, le relazioni e la salute fisica e non si tratta di solamente assenza di un disturbo mentale.

Giunta al terzo anno del mio percorso universitario, grazie alla mia relatrice, la dottoressa Stefania Lanaro, ho avuto la possibilità di fare un'esperienza di tirocinio completamente diversa e nuova rispetto quelle a me abituali in un reparto in cui nemmeno io associavo la figura del fisioterapista: il servizio psichiatrico di diagnosi e cura dell'Ospedale San Paolo di Savona.

In questo modo ho potuto ulteriormente capire la varietà di condizioni in cui può essere utile ed avere un ruolo importante la professione che ho scelto.

Perciò nella mia tesi ho voluto dimostrare l'importanza che ha questa figura professionale in un ambito poco conosciuto e spesso sottovalutato nonostante l'evidente incremento di questi disturbi nella società negli ultimi anni. Oltre l'importanza ho voluto evidenziare l'efficacia dell'intervento fisioterapico in questo contesto secondo le evidenze scientifiche presenti in letteratura.

2. CHE COS'È LA PSICHIATRIA

La psichiatria è una branca della medicina il cui oggetto è lo studio, la prevenzione, il trattamento e la riabilitazione dei disturbi mentali e dei comportamenti patologici, distinti per origine, qualità, entità e durata delle manifestazioni.

E' importante distinguere tra **problemi e disordini** di salute mentale: nel primo caso si tratta di un'esperienza mentale negativa che fa parte della quotidianità e interferisce con le capacità emotive e/o sociali; nel secondo caso si tratta invece di un disturbo clinicamente significativo nella cognizione, nella regolazione delle emozioni e nel comportamento, riflesso di una disfunzione nel processo psicologico, biologico o di sviluppo mentale sottostante funzionante.

I problemi di salute mentale assumono particolare importanza in quanto rappresentano la principale causa di anni vissuti con disabilità in tutto il mondo, e senza un programma di prevenzione e gestione più intenso si stima che il loro carico aumenterà ancora di più. Infatti le conseguenze di essi sono devastanti sia per la persona che per la società nel suo insieme e ciò è aggravato da frequenti comorbilità che caratterizzano tali pazienti, che costituiscono il motivo principale di riduzione dell'aspettativa di vita di ben 15-20 anni in questa popolazione.

Attualmente la salute mentale costituisce un argomento di crescente interesse nella società attuale: data infatti la frequenza dei disturbi ad essa associati, negli ultimi anni sono nate varie organizzazioni impegnate nella prevenzione, nel trattamento e nella riabilitazione delle persone affette da tali problematiche.

Sfortunatamente la fisioterapia non è sempre considerata una professione significativa nell'ambito della salute mentale poiché il ruolo e il valore aggiunto che essa offre spesso risulta poco chiaro tra i pazienti e anche tra gli altri operatori sanitari. La cura del paziente psichiatrico, nell'accezione comune infatti, è orientata al recupero del benessere psichico, e non considera l'implicazione del corpo in questo processo. Eppure esistono chiare evidenze sull'importanza e sui benefici fisici e psicologici dell'approccio corporeo in molti disturbi psichici, anche ai fini della prevenzione di tutte le disabilità correlate allo stile di vita sedentario, all'assunzione di farmaci e ad un'alimentazione inadeguata, spesso riscontrabili in questa popolazione

E inoltre, la fisioterapia è una professione convenzionale riconosciuta nell'ambito dell'assistenza sanitaria in grado di offrire una vasta gamma di approcci fisici (attività ed esercizio fisico, movimento, tecniche di rilassamento, consapevolezza del movimento ecc..) finalizzati all'attenuazione della sintomatologia, al miglioramento della fiducia in se stessi e soprattutto al miglioramento della qualità di vita.

Difatti l'intervento fisioterapico in questo ambito si basa sul fatto che il corpo sia implicato nei processi correlati ai disturbi psichici e l'approccio corporeo può modificare la sofferenza percepita dal paziente cercando di ripristinare quel dialogo tra mente e corpo che il disturbo mentale ha interrotto o talvolta reso oscuro e incomprensibile.

Perciò l'intervento fisioterapico e l'attività a mediazione corporea non sono quindi solo una risposta terapeutica ad una diagnosi somatica che mira a ridurre il dolore o a migliorare la performance motoria del soggetto, ma possono aiutare a ripristinare o aumentare la sua consapevolezza corporea ed emotiva.

Per cui è compito del fisioterapista cogliere la manifestazione corporea del disagio psichico e agire per ridurne la sintomatologia fisica, determinando al contempo un beneficio psico-emozionale.

Accanto al trattamento individuale si possono proporre anche attività in gruppo in cui il trattamento diventa anche un momento di socializzazione e di presa di coscienza dell'importanza di integrare l'esercizio fisico nella propria giornata.

Tuttavia, nonostante ciò, l'importanza dell'implementazione della fisioterapia in psichiatria in Italia è sottovalutato, anche se in alcuni paesi (Belgio, Scandinavia, Svizzera ecc..) c'è una tradizione di più di 50 anni; attualmente infatti pochi centri in Italia dispongono di tale figura nel contesto ospedaliero o in centri convenzionati dell'azienda sanitaria locale e tra essi vi è il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) dell'ospedale San Paolo Valloria di Savona appartenente all'ASL2 Savonese.

In italia infatti attualmente secondo i dati riportati dal SISIM (Società Italiana di Scienze Infermieristica in Salute Mentale), a eccezione del centro savonese, nessun fisioterapista lavora in un reparto acuto di psichiatria appartenente a un ospedale pubblico, se non in seguito a richiesta specifica in caso di concomitanti problematiche di natura ortopedica, reumatologica o neurologica.

Vi è invece questa figura in alcune cliniche private e in centri pubblici o convenzionati con l'ASL che accolgono pazienti in fase cronica.

Classificazione

Data la varietà dei disturbi si è resa evidente nella storia della medicina la necessità di una classificazione univoca; le numerose classificazioni che sono state approntate negli ultimi 200 anni i si sono differenziate per l'enfasi relativa data alla fenomenologia, l'eziologia e al decorso dei disturbi. Negli Stati Uniti la prima classificazione venne introdotta nel 1869 alla riunione annuale dell'APA (American Psychiatric Association). Nel 1952 l'APA pubblica la prima edizione del ***Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*** **(DSM-I)** a cui seguono 4 edizioni successive fino alla 5 del 2013. Quest'ultimo consiste in una classificazione categoriale che suddivide i disturbi mentali sulla base di una serie di criteri comprendenti specifiche caratteristiche cliniche con un approccio descrittivo: vengono descritte le manifestazioni dei disturbi mentali ma non vengono fornite né le teorie eziopatogenetiche né i principi di trattamento. Nello specifico per ciascun disturbo vengono forniti specifici criteri diagnostici, costituiti da un elenco di caratteristiche cliniche che devono essere presenti per poter porre una determinata diagnosi. Si tratta perciò di un approccio categorico che dà buoni risultati quando i disturbi appartenenti a una classe diagnostica sono omogenei, quando i confini tra le classi sono chiari e quando le diverse classi si escludono a vicenda, ma presenta limiti significativi in quanto innanzitutto si presuppone che ciascuna categoria di disturbi mentali sia un entità del tutto distinta dagli altri disturbi e non si presuppone che i soggetti affetti dalla stessa condizione siano simili per molti aspetti importanti. Due soggetti potranno infatti presentare caratteristiche cliniche molto differenti pur soddisfacendo i criteri diagnostici per una stessa determinata diagnosi; pertanto è fondamentale raccogliere anche altre informazioni cliniche che non si limitino ai criteri diagnostici così da conferire maggiore flessibilità allo strumento DSM.

Prevalenza

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il peso globale dei disturbi mentali continua a crescere con conseguente impatto sulla salute e sui principali aspetti sociali, umani ed economici in tutti i paesi del mondo. Negli ultimi anni infatti la prevalenza dei disturbi psichiatrici è aumentata notevolmente: attualmente a livello globale circa 300 milioni di persone sono affette da Depressione mentre la Schizofrenia e il Disturbo Bipolare colpiscono rispettivamente circa 60 milioni e 23 milioni di persone

In particolare l'OMS sottolinea che, nel mondo, il 10-20% di bambini e adolescenti soffre di disturbi mentali e che le condizioni neuropsichiatriche sono la principale causa di disabilità nei giovani. Bisogna inoltre ricordare che la maggior parte delle malattie mentali inizia prima dei 25 anni e se non trattate queste condizioni possono influenzare in maniera significativa lo sviluppo dei giovani.

A tal proposito bisogna sottolineare che i sistemi sanitari non hanno ancora risposto adeguatamente al peso globale della malattia in quanto il divario tra le richieste di trattamento e la reale offerta è molto ampio in tutto il mondo: nei paesi a basso-medio reddito l'80% delle persone con disturbo mentale non riceve alcun trattamento, mentre in quelli ad alto reddito circa il 40%,

Eziopatogenesi

Il ***modello biopsicosociale*** analizza tre differenti piani (biologico, psicologico e sociale) nella ricostruzione della genesi della malattia. Il *piano biologico* rappresenta il substrato anatomico strutturale e funzionale alla base del disturbo (alterazioni strutturali e funzionali del SNC, fattori genetici, perinatali, abuso di sostanze ecc..); il *piano psicologico* comprende fattori psicodinamici ed esperienze, positive e traumatiche, più o meno precoci, che si intrecciano nello spazio emotivo di ciascun individuo (ambiente familiare disturbato, abusi fisici/sessuali, disabilità ecc..); nel *piano sociale* rientrano invece gli aspetti familiari e socio-culturali che incidono sull'esperienza di malattia (classe socio-economica, urbanizzazione ecc..).

2.1 Definizione

La fisioterapia nella salute mentale è una **specialità della fisioterapia**. Si basa sulla persona ed è rivolta a bambini, adolescenti, adulti e anziani con problematiche di salute mentale comuni (lievi, moderate) e gravi, in fase acuta e cronica, in pazienti ricoverati e ambulatoriali. Essa mira a ottimizzare il benessere psicofisico promuovendo il movimento funzionale, la consapevolezza del movimento e l'attività fisica all'interno di un modello che includa aspetti biologici e psicosociali secondo le evidenze scientifiche disponibili e la migliore pratica clinica;

2.2 Scopo

A seconda della storia, della problematica del paziente e dei risultati dell'osservazione e della valutazione clinica si stabiliscono gli obbiettivi del trattamento e si può scegliere un **approccio** più **correlato alla salute** o più **psicoterapeutico** *(figura 1).*

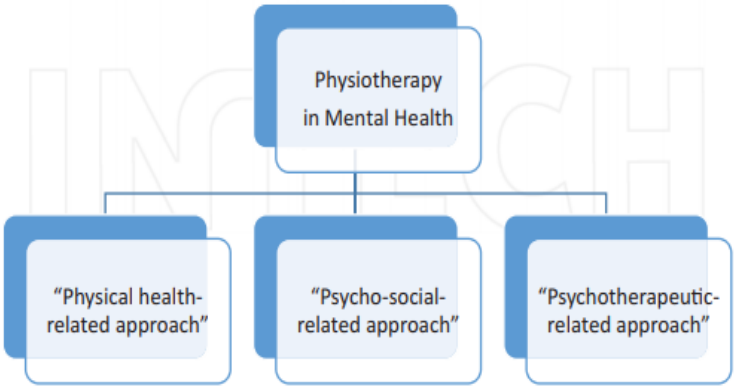


Figure 1. The scope of physiotherapy in mental health.

Nello specifico il primo mira a migliorare la salute fisica globale dei pazienti con disturbi psichiatrici in quanto l'attività fisica può aiutare a ridurre l'incidenza di malattie cardiovascolari e, soprattutto, la morte prematura. Inoltre essa, oltre ad influenzare significativamente la durata della vita, influisce sulla qualità della stessa, che in questa popolazione è notevolmente ridotta dato il frequente uso e, soprattutto, abuso di farmaci; il secondo invece pone l'accento sull'acquisizione di competenze mentali e fisiche relative al corpo in movimento e sull'incentivazione dello sviluppo personale per migliorare la

capacità della persona di avere un ruolo indipendente nella società, utilizza perciò il movimento come via d'accesso per migliorare il funzionamento affettivo sociale di un individuo.

Gli **obiettivi** sono basati sul principio *SMART* (specifico, misurabile, accettabile/ raggiungibile, realistico/rilevante e definito nel tempo) e l'obbiettivo finale è quello di cambiare abitudini scorrette e promuovere una postura adeguata e uno stile di vita attivo.

Nella *tabella 3* sono definiti nello specifico gli obiettivi della fisioterapia in quest'ambito

"Promoting, advising, teaching, warning, motivating maintaining, working, treating, assessing"
To promote human well-being and autonomy in people with physical health needs that are associated with a mental illness or learning disability and/or to use physical approaches safely to influence mental health.
To offer advice on the prevention of stress and physical problems as well as quality-improvement techniques.
To teach on topics relating to exercise, relaxation and communication.
To warn people about the side effects and to advise people on the use of quality-improvement techniques.
To motivate people to engage in healthy living habits.
To maintain (or to regain) physical mental and social skills to preserve the ability to function and the quality of life.
To work with the senses and motor skills of children with bodily and behavioural difficulties.
To treat physical and psychosomatic problems.
To assesstreatment effectiveness and patient satisfaction.

Box 3: General aims of physiotherapy in mental health.

3. TIPI DI INTERVENTO

3.1 Approccio correlato alla salute

Esso mira a migliorare la salute fisica globale: gli studi hanno infatti dimostrato che le persone con problemi di salute mentale sono più suscettibili all'inattività e sono a rischio di uno stile di vita sedentario; inoltre i farmaci antipsicotici possono provocare lo sviluppo di una sindrome metabolica, obesità, osteoporosi e malattie cardiovascolari.

La pratica clinica ha evidenziato l'importanza di adattare l'attività fisica alle capacità individuali della persona e in quest'ambito la difficoltà consiste nel motivare le persone con disturbi mentali a mantenere uno stile di vita attivo nella vita quotidiana in modo tale da mantenere l'autonomia. Ed è proprio compito del fisioterapista l'educazione del paziente ad un adeguato stile di vita e l'impostazione di un corretto programma terapeutico.

3.2 Approccio psicosociale

Esso si basa su attività che mirano all'apprendimento, all'acquisizione e alla formazione di abilità psicomotorie, sensorimotorie, percettive, cognitive, sociali ed emotive. Risultano inoltre importanti altre competenze elementari quali l'educazione al rilassamento, la gestione dello stress e le tecniche di respirazione.

Perciò questa modalità di intervento prevede l'uso di attività fisiche per influenzare problematiche mentali come nel trattamento della depressione e dell'ansia; difatti in letteratura i benefici dell'attività fisica per la salute mentale sono ben accettati, in quanto è stato dimostrato che essa ha un'influenza positiva sul benessere mentale, sull'autostima, sull'umore e sulle funzioni esecutive. Inoltre essa contribuisce a diminuire il cosiddetto "rimuginio mentale", la ripetitività e negatività del pensiero, ovvero i pensieri, che si focalizzano su contenuti catastrofici di eventi che potrebbero manifestarsi in futuro, sono vissuti come incontrollabili e intrusivi; sintomo presente in modo ossessivo in molte patologie psichiche

Inoltre attività di resistenza equilibrate ed eseguite regolarmente (camminare, nuoto, power training) incrementano la resistenza fisica e mentale, migliorano la qualità del sonno, la forza muscolare, la capacità di rilassamento e riducono i disturbi fisici.

3.3 Approccio psicoterapeutico

Esso utilizza il dominio motorio come un mezzo per migliorare il funzionamento affettivo sociale. Nello specifico si concentra meno sull'acquisizione di competenze ma più sulla consapevolezza del funzionamento psicosociale e sulla facilitazione di un processo di cambiamento.

Durante queste attività viene favorito il contatto con il proprio io interiore e conseguentemente l'affronto di numerose emozioni (sentimenti depressivi, paura, senso di colpa, rabbia, stress, estraniamento e insoddisfazione) e pensieri negativi (intrusione, ossessione, preoccupazioni morbose). Inoltre i pazienti hanno la possibilità di confrontarsi con il loro comportamento (cioè impulsi e mancanza di abilità) o con sintomi cognitivi (es. derealizzazione e mancanza di concentrazione).

Perciò non è l'attività in sé, ma le esperienze e la percezione interiore del paziente che hanno un ruolo centrale; infatti, sebbene i problemi di fondo non siano necessariamente risolti, il terapeuta cerca di migliorare la gestione di tali problematiche

4. COMPETENZE DEI FISIOTERAPISTI NELLA CURA DELLA SALUTE MENTALE

In letteratura ci sono prove rigorose che la fisioterapia migliora la salute mentale e fisica dei pazienti affetti da patologie psichiatriche, tuttavia i benefici di essa spesso non raggiungono gli utenti che ne hanno maggiormente bisogno e uno dei motivi è la mancanza di competenze dei fisioterapisti nella gestione di un quadro clinico così complesso, a sua volta dovuto a una formazione inadeguata. Ad oggi infatti pochi fondi sono stanziati per la formazione dei professionisti sanitari in modo da fornire interventi basati sulle evidenze scientifiche ai pazienti con disturbi mentali o comorbilità tra disturbi mentali e malattie somatiche.

Nonostante l'integrazione della cura della salute mentale sia importante per tutti i fisioterapisti, i professionisti della cura della salute mentale richiedono competenze specifiche in termini di conoscenze, abilità e attitudini.

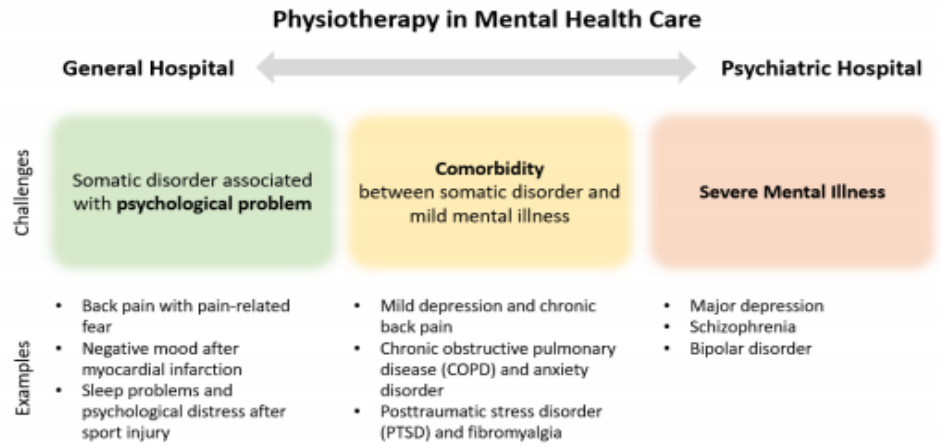
Per ovviare a ciò è stata istituita l' IOPTMH (International Organisation of Physical Therapy in Mental Health), un documento guida con lo scopo di fornire indicazioni specifiche nei programmi di formazione in fisioterapia, a due livelli (formazione di base e specializzazione) e nello specifico con lo scopo di:

- descrivere i diversi ruoli dei fisioterapisti generali e specializzati nell'ambito della cura della salute mentale.
- Descrivere le competenze specifiche relative alla cura della salute mentale che devono essere acquisite da fisioterapisti generali e specializzati.

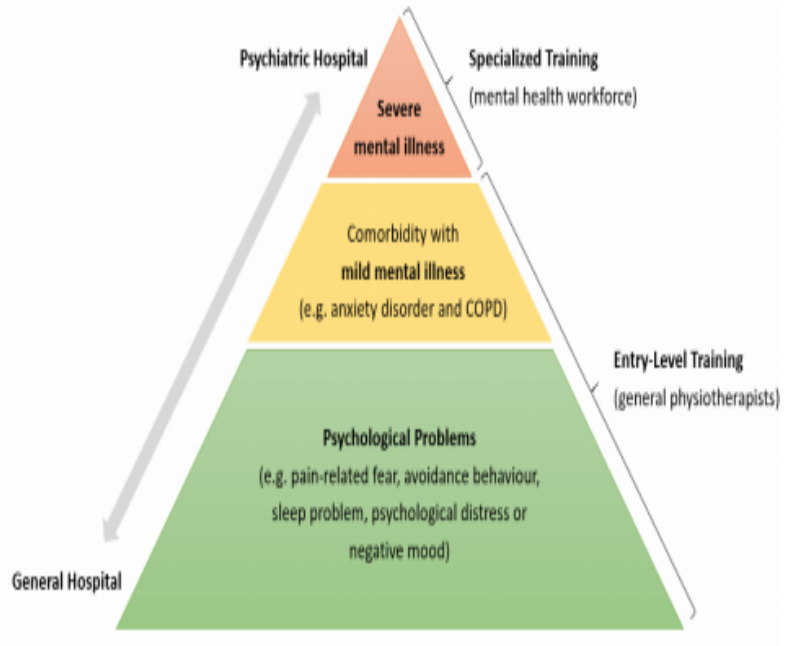
I fisioterapisti in generale dovrebbero essere consapevoli delle associazioni tra i disturbi mentali e le principali malattie non trasmissibili comprese le malattie cardiovascolari, il diabete, il cancro e i disturbi respiratori; dovrebbero avere la capacità di affrontare problemi psicologici (es. problemi di sonno, disagio psicologico o paura legata al dolore) che sono spesso associati a disturbi somatici.

Di conseguenza l'assistenza mentale si svolge in diversi livelli (figura 1)

Figure 1: Scope of physiotherapy in mental health care, illustrated by the example of a continuum between general and psychiatric hospitals.



Livelli di istruzione e scopo della fisioterapia nella cura della salute mentale (figura 2)



<u>Obiettivi generali della formazione di primo livello nell'assistenza alla salute mentale:</u>

I fisioterapisti sono competenti per gestire i pazienti con problemi psicologici o comorbilità tra disturbo somatico e lieve problema mentale all'interno delle strutture di assistenza primaria, comprese quelle generali (ospedali, centri di riabilitazione ecc..).

In questo caso una gestione adeguata include l'identificazione delle problematiche/disturbi psicologici e l'applicazione di strategie per ridurre la sintomatologia.

Obiettivi generali della formazione specialistica in salute mentale:

I fisioterapisti sono competenti per trattare i pazienti con problemi e malattie psichiche a tutti livelli di assistenza sanitaria mentale, compresa l'assistenza psichiatrica per i pazienti con gravi disturbi mentali.

Essi sono preparati per svolgere ruoli specifici all'interno del team di lavoro della salute mentale, insieme a psichiatri, psicologi, infermieri psichiatrici e altri professionisti.

In definitiva i fisioterapisti generali svolgono un ruolo importante nell'integrazione della cura della salute mentale nelle cure primarie mentre i fisioterapisti specializzati fanno parte della forza lavoro della salute mentale e svolgono il loro ruolo principalmente nell'ambito dell'assistenza psichiatrica.

I fisioterapisti hanno la capacità di affrontare l'aspetto "psicologico" nell'approccio bio-psicosociale?

Uno studio condotto in Australia da parte Joanne Connaughton, William Gibson et al ha indagato l'atteggiamento dei fisioterapisti nei confronti della psichiatria e dei disturbi mentali, nello specifico quanto spesso nella pratica clinica trattano persone con malattie mentali, la loro percezione di quanto la loro istruzione universitaria li abbia preparati a lavorare con tali pazienti e la loro opinione su quale ulteriore istruzione consentirebbe loro di fornire cure ottimali.

E' stato perciò somministrato un questionario che includeva domande sulle informazioni demografiche dei partecipanti, le esperienze personali con la malattia mentale, l'atteggiamento verso la psichiatria e domande aperte sulla preparazione a lavorare con questo tipo di problematiche.
In particolare sono stati distribuiti tramite email centodieci questionari ai reparti di fisioterapia dell'Australia occidentale e un totale di settantacinque questionari completati ha contribuito ai risultati, mentre undici questionari sono stati restituiti incompleti e conseguentemente non sono stati inclusi nell'analisi dei dati.

I risultati evidenziano atteggiamenti moderatamente positivi verso la psichiatria e la malattia mentale, soprattutto del sesso femminile; del campione completo il 41% (n=31) ha riferito di trattare pazienti con problematiche di salute mentale quotidianamente e il 76% (n=57) settimanalmente a dimostrazione della frequenza di tali malattie. Al contempo però i partecipanti hanno riferito la percezione di incompetenza a trattare questa popolazione con conseguente necessità di rivedere il curriculum universitario e, soprattutto, di istituire una formazione adeguata successivamente alla laurea.

Il compito del fisioterapista è infatti quello di fornire un trattamento incentrato sulla persona attraverso un approccio biopsicosociale, ma nella pratica effettiva questo paradigma diviene difficile se il professionista stesso non ha un'adeguata conoscenza di base sulla salute mentale e il suo impatto sullo stato fisico di una persona.

Ancora più nel dettaglio, sono stati indagati i temi chiave riguardo le conoscenze in psichiatria e salute mentale di cui i partecipanti erano a conoscenza dalla laurea e cosa invece avrebbero voluto sapere dopo la laurea ed i risultati sono mostrati nella tabella sottostante.

Box 1 Key Themes about Knowledge of Psychiatry and Mental Illness before and after Graduation

What participants had learned since graduating	What participants wished they had already known when they graduated
• Higher prevalence than expected • Effects of mental illness on physical illness • More time is required when working with these patients • Communication is key to engagement • Holistic approach means considering mental health • Need to set realistic goals • How underprepared they were	• You cannot separate mind and body • Signs and symptoms and pathophysiology of mental health conditions • Impact of depression and anxiety on physical health • Communication strategies to engage people with mental illness • Psychiatric medications and their side effects • Importance of managing psychiatric issues to provide effective rehabilitation • How to refer for appropriate treatment

Gli intervistati hanno anche riferito di non avere le strategie e le competenze di comunicazione necessarie per coinvolgere le persone con queste problematiche

Tuttavia sono necessari ulteriori studi per determinare se l'istruzione e la formazione post-laurea aiuterebbero i fisioterapisti a sviluppare un atteggiamento più positivo e un trattamento più adeguato nei confronti dei pazienti con problemi di salute mentale.

5. CONSEGUENZE DELLE PATOLOGIE PSICHIATRICHE DI INTERESSE FISIOTERAPICO

I disturbi mentali non comportano soltanto alterazioni della sfera psichica, comportamentale, relazionale, cognitiva o affettiva ma anche problematiche legate all'aspetto motorio quali l'immobilità, l'allettamento, oltre che, ovviamente gli effetti indesiderati dei farmaci antipsicotici, le cui conseguenze si ripercuotono anche su quest'aspetto.

5.1 Immobilità

Una delle complicanze più importanti dei disturbi mentali è l'immobilità, particolarmente rilevante nella fase acuta del disturbo e in alcuni casi durante il trattamento farmacologico. Si tratta di un complesso di segni e sintomi che, se non prevenuto e trattato adeguatamente, soprattutto nei soggetti anziani, con ripercussioni a più livello e non soltanto a livello muscolo-scheletrico.

Nello specifico da un punto di vista **muscolo-scheletrico** si riscontra:

- riduzione forza, trofismo, potenza e resistenza muscolare
- aumento del tono muscolare
- sostituzione di tessuto muscolare con tessuto fibroso
- incremento della percentuale di tessuto adiposo
- riduzione elasticità delle componenti tendineo-legamentose
- graduale riassorbimento del liquido sinoviale intrarticolare
- rigidità articolare
- diminuzione percentuale di massa ossea (una moderata perdita di densità ossea è detta osteopenia; una grave perdita di densità ossea è detta osteoporosi)
- alterazioni della postura e dell'equilibrio

Alterazioni che portano a loro a volta a implicazioni funzionali quali: maggiore disabilità, riduzione dell'autonomia, maggior rischio di cadute e conseguenti fratture che possono richiedere l'ospedalizzazione e soprattutto un intervento chirurgico con conseguente aggravamento del quadro clinico e spese maggiori a carico del SSN.

Da un punto di vista **respiratorio** si riscontra:

- Minor ventilazione alveolare
- Minor ricambio di ossigeno
- Minor ossigenazione tissutale
- Aumento del ristagno bronchiale con facilità alle infezioni
- Alterazione del riflesso della tosse
- Riduzione delle capacità respiratorie
- Ridotta tolleranza allo sforzo
- riduzione della funzione ventilatoria
- aumento delle resistenze

Con conseguenti implicazioni funzionali quali aumento del rischio di infezioni respiratorie, insufficienza respiratoria, embolia o scompenso.

Considerando il **sistema nervoso**:

L'immobilità provoca una deprivazione sensoriale, riduce la risposta motoria, provoca una demotivazione psicologica e induce una regressione "psico-sociale".

Da un punto di vista **cardio-vascolare** si riscontra invece:

- Minore efficienza della pompa cardiaca
- Minore adattabilità dei vasi alle variazioni di pressione
- Minore adeguatezza del nutrimento di tessuti e organi periferici

5.2 Alterazione dello schema corporeo

Le malattie psichiche, oltre a determinare sintomi somatici, spesso provocano anche un'alterazione dell'immagine corporea, fino alla sua completa disintegrazione, a dimostrazione dell'impossibilità del dualismo mente corpo, in quanto entrambi costituiscono quell'unità inscindibile che costituisce l'uomo. In questo caso i confini che separano la persona dal mondo (che dovrebbero corrispondere all'epidermide) si dissolvono e, paradossalmente, allo stesso tempo diventano impenetrabili.

Ciò rappresenta un aspetto molto importante in quanto possedere il senso del proprio corpo è un elemento fondamentale e necessario per possedere l'integrità dell'Io e se vi è un'alterazione di ciò il corpo è separato da sé, diventando uno degli oggetti del mondo. Esso viene identificato come la sede del falso Io, mentre il vero Io, incorporeo osserva con distacco, senza interagire in maniera diretta con il mondo; in altre parole non è la persona affetta dal disturbo psichiatrico a relazionarsi con gli altri ma il suo corpo governato da un falso io.

Inoltre le persone in queste condizioni sentono la propria identità come fortemente minacciata e vivono queste contraddizioni con una forte angoscia; viene infatti spesso attuato un meccanismo di difesa: la realtà viene considerata minacciosa, quindi viene affrontata da un falso Io, mentre il vero Io si limita ad un'esistenza passiva, allontanandosi da ogni esperienza reale. Nella psicosi poi, la regressione patologica giunge allo stadio in cui l'individuo perde la capacità di discriminare fra il "dentro" e il "fuori" del proprio corpo.

Il trattamento riabilitativo, il movimento, ma soprattutto le attività funzionali (anche della vita quotidiana), dirette a uno scopo, svolte con la guida da parte del fisioterapista possono in questo senso aiutare a migliorare la coscienza del proprio corpo e di tutti gli segmenti che lo costituiscono. Per questo motivo in questo contesto vengono spesso utilizzate tecniche volte ad aumentare la consapevolezza corporea e per facilitare questa facoltà è importante chiedere più volte nella seduta le sensazioni percepite dal paziente nell'eseguire le attività proposte.

5.3 Alterazione del tono muscolare

Il tono muscolare viene definito come la sensazione di resistenza che viene apprezzata dall'esaminatore durante la mobilizzazione passiva del segmento considerato. Esso ha una duplice origine: in piccola parte è legato all'elasticità intrinseca dei muscoli, ma in gran parte è un fenomeno riflesso e dipende dal normale funzionamento del riflesso di stiramento in condizioni di rilasciamento.

In condizioni di normalità si riscontra la cosiddetta **normotonia** o tono muscolare normale ovvero durante la mobilizzazione si apprezza una modesta resistenza.

Tuttavia in alcuni disturbi mentali vi può essere un'alterazione del tono muscolare dovuta o alla patologia stessa o ai farmaci assunti (es. neurolettici), soprattutto in caso di elevato dosaggio, che può comportare una diminuzione del tono o **ipotonia** (riduzione della resistenza, maggiore facilità e cedevolezza alla mobilizzazione passiva) oppure un incremento dello stesso o **ipertonia** (aumenta notevolmente la resistenza alla mobilizzazione passiva, a volte tanto da impedirla). Entrambe le condizioni possono essere distribuite preferenzialmente a determinati muscoli oppure a tutti i muscoli di un segmento corporeo.

In particolare l'ipertono classicamente da un punto di vista neurologico si distingue in spastico ed extrapiramidale o rigidità; il primo è associato a una lesione della via cortico-spinale, tipicamente velocità dipendente, il secondo è invece caratteristico della sindrome parkinsoniana e tendenzialmente colpisce tutti i muscoli della regione coinvolta senza distinzione (rigidità a tubo di piombo). Tuttavia tale segno spesso si riscontra anche nei pazienti con problematiche di natura psichica, anche in assenza di concomitanti problematiche neurologiche sottostanti.

Questa alterazione del tono muscolare, può rappresentare un segno temporaneo che si attenua e scompare in poche ore, oppure può persistere per un lungo periodo di tempo e in tal caso, se non trattato adeguatamente, può portare a problematiche secondarie quali limitazioni articolari, retrazioni muscolo-tendinee oltre che dolore.

Una particolare classe di farmaci associata a questo effetto collaterale sono i neurolettici: famiglia di psicofarmaci che agiscono diminuendo l'attività della dopamina, utilizzati principalmente per il trattamento delle psicosi, soprattutto in fase acuta, della schizofrenia e della fase maniacale del disturbo bipolare.

6.EFFETTI INDESIDERATI DEI FARMACI ANTIPSICOTICI

I farmaci antipsicotici si suddividono in antipsicotici convenzionali e di seconda generazione in base alla loro affinità recettoriale ai neurotrasmettitori.

Gli antipsicotici convenzionali (Aloperidolo, Promazina, Flufenazina ecc..) agiscono primariamente bloccando i recettori D2 della dopamina (dopamina-2 bloccanti) e possono essere classificati in alta, intermedia o bassa potenza. Essi spesso comportano effetti collaterali di tipo motorio (rigidità, tremori ecc..) e possono essere associati ad alterazioni di tipo cognitivo-affettivo, quali l'appiattimento affettivo e il rallentamento psicomotorio, e cardiologico (es. aritmie)

Gli antipsicotici di seconda generazione comprendono Tioridazina, Aloperidolo, Olanzapina, Risperidone e Ziprasidone. e agiscono bloccando i recettori della dopamina in maniera più selettiva, per cui offrono maggiori vantaggi sia in termini di efficacia che di riduzione della probabilità di sviluppo di un disturbo del movimento involontario. Inoltre si ipotizza che il legame con i recettori serotoninergici possa spiegare la loro efficacia sui sintomi positivi.

Tuttavia anch'essi possono comportare effetti collaterali di tipo metabolico come l'aumento di peso, le dislipidemie, il diabete ecc..

In generale gli effetti indesiderati dei farmaci antipsicotici sono quasi sempre la diretta conseguenza delle molteplici attività farmacologiche di questi composti a livello dei diversi organi e/o sistemi. La frequenza con cui i diversi effetti si manifestano varia a seconda degli AP considerati e ciò rappresenta uno dei criteri su cui si basa la scelta del farmaco nella pratica clinica.

I più importanti sono gli **effetti extrapiramidali**.

Effetti extrapiramidali (EPS)

Essi costituiscono gli effetti indesiderati di più comune riscontro con gli AP tradizionali. L'incidenza varia a seconda del composto considerato (es. flufenazina 52%, aloperidolo 40-

76% ecc…) ed è ben documentata una maggiore frequenza di questi disturbi nel sesso femminile e nell'età avanzata.

Farde et al. (1992) hanno evidenziato mediante la tomografia ad emissione di positroni che l'occupazione di oltre l'80% dei recettori D2 nigrostriatali è associata con la comparsa di EPS.

Tuttavia i farmaci AP più recenti quali clozapina, quetiapina, risperidone presentano un incidenza di queste problematiche significativamente inferiore a quella degli AP tradizionali, dato determinato da una ridotta occupazione dei recettori D2 nigrostriatali.

Un'alterazione anatomica dei gangli della base è stata di recente identificata con la risonanza magnetica (RM); inoltre nella genesi degli EPS è stato anche sottolineato il ruolo rilevante del sistema dopaminergico.

Nello specifico gli effetti extrapiramidali indotti dagli AP sono rappresentati da: distonia, acatisia, parkinsonismo e discinesia, i quali possono avere un'insorgenza acuta (durante la fase iniziale del trattamento) o tardiva (dopo mesi o anni di trattamento). Nel primo caso vi è una maggior probabilità di remissione alla riduzione o alla sospensione dell'AP (forme reversibili), mentre quelli ad insorgenza tardiva hanno una prognosi più sfavorevole (forme irreversibili, persistenti o croniche).

6.1 Distonia

La distonia è caratterizzata da **contrazioni toniche involontarie**, talvolta molto dolorose, che colpiscono prevalentemente la muscolatura della regione orale (apertura forzata della bocca, protrusione e distorsione della lingua) e i muscoli estrinseci dell'occhio (crisi oculogire). Possono essere anche interessati i muscoli del collo e del dorso (torcicollo, opistotono) e quelli del bacino e del tronco (alterazioni della postura).

Fattori di rischio sono il sesso femminile e l'età inferiore ai 30 anni, mentre controverso risulta il ruolo del dosaggio e della classe di AP.

Nonostante il meccanismo patogenetico alla base non sia ancora completamente chiaro l'ipotesi più plausibile è che tale disturbo sia attribuibile a due fenomeni concomitanti che

determinerebbero come risultato finale un'iperattività dopaminergica: il primo sarebbe un aumento compensatorio della liberazione di DA, conseguentemente all'azione degli AP a livello dei recettori presinaptici; il secondo un'eccessiva sensibilità dei recettori dopaminergici postsinaptici.

La distonia tardiva insorge invece dopo alcuni mesi o anni di esposizione agli AP e presenta un andamento persistente con conseguenze invalidanti per i pazienti. La sua patogenesi è ancora meno chiara rispetto a quella acuta, anche se una certa efficacia ottenuta con gli AC fa ipotizzare un'alterazione della bilancia Ach-DA come nel parkinsonismo.

6.2 Acatisia

L'Acatisia è caratterizzata da uno **stato soggettivo di irrequietezza**, spesso accompagnato da un bisogno compulsivo di muoversi. I disturbi motori includono il 'segnare il passo', l'ondeggiare avanti e indietro quando si è seduti o in piedi e l'accavallamento ripetitivo delle gambe. I sintomi psichici comprendono invece ansia, tensione, irritabilità, difficoltà a concentrarsi e umore depresso.

L'insorgenza è più tardiva rispetto a quella della distonia acuta: si ritiene infatti che il 90% dei casi di acatisia si sviluppi entro i primi due mesi dall'inizio del trattamento farmacologico.

Essa può essere confusa con un'esacerbazione di uno stato d'ansia o con una riacutizzazione del disturbo psicotico primitivo e se trattata erroneamente con AP la sintomatologia si può aggravare, creando un circolo vizioso.

La sua forma acuta è probabilmente l'effetto indesiderato più comune della terapia con AP tradizionali con un'incidenza media stimata intorno al 20-30%.

Tra i fattori di rischio vengono considerati rilevanti gli AP ad alta potenza, l'impiego di dosi elevate e l'incremento rapido dei dosaggi, mentre il ruolo delle variabili sociodemografiche risulta poco significativo.

Il meccanismo patogenetico è tuttora poco conosciuto, anche se è stato ipotizzato il ruolo del blocco dei recettori DAergici postsinaptici a livello mesocorticale; tuttavia studi recenti

effettuati con la PET e la tomografia ad emissione di singoli fotoni (SPET) in pazienti trattati con AP hanno dimostrato un'associazione significativa tra elevati livelli di occupazione dei recettori D2 striatali e acatisia.

Possiamo distinguere varie forme di acatisia:

- Tardiva: insorgenza dopo diversi mesi o anni di trattamento con AP
- Da sospensione: insorgenza dopo sospensione o riduzione del dosaggio dell'AP
- Cronica: disturbo persiste nel tempo

6.3 Parkinsonismo

La sindrome parkinsoniana da AP è sostanzialmente sovrapponibile a quella che si osserva nei pazienti affetti da morbo di Parkinson idiopatico. I segni più tipici sono infatti rappresentati da rigidità, tremore, bradicinesia e disturbi del SNA, che possono coesistere o presentarsi isolatamente.

Nello specifico la **rigidità** può determinare riduzione o assenza delle sincinesie pendolari, lentezza nell'esecuzione dei movimenti volontari, disturbi della postura e della deambulazione (andatura festinante), segno della 'troclea dentata', disturbi della parola e della scrittura (micrografia). Il **tremore** è osservabile prevalentemente a riposo e consiste in oscillazioni ritmiche, con frequenza di 4-5 al secondo, che possono interessare l'area periorale, il tronco e le estremità inferiori.
La **bradicinesia**, riduzione e rallentamento dei movimenti spontanei e dell'eloquio, può raggiungere livelli di estrema gravità fino a definire la cosiddetta 'acinesia' (assenza dei movimenti spontanei).
I **disturbi autonomici** comprendono scialorrea, iperidrosi, seborrea e ptialismo.

L'insorgenza è più tardiva rispetto a quella dei precedenti EPS: nel 90% dei casi si manifesta entro i primi 3 mesi e sono noti casi ad insorgenza più tardiva .

Vengono considerati fattori di rischio l'età avanzata, l'impiego di AP ad alta potenza e l'incremento del dosaggio, mentre non è stata confermata la maggior predisposizione delle donne rispetto agli uomini.

La sindrome è solitamente reversibile dopo alcune settimane dalla sospensione dell'AP, ma in alcuni casi può persistere per mesi o anni.

Per quanto riguarda il meccanismo patogenetico si ritiene che il parkinsonismo iatrogeno sia determinato dal blocco dei recettori D2 post-sinaptici nell'area A9 (nigrostriatale) che conduce ad una riduzione del tono dopaminergico striatale con aumento relativo di quello colinergico.

L'impiego di farmaci AC viene attualmente considerato il rimedio più razionale per il controllo dei sintomi parkinsoniani, anche se la loro efficacia è risultata soddisfacente soltanto rispetto al tremore e alla rigidità.

6.4 Discinesia tardiva (DT)

La discinesia tardiva rappresenta senza dubbio il più grave tra gli EPS provocati dagli AP tradizionali.

Nella sua forma più tipica si manifesta con **movimenti involontari ipercinetici**, di natura per lo più coreica. Essi interessano, nella maggior parte dei casi, la muscolatura della bocca, della lingua e della mandibola, causando lo schiocco e la protrusione delle labbra, la chiusura forzata della rima orale e movimenti abnormi della lingua di tipo tonico-clonico, coreo-atetosico, e vermicolare (sindrome bucco-linguo-masticatoria).

Altri movimenti che caratterizzano la DT interessano l'area periorbitale (ammiccamento e tremore delle ciglia), i muscoli degli arti superiori ed inferiori (rotazione e flesso-estensione del polso e della caviglia) e quelli del collo e del tronco (torsione del collo, ipercinesia assiale ecc..). Raramente coinvolge i muscoli diaframmatici e laringei con conseguente grave compromissione a carico della fonazione e della funzionalità respiratoria.

Nell'anziano di solito prevalgono i movimenti di tipo coreo-atetosico, mentre nel soggetto giovane quelli di tipo distonico-ipercinetico.

La sindrome si attenua o scompare durante il sonno mentre si accentua con l'attività motoria volontaria e in condizioni di particolare tensione emotiva.

La maggior parte dei casi di DT è stata descritta dopo almeno 2-3 anni di trattamento con AP, tuttavia sono noti casi ad insorgenza molto precoce (alcuni mesi dopo l'inizio del trattamento. I sintomi possono manifestarsi sia dopo l'interruzione del trattamento (DT da sospensione), sia durante il trattamento stesso.).

Da un punto di vista epidemiologico essa ha una prevalenza media del 24,2% che risulta significativamente più elevata e grave nelle donne e nella popolazione anziana. Infatti rappresentano fattori di rischio l'età al di sopra dei 50 anni, il sesso femminile, una diagnosi di disturbo dell'umore, l'impiego di AP ad elevata potenza e la presenza di EPS ad insorgenza acuta nell'anamnesi.

Il decorso prevede forme ad evoluzione favorevole (discinesie reversibili) e più raramente forme ad andamento persistente (discinesie irreversibili). Il meccanismo patogenetico è ancora piuttosto sconosciuto anche se sono state formulate alcune ipotesi quali l'ipersensibilità dopaminergica, l'ipofunzione GABAergica, la presenza di anomalie strutturali e neurotossicità.

7. PATOLOGIE PSICHIATRICHE

7.1 Psicosi

Il disturbo psicotico è una condizione caratterizzata da una percezione alterata della realtà, che genera ansia e irrequietezza, rende le persone attente in maniera maniacale a ciò che li circonda, e in alcuni casi porta ad isolamento emotivo e sociale.

Nello specifico vi è un'alterazione del conflitto umano, fenomeno ubiquitario dell'esistenza umana che rappresenta la contrapposizione tra istanze contrastanti tra cui la doppiezza della condizione umana: tensione tra natura e cultura, pulsioni vitali e civiltà, bisogno di socialità e separatezza, di appartenenza e individuazione, tra rappresentazione di identità divergenti.

La patologia mentale è perciò la risultante di un gioco di forze e i sintomi sono formazioni di compromesso in quanto la dinamica conflittuale genera ansia che mette in moto i meccanismi di difesa col compito di trovare un compromesso tra le parti in conflitto.

Le formazioni di compromesso sono soluzioni adattative in certi casi, in altri, sintomi o quadri morbosi: le psiconevrosi

Tale definizione comprende perciò una serie di condizioni patologiche molto diverse per causa, durata, evoluzione nel tempo e modalità di trattamento, per cui è essenziale una diagnosi precoce e un trattamento adeguato.

Disturbo psicotico breve

In esso possono presentarsi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato (con deragliamento ed incoerenza in forma e/o contenuti), comportamento disorganizzato oppure di tipo catatonico. E' frequente che i sintomi siano accompagnati da volubilità e labilità, confusione e disorientamento.

La durata del disturbo solitamente è inferiore a 1 mese ma superiore di almeno 1 giorno con successivo ritorno al livello di funzionamento pre-morboso. Spesso la fase più conclamata della sintomatologia può essere seguita da un periodo di depressione

Epidemiologia

E' un disturbo poco comune, più frequente nei soggetti giovani, di bassa estrazione socio-culturale, con preesistenti disturbi della personalità e nei soggetti sottoposti a stress importanti.

Eziologia

Gli stress psicosociali possono rappresentare un fattore scatenante di episodi psicotici; la psicosi in questo senso può rappresentare una reazione di difesa inadeguata in individui non capaci di affrontare diversamente la situazione. E' fondamentale tuttavia escludere sostanze o cause organiche come fattori scatenanti la sintomatologia.

Decorso

In presenza di un buon funzionamento premorboso e in assenza di familiarità per disturbi dello spettro schizofrenico, la prognosi è solitamente favorevole.

Disturbo Delirante

La sua principale manifestazione è la presenza di un delirio fisso ed incontrollabile caratterizzato da idee deliranti strutturate per almeno un mese.

La tipologia di disturbo delirante viene distinta in base al tema prevalente: più comunemente si tratta di deliri di tipo erotomanico, di grandezza, di gelosia, di persecuzione. Le allucinazioni sono rare e strettamente correlate alle tematiche deliranti.

Il funzionamento non risulta compromesso in modo rilevante e il comportamento non è eccessivamente stravagante o bizzarro.

Epidemiologia

E' lievemente più frequente nel sesso femminile e nell'età compresa tra i 35 e i 45 anni.

Eziologia

Esso ha principalmente un origine psicosociale: spesso ricorrono storie di abusi, traumi familiari, educazione non adeguata ecc..

Decorso

Esso tende ad avere un andamento cronico con risposta poco soddisfacente alla terapia farmacologica.

7.2 Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici

Nel DSM-V La categoria diagnostica dei disturbi dello spettro della Schizofrenia e altri disturbi psicotici (tabella 1) comprende la Schizofrenia e i disturbi correlati ad essa, altre grandi psicosi e i disturbi psicotici con sintomatologia sottosoglia.

Tutti questi disturbi sono caratterizzati da anomalie psicopatologiche in uno o più dei seguenti cinque ambiti: deliri, allucinazioni, pensiero disorganizzato, comportamento motorio grossolanamente disorganizzato o anormale (compresa la catatonia) e i sintomi negativi. Mentre i primi quattro ambiti sono esempi di psicosi, i sintomi negativi sono caratterizzati dall'assenza di qualcosa che dovrebbe essere presente, quali la fluidità e la spontaneità dell'espressione verbale.

Il termine psicosi ha assunto significati diversi, ma a partire dal DSM-III l'espressione ha ricevuto una definizione più circoscritta che rinvia soprattutto alla perdita di contatto con la realtà.

Attualmente si ritiene che alla base della sintomatologia positiva vi sia un'iperattività dopaminergica mesolimbica, invece la fisiopatologia dei sintomi negativi è tuttora poco

compresa; quest'ultimi perciò risultano relativamente refrattari al trattamento e costituscono una componente debilitante della malattia.

Tabella 1 Disturbi dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici DSM-V

Disturbi dello spetto della Schizofrenia e altri disturbi psicotici
Disturbo schizotipico (di personalità)
Disturbo delirante
Disturbo psicotico breve
Disturbo schizofreniforme
Schizofrenia
Disturbo schizoaffettivo
Disturbo psicotico indotto da sostanze/farmaci
Disturbo psicotico dovuto a un'altra condizione medica
Catatonia associata a un altro disturbo mentale (specificatore della catatonia)
Disturbo catatonico dovuto a un'altra condizione medica
Catatonia senza specificazione
Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici con altra specificazione
Disturbo dello spettro della schizofrenia e altri disturbi psicotici senza specificazione

La schizofrenia è senza dubbio la psicosi più invalidante, ma è importante riconoscere e diagnosticare anche gli altri disturbi psicotici tra cui il disturbo delirante, il disturbo psicotico breve ecc….

Perciò tutti i disturbi psicotici sono inclusi in questo capitolo del DSM-V, fatta eccezione per quelli associati al disturbo bipolare, ai disturbi depressivi o a un disturbo neurocognitivo; organizzazione che dovrebbe favorire la diagnosi differenziale.

Inoltre attualmente i disturbi sono disposti lungo un gradiente relativo alla gravità (dal disturbo meno grave a quello più grave), la quale è definita dal grado, dal numero e dalla durata dei sintomi e dei segni psicotici.

Schizofrenia

La schizofrenia è uno dei più debilitanti disturbi psichiatrici, elencata come la quinta causa principale di perdita di anni di vita associati alla disabilità in tutto il mondo nella fascia d'età tra i quindici e i quarantaquattro anni.

Nel DSM-V la schizofrenia è definita da un gruppo di sintomi caratteristici che comprendono: deliri, allucinazioni, sintomi negativi (es. diminuzione dell'espressione emotiva o abulia), deterioramento del funzionamento sociale, professionale o interpersonale; da un punto di vista temporale i segni continuativi del disturbo devono persistere per almeno 6 mesi.
Nessun sintomo è considerato patognomico o specifico per questa malattia e ciò rende complicato stabilire dei limiti adeguati.

A *Emil Kraepelin* viene in genere attribuita la prima definizione di schizofrenia che egli chiamò *dementia praecox* caratterizzata da un esordio precoce, sintomi psicotici e un decorso cronico ed invalidante.La demenza precoce fu poi rinominata 'Schizofrenia' da *Bleuler* con lo scopo di focalizzare l'attenzione sul deterioramento cognitivo chiaramente osservabile, che veniva interpretato come il risultato di una divisione dei processi psichici. Egli inoltre riconobbe alcuni sintomi caratteristici quali ottundimento affettivo, disturbi associativi (pensiero distorto e bizzarro), autismo e ambivalenza; ridimensionò l'importanza del decorso e considerò i deliri e le allucinazioni alla stregua di sintomi accessori poiché si sarebbero potuti osservare anche in altri disturbi. Il concetto della

malattia divenne perciò più ampio includendo un gruppo più ampio ed eterogeneo di pazienti.

Successivamente le idee di *Kurt Schneider* contribuirono a ridefinirne nuovamente i confini e divenne un disturbo psicotico relativamente grave. Schneider inoltre descrisse sintomi psicotici di primo ordine importanti per la diagnosi differenziale i quali includevano: inserzione, furto e diffusione del pensiero, la percezione di voci che dialogano o commentano le azioni dell'individuo e deliri relativi a forme di controllo subite dall'esterno.

Nel DSM-V sono state apportate modeste variazioni ai criteri diagnostici per la schizofrenia. La principale riguarda l'eliminazione dello status particolare attribuito ai sintomi di primo ordine di Schneider; ma sono anche stati eliminati i vari sottotipi di schizofrenia in quanto ritenuti non utili per la diagnosi e per la descrizione dell'eterogeneicità del disturbo. Solo il sottotipo paranoide e quello indifferenziato sono stati utilizzati con una certa frequenza.

E, accanto a gravi sintomi psichiatrici, i pazienti con schizofrenia spesso hanno anche importanti comorbilità somatiche: in particolare le malattie metaboliche e cardiovascolari sono diventate una problematica importante. Inoltre questa popolazione ha un rischio maggiore da una volta e mezza a due di essere in sovrappeso, un rischio raddoppiato di diabete e ipertensione e mostra una prevalenza cinque volte maggiore di dislipidemia rispetto alla popolazione generale.

Per di più le persone con schizofrenia hanno maggiori probabilità di essere meno fisicamente attivi rispetto alla popolazione generale e di conseguenza sono ad alto rischio di sviluppare condizioni mediche croniche associate all'inattività fisica e a uno stile di vita sedentario.

Questo eccesso di comorbilità si traduce in un incremento prematuro della mortalità, la quale risulta superiore dalle due alle tre volte rispetto alla popolazione generale.

La grave psicopatologia e le associate comorbilità somatiche sottolineano la necessità di un intervento globale in aggiunta ai farmaci antipsicotici per alleviare la sintomatologia e migliorare la funzionalità e la qualità della vita correlata alla salute.

Criteri diagnostici (DSM-5)

A. Due o più dei seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di 1 mese (o meno se trattati efficacemente). Almeno uno di questi sintomi deve essere 1), 2) o 3):

1. Deliri
2. Allucinazioni
3. Eloquio disorganizzato (es. frequente deragliamento o incoerenza)
4. Comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico.
5. Sintomi negativi (diminuzione dell'espressione, delle emozioni o abulia)

B. Per una significativa parte di tempo dall'esordio del disturbo, il livello del funzionamento in una o più delle aree principali, come il lavoro, le relazioni interpersonali o la cura di sé, è marcatamente al di sotto del livello raggiunto prima dell'esordio (oppure quando l'esordio è nell'infanzia o nell'adolescenza, si manifesta l'incapacità di raggiungere il livello atteso di funzionamento interpersonale, scolastico o lavorativo).

C. Segni continuativi del disturbo persistono per almeno 6 mesi. Questo periodo deve comprendere almeno 1 mese di sintomi (o meno se trattati efficacemente) che soddisfino il criterio A (fase attiva dei sintomi), e può comprendere periodi di sintomi prodromici o residui. Durante questi periodi prodromici o residui, i segni del disturbo possono essere evidenziati soltanto da sintomi negativi oppure da due o più sintomi elencati nel Criterio A presenti in forma attenuata (es. convinzioni stravaganti, esperienze percettive inusuali).

D. Il disturbo schizoaffettivo, il disturbo depressivo o il disturbo bipolare con caratteristiche psicotiche sono stati esclusi perché

1. Non si sono verificati episodi depressivi maggiori o maniacali in concomitanza con la fase attiva dei sintomi

2. Se si sono verificati episodi di alterazione dell'umore durante la fase attiva dei sintomi, essi si sono manifestati per una parte minoritaria della durata totale dei periodi attivi e residui della malattia.

E. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (es. sostanza di abuso, un farmaco) o a un'altra condizione medica.

F. Se c'è una storia di disturbo dello spettro dell'autismo o di disturbo della comunicazione a esordio infantile, la diagnosi aggiuntiva di schizofrenia viene posta soltanto se sono presenti per almeno 1 mese (o meno se trattati efficacemente) allucinazioni o deliri preminenti, in aggiunta agli altri sintomi richiesti dalla schizofrenia.

E' importante specificare se il disturbo è o meno associato a catatonia e se si tratta di:

Primo episodio, attualmente in episodio acuto: prima manifestazione del disturbo che soddisfa i criteri diagnostici che definiscono i sintomi e la durata.

Primo episodio, attualmente in remissione parziale: periodo durante il quale viene mantenuto un miglioramento dopo un precedente episodio e in cui i criteri che definiscono il disturbo sono soddisfatti solo parzialmente.

Primo episodio, attualmente in remissione completa: periodo di tempo successivo a un precedente episodio e durante il quale non sono più presenti sintomi specifici del disturbo.

Episodi multipli, attualmente in episodio acuto: vi devono essere minimo due episodi (dopo un primo episodio, una remissione e almeno una ricaduta)

Episodi multipli, attualmente in remissione parziale

Episodi multipli, attualmente in remissione completa

Continuo: i sintomi che soddisfano i criteri diagnostici sono rimasti per la maggior parte del decorso della malattia, con periodi di sintomi sottosoglia che sono stati molto brevi rispetto al decorso complessivo.

Senza specificazione

Ed è inoltre importante specificare la ***gravità attuale,*** la quale viene stimata attraverso una valutazione quantitativa dei sintomi primari delle psicosi, compresi deliri, allucinazioni, eloquio disorganizzato, comportamento psicomotorio anormale e sintomi negativi. Ognuno di questi sintomi può essere valutato per la sua gravità attuale (il livello più grave presente negli ultimi 7 giorni) su una scala a 5 punti che va da 0 (non presente) a 4 (presente e grave). Tuttavia la diagnosi di schizofrenia può essere posta senza utilizzare questo specifico indicatore di gravità.

Epidemiologia

La Schizofrenia è una forma di disturbo psicotico con una prevalenza circa del 1% e un'incidenza annua che si attesta tra lo 0.2 e lo 0.4 per 1000.

Ha uguale prevalenza negli uomini e nelle donne, tuttavia nel sesso maschile esordisce più precocemente (ca. 4 anni)

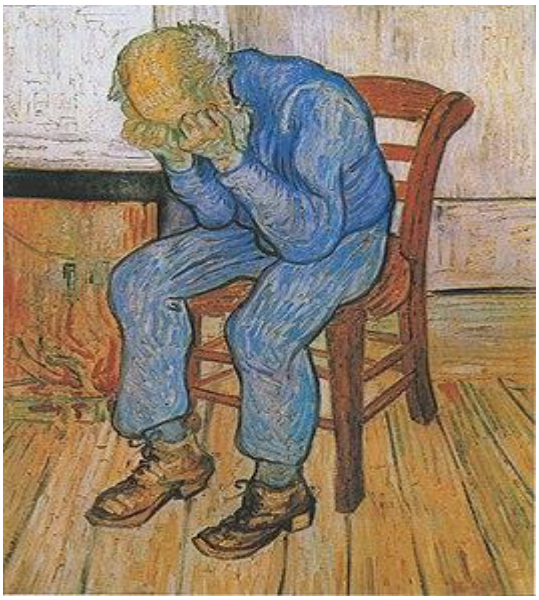
Eziologia

L'eziologia ha una genesi multifattoriale.

I fattori genetici sembrano essere determinanti: numerosi studi hanno infatti dimostrato un aumento significativo del rischio di sviluppare la malattia fra i parenti di soggetti affetti (specie se di primo grado) rispetto alla popolazione generale.

I fattori ambientali includono elementi biologici e psicosociali: il rischio aumenta in caso di eventi prenatali e perinatali quali l'influenza materna, la rosolia, la malnutrizione, il diabete mellito, il fumo durante la gravidanza e le complicanze ostetriche (soprattutto se associate ad ipossia). Hanno un ruolo importante anche fattori sociodemografici quali la povertà e bassa classe sociale.

7.3 Disturbi dell'umore



Le emozioni sono ciò che ci permette di essere coinvolti nelle situazioni mondane, ciò che permette di selezionare particolari possibilità d'azione e ciò che ci guida nella comprensione del senso delle azioni altrui.

Non siamo solo recettivi verso le emozioni ma assumiamo anche una posizione attiva: ci interroghiamo sulle loro origini e cerchiamo di trasformarli in affetti; in questo modo tentiamo di rintracciare un senso a stati d'animo indistinti riconducendoli alla nostra storia di vita.

Perciò le emozioni sono forze dinamiche che ci conducono nell'ambiente, ci motivano al movimento; l'umore è un'emozione che non possiede legami espliciti con un fenomeno che la motiva che viene perciò vissuto come immotivato.

L'umore è un'emozione pervasiva e duratura che colora la percezione che il soggetto ha del mondo. La patologia delle emozioni consiste in una sproporzione tra l'entità dell'emozione e la capacità di riflessione della persona, tra l'entità dell'emozione e la capacità di rintracciare l'oggetto della stessa a cui consegue un'emozione priva di uno stato motivante esplicito.

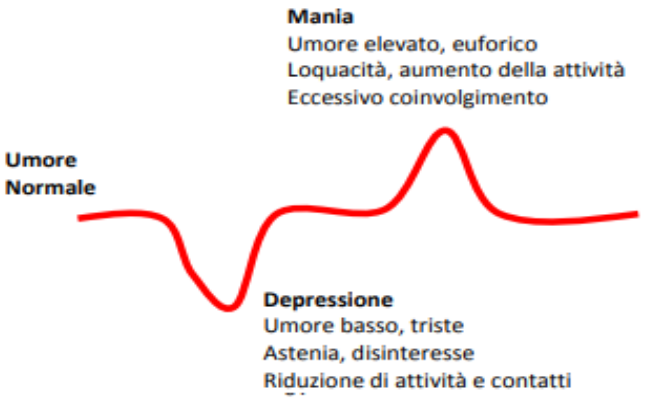
I disturbi dell'umore sono tra le malattie più invalidanti in senso assoluto in quanto caratterizzati da un'elevata prevalenza e incidenza e si associano a mortalità precoce e suicidio.

Il capitolo dedicato ad essi del DSM-IV è stato diviso a sua volta in due capitoli distinti: uno per il disturbo bipolare e i disturbi correlati e un altro per i disturbi depressivi.

Nello specifico queste patologie sono caratterizzate da importanti e prolungate alterazioni dell'umore, in genere inadeguate rispetto alle condizioni di vita dell'individuo; **la depressione e la mania sono considerate i disturbi principali.**

Gli individui affetti da tali problematiche manifestano un'ampia varietà di sintomi quali: insonnia, pensieri suicidari, anoressia e, negli individui depressi, la percezione di essere un peso per gli altri che si contrappone all'euforia, all'irritabilità, al ridotto bisogno di sonno e all'iperattività, che invece contraddistinguono gli individui affetti da mania.

Nel corso del tempo essi sono stati suddivisi in molti modi diversi con l'intento di identificare lo schema classificatorio migliore e, sebbene il raggiungimento di questo obbiettivo si è rivelato arduo, sia la ricerca che l'esperienza clinica hanno dimostrato che i sintomi fondamentali dei disturbi dell'umore sono l'*umore depresso, l'umore elevato o un'alternanza dei due.*



Tuttavia poiché i sintomi dell'umore non sono specifici di queste categorie diagnostiche e si osservano in molti altri disturbi psichiatrici, la diagnosi differenziale è complessa. Per esempio i sintomi maniacali/ipomaniacali si verificano frequentemente in individui affetti da disturbi neurocognitivi o nei disturbi dello spettro schizofrenico e altri disturbi psicotici; mentre un quadro depressivo si osserva, in una certa misura, in individui che presentano

disturbi molto vari quali i disturbi dell'adattamento, i disturbi d'ansia e i disturbi di personalità. Inoltre la sintomatologia è talvolta mascherata dall'insonnia e dalla stanchezza, condizioni che possono ulteriormente complicare la diagnosi differenziale.

Essi sono riassunti nella *tabella 2*

Disturbo bipolare e disturbi correlati	**Disturbi depressivi**
Disturbo bipolare I	Disturbo depressivo maggiore (episodio singolo)
Disturbo bipolare II	Disturbo depressivo maggiore (episodio ricorrente)
Disturbo ciclotimico	Disturbo depressivo persistente (Distimia)
Disturbo bipolare e disturbi correlati indotto da sostanze/ farmaci	Disturbo depressivo indotto da sostanze/farmaci
Disturbo bipolare e disturbi correlati dovuto a un'altra condizione medica	Disturbo depressivo dovuto a un'altra condizione medica
Disturbo bipolare e disturbi correlati con altra specificazione	Disturbo depressivo con altra specificazione
Disturbo bipolare e disturbo correlati senza specificazione	Disturbo depressivo senza specificazione

Disturbo bipolare e disturbi correlati

Questa classe diagnostica comprende disturbi caratterizzati da marcate variazioni dell'umore, dell'attività e del comportamento. La forma classica del disturbo bipolare è stata descritta da Kraepelin il quale la considerò, in contrapposizione alla schizofrenia, una malattia episodica e non degenerativa.

La ricerca scientifica ha confermato l'esistenza di una forma più lieve di questo disturbo, che è stato descritta, nel DSM-III, come disturbo bipolare atipico e, successivamente, nel DSM-IV come disturbo bipolare II.

Nell'ultima versione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali sono state apportate alcune modifiche con l'obbiettivo di migliorare la specificità e la sensibilità della diagnosi relativa ai disturbi bipolari in modo tale da ridurre il tempo che intercorre tra la comparsa dei primi sintomi e la formulazione della diagnosi corretta e soprattutto ridurre la probabilità di diagnosi sbagliate con conseguenti trattamenti inappropriati.

Il gruppo di lavoro che si è occupato dei disturbi dell'umore ha raccomandato anche l'eliminazione della diagnosi di disturbo bipolare I di tipo misto, poiché richiede il simultaneo soddisfacimento dei criteri richiesti da un episodio maniacale e un episodio depressivo ed è stato invece aggiunto lo specificatore 'con caratteristiche miste' che può essere applicato ai quadri di mania o ipomania che presentano anche caratteristiche depressive.

Nel DSM-V è stata inoltre introdotta un'altra variazione: qualora si osservi che la mania o l'ipomania emergono nel corso di un trattamento antidepressivo (es. con un farmaco) e persistono con manifestazioni floride si deve considerare questa eventualità come una prova sufficiente per esprimere una diagnosi di disturbo bipolare.

Criteri diagnostici episodio maniacale

Per la diagnosi di disturbo bipolare I è necessario soddisfare i seguenti criteri per un episodio maniacale, il quale può essere preceduto e seguito da episodi ipomaniacali o depressivi maggiori.

A. Un periodo definito di umore anormalmente e persistentemente elevato, espanso o irritabile e di aumento anomalo e persistente dell'attività finalizzata o dell'energia, della durata di almeno 1 settimana e presente per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni (o di qualsiasi durata, se è necessaria l'ospedalizzazione)

B. Durante il periodo di alterazione dell'umore e di aumento dell'energia o attività, tre (o più) dei seguenti sintomi (quattro, se l'umore è solo irritabile) sono presenti a un livello significativo e rappresentano un cambiamento evidente rispetto al comportamento abituale.

1. Autostima ipertrofica o grandiosità
2. Diminuito bisogno di sonno
3. Maggiore loquacità del solito o spinta continua a parlare
4. Fuga delle idee o esperienza soggettiva che i pensieri si succedano rapidamente
5. Distraibilità (attenzione troppo facilmente deviata da stimoli esterni non importanti o non pertinenti), riferita o osservata

6. Aumento dell'attività finalizzata (sociale, lavorativa, scolastica o sessuale) o agitazione psicomotoria (attività immotivata non finalizzata)
7. Eccessivo coinvolgimento in attività che hanno un alto potenziale di conseguenze dannose (es. acquisti incontrollati, comportamenti sessuali inconvenienti ecc..)

C. L'alterazione dell'umore è sufficientemente grave da causare una marcata compromissione del funzionamento sociale o lavorativo, da richiedere l'ospedalizzazione per prevenire danni a sé o agli altri, oppure sono presenti manifestazioni psicotiche.

D. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o a un'altra condizione medica.

Tali criteri costituiscono un episodio maniacale. Per una diagnosi di disturbo bipolare I è richiesto almeno un episodio maniacale nell'arco della vita

Disturbi depressivi

Disturbo depressivo maggiore (MDD)

La depressione comprende una vasta gamma di problematiche caratterizzate dall'assenza di un effetto positivo (perdita di interesse e godimento nelle esperienze ordinarie), persistente basso umore e sintomi fisici, emotivi, cognitivi e comportamentali.

La gravità del disturbo è classificata secondo il DSM V come lieve (cinque o più sintomi con minore compromissione funzionale), moderata (la sintomatologia e la compromissione funzionale è compresa tra "lieve" e "grave"), e grave (la maggior parte dei sintomi interferisce con il funzionamento, con o senza sintomi psicotici).

Recenti indagini epidemiologiche condotte nella popolazione generale evidenziano una prevalenza del disturbo depressivo maggiore del 10/15 % ca.

Esso è attribuibile agli individui che manifestano almeno un episodio depressivo ogni due settimane e quando i sintomi non sono attribuibili ad altre condizioni mediche o agli effetti

fisiologici di una sostanza, oltre che quando non possono essere meglio spiegati da disturbi psicotici, schizofrenici o deliranti.

I principali disturbi depressivi sono classificati in base al verificarsi di un singolo episodio depressivo maggiore oppure alla constatazione di episodi ricorrenti. E' più frequente nelle donne rispetto gli uomini con un rapporto tra F e M di 2:1 e la fascia d'età più a rischio è quella compresa tra i 25 ed i 40 anni.

Diversi studi sui disturbi depressivi hanno sottolineato l'importanza della mortalità e della morbilità associate alla depressione: il rischio di morte per suicidio nei pazienti depressi è maggiore di 20 volte rispetto alla popolazione generale e la depressione rappresenta un fattore di rischio cardiovascolare.

Inoltre la depressione aumenta il rischio di calo della produttività sul posto di lavoro e assenteismo con conseguente disoccupazione e riduzione del reddito. Difatti un'analisi dei dati condotta negli Stati Uniti ha riscontrato una limitazione della partecipazione significativamente più alta per i disturbi mentali rispetto ai disturbi somatici cronici.

Eziologia

L'origine è multifattoriale: concorrono infatti fattori genetici, biologici e psicosociali.

Il risultato di studi sulla componente genetica indicano che il rischio di sviluppare tale condizione è 3-4 volte maggiore nei nuclei familiari in cui sono presenti soggetti affetti da disturbi dell'umore rispetto alla popolazione generale.

Tra i fattori psicosociali emerge una frequente associazione con il disturbo della perdita precoce di un genitore (prima degli 11 anni di età).

Decorso

L'esordio può essere improvviso oppure graduale. In quest'ultimo caso compaiono sintomi prodromici quali labilità emotiva, astenia, insonnia, cefalea, ridotto interesse sessuale, scarso appetito, difficoltà di concentrazione, diminuzione di interesse nelle normali attività.

Gli episodi di malattia hanno una durata variabile ma in genere vanno in remissione anche spontaneamente dopo alcuni mesi.

Prognosi

La prognosi del disturbo depressivo maggiore è generalmente buona: il 50% guarisce completamente, il 30% va incontro ad una remissione parziale e il 20% ha un decorso cronico. Tuttavia nei soggetti affetti la probabilità di avere episodi successivi cresce con il numero di episodi.

Criteri diagnostici

A. Cinque (o più) dei seguenti sintomi sono stati contemporaneamente presenti in un periodo di due settimane e rappresentano un cambiamento rispetto al precedente livello di funzionamento; almeno uno dei sintomi è 1 o 2:

1. Umore depresso per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni
2. Perdita dell'interesse o piacere per tutte, o quasi tutte, le attività per la maggior parte del giorno, quasi tutti i giorni.
3. Significativa perdita di peso non dovuta a dieta o aumento del peso oppure diminuzione o aumento dell'appetito quasi tutti i giorni.
4. Insonnia o ipersonnia tutti i giorni
5. Agitazione o rallentamento psicomotorio quasi tutti i giorni
6. Faticabilità o mancanza di energia quasi tutti i giorni
7. Sentimenti di autosvalutazione o di colpa eccessivi o inappropriati (che possono essere deliranti) quasi tutti i giorni
8. Ridotta capacità di pensare o concentrarsi, o indecisione, quasi tutti i giorni.
9. Pensieri ricorrenti di morte (non solo paura di morire), ricorrente ideazione suicidaria senza un piano specifico o un tentativo di suicidio o un piano specifico per commettere suicidio

B. I sintomi causano disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti

C. L'episodio non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o un'altra condizione medica.

D. Il verificarsi dell'episodio depressivo non è spiegato dal disturbo schizoaffettivo, dalla schizofrenia, dal disturbo delirante e altri disturbi psicotici con altra specificazione o senza specificazione

E. Non vi è mai stato un episodio maniacale o ipomaniacale

Specificatori

Gli specificatori permettono al clinico di descrivere la patologia nel dettaglio. E' possibile indicare se sono presenti caratteristiche miste, melancoliche, atipiche, psicotiche o catatonia. Inoltre è possibile indicare se la depressione ha avuto un esordio nel peripartum o un andamento stagionale e la gravità del episodio depressivo maggiore (lieve, moderata o grave) e anche la presenza, o l'assenza di caratteristiche psicotiche.

Disturbo depressivo maggiore, episodio ricorrente

Un disturbo depressivo maggiore è da considerarsi ricorrente qualora si verifichi un intervallo di almeno due mesi consecutivi in cui non sono soddisfatti i criteri per un episodio depressivo maggiore tra i diversi episodi.

Disturbo depressivo persistente (distimia)

Il disturbo depressivo persistente è un disturbo dell'umore cronico e persistente presente per almeno due anni (o almeno uno nei casi che riguardano bambini e adolescenti) caratterizzato da sintomi depressivi relativamente tipici come anoressia, insonnia, scarsa energia, bassa autostima, difficoltà di concentrazione e sentimenti di disperazione.

Gli individui affetti da tale problematica spesso sviluppano episodi relativamente più gravi di depressione maggiore e quando l'episodio si esaurisce manifestano uno stato cronico di distimia.

8. EFFICACIA DELLA FISIOTERAPIA NEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI MENTALI SECONDO LE EVIDENZE SCIENTIFICHE

Nonostante numerosi studi abbiano sottolineato l'importanza e, soprattutto, dimostrato l'efficacia della fisioterapia e dell'attività fisica nei pazienti con problematiche di natura psichiatrica, spesso in Italia viene considerata un trattamento secondario e, in alcuni casi, non necessario. Vi sono invece paesi come ad esempio il Belgio in cui vi è una lunga tradizione di fisioterapisti che, dopo un'adeguata formazione durante e soprattutto successivamente alla laurea, lavorano in quest'ambito, sia in fase acuta che cronica, e dove sono stati condotti numerosi studi che valutano l'efficacia di diversi interventi di riabilitazione quali il training aerobico, la mobilizzazione passiva ed attiva, il rilassamento muscolare ecc..

Esercizio e salute mentale

Uno studio condotto in Brasile da Andrea Deslandes, Helena Moraes et al. dell'università di Rio de Janeiro ha indagato la relazione tra l'attività fisica e la salute mentale, in particolare durante il processo di invecchiamento.

Quest'ultimo è un argomento ampiamente studiato e sono state formulate diverse ipotesi a riguardo. L'esercizio fisico potrebbe perciò rappresentare un trattamento aggiuntivo a basso costo nella prevenzione e nel trattamento dei processi neurodegenerativi legati all'età nei disturbi mentali. Difatti anche se l'esercizio stesso può agire come un fattore di stress è stato dimostrato che riduce gli effetti nocivi di altri fattori quando eseguito ad intensità moderata. Il rilascio di neurotrasmettitori, il fattore neurotrofico e l'incremento del flusso sanguigno cerebrale sono alcuni dei meccanismi coinvolti.

Le prove presenti in letteratura attualmente suggeriscono che l'attività fisica ha un'azione positiva in esiti di diverse malattie mentali come la depressione, ma anche in altri disturbi neurologici come la malattia di Alzhaimer e la malattia di Parkinson, migliorando non soltanto la qualità di vita dei pazienti, ma la malattia stessa.

Tuttavia sebbene vi sia un crescente interesse per i meccanismi alla base dei benefici sulla salute mentale, l'evidenza clinica è ancora molto limitata.

In particolare in questa revisione sono stati indagati gli interventi di attività fisica nei pazienti anziani con disturbo depressivo maggiore (MDD) ed è stata riscontrata un'efficacia clinicamente significativa per la maggior parte degli interventi, nonostante essa sia influenzata dalla diagnosi, dall'intensità dell'esercizio e degli strumenti utilizzati per valutare la risposta.

Ad esempio, l'esercizio aerobico a un'intensità coerente con le raccomandazioni di salute pubblica può essere considerato un trattamento efficace della MDD lieve e moderata. D'altra parte, gli effetti dell'esercizio a bassa intensità sono paragonabili agli effetti della condizione placebo.

Tabella 1: Sommario degli interventi di attività fisica per i pazienti anziani con MDD

Table 1. Summary of physical exercise interventions for elderly patients with major depressive disorder (MDD)

Reference	Sample	Age, years	Diagnostic criteria	Type of exercise	Intervention duration	Primary outcomes	Exercise group improvement
Singh et al.** [24]	16 E 16 C	71.3 ± 1.2	DSM-IV	ST	20 weeks	BDI, HDRS, SF36	BDI, HDRS, SF36
Blumenthal et al.* [20]	41 M (sertraline) 39 E 44 M + E	57 ± 6.5	DSM-IV	AT	16 weeks	BDI, HDRS	BDI, HDRS
Babyak et al.* [21]	41 M (sertraline) 39 E 44 M + E	57 ± 6.5	DSM-IV	AT	16-week follow-up 10 months	BDI, HDRS	Lower rates of depression (clinical diagnostic)
Singh et al.** [25]	15 E 14 C	71 ± 2.0	DSM-IV	ST	20-week follow-up 26 months	BDI, PGMS	BDI, PGMS
Herman et al.* [22]	48 M (sertraline) 53 E 55 M + E	56.72 ± 6.45	DSM-IV	AT	16 weeks	Dropout remission (HDRS)	Low dropout (NS)
Mather et al. [23]	42 E 43 C	63 65	ICD-10	AT	10 weeks	HDRS, GDS	HDRS, GDS
Singh et al. [26]	18 E (high intensity) 17 E (low intensity) 19 control	69 ± 5 70 ± 7 69 ± 7	DSM-IV	ST	8 weeks	HDRS, GDS	HDRS, GDS
Blumenthal et al. [7]	53 E (home-based) 51 E (supervised) 49 M (sertraline) 49 placebo	52 ± 8	DSM-IV	AT	16 weeks	HDRS	HDRS

ST = Strength training; AT = aerobic training; Group: E = exercise; C = control; M = medication. Depression rating scales: HDRS = Hamilton Depression Rating Scale; BDI = Beck Depressive Inventory; GDS = Geriatric Depressive Scale; DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders. * and ** = Same initial sample; NS = not significant between groups; SF36 = 36-Item Short Form Health Survey; PGMS = Philadelphia Geriatric Center Morale Scale; ICD-10 = International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems.

Importanza della motivazione autonoma

Affinchè il trattamento riabilitativo sia realmente efficace e vi siano benefici a lungo termine è importante mantenere adeguati livelli di attività fisica anche e soprattutto

successivamente alla dimissione; perché ciò avvenga è imprescindibile la motivazione del paziente.

Una recente revisione sistematica ha stabilito che l'attività fisica migliora la salute fisica e mentale e la qualità di vita delle persone con malattia mentale severa; eppure soltanto una minoranza segue tali raccomandazioni e una dei motivi principali è la non sufficiente motivazione che in parte è dovuta alla patologia, ma hanno un ruolo importante anche l'eventuale presenza di comordità somatiche, fattori sociali e personali.

Tuttavia una migliore comprensione dell'assenza di motivazione può rappresentare la chiave per incrementare l'attività fisica in questa popolazione.
Per questo motivo è stato condotto uno studio volto a indagare se la motivazione all'attività fisica differisce tra sottogruppi diagnostici, e in base al genere, al livello di istruzione e al contesto (regime di ricovero o ambulatoriale) in un ampio campione di persone con SMI (sever mental illness).

I risultati evidenziano che le persone con disturbo bipolare e disturbo depressivo maggiore hanno livelli più elevati di regolazione intrinseca rispetto alle persone con schizofrenia; non sono state riscontrate invece differenze significative nei livelli di altre tipologie di motivazioni. Inoltre nessuna differenza significativa è stata rilevata per quanto riguarda gli altri fattori.

Perciò sulla base di questo studio un obbiettivo futuro importante è progettare programmi di lifestyle finalizzati a promuovere la motivazione autonoma.

8.1 Fisioterapia e Schizofrenia

Revisione sistematica dei vantaggi della fisioterapia all'interno di un approccio di cura multidisciplinare per le persone con Schizofrenia

Dato che l'evidenza clinica della fisioterapia come trattamento complementare nell'approccio alla Schizofrenia rimane in gran parte sconosciuta, un gruppo di ricercatori dell'università di Leuven ha condotto una revisione sistematica degli studi randomizzati controllati (RCT-Randomized Controlled Trials) che valutano l'efficacia di essa.

Selezione degli studi:

Due revisori hanno determinato indipendentemente l'idoneità dello studio sulla base dei criteri di inclusione. Essi hanno inoltre valutato la qualità dello stesso ed estratto informazioni sul metodo, sull'intervento e i risultati.
In caso di disaccordo quest'ultimo veniva risolto dalla discussione; se non si raggiungeva alcun consenso a un terzo revisore spettava la decisione finale.

Inoltre ogni studio è stato valutato con la convalidata scala Jadad a 5 punti.

Sintesi dei dati

Dieci RCT hanno soddisfatto tutti i criteri di inclusione: sei di questi prevedevano l'uso di attività aerobiche e di rinforzo muscolare, in due sono state indagate anche le tecniche di yoga e quattro di questi hanno affrontato l'utilizzo del rilassamento muscolare progressivo.

In totale sono stati inclusi nell'analisi 322 partecipanti con diagnosi di Schizofrenia, sia in regime di ricovero che ambulatoriale, sia con primo episodio che con condizione cronica; l'età media è compresa tra i 18 e i 63 anni.

Criteri di inclusione:

I criteri di inclusione prevedono:

- Studi che includono pazienti con diagnosi di Schizofrenia o altri tipi di psicosi dello spettro della Schizofrenia sulla base di qualsiasi criterio, di qualsiasi durata della malattia e qualsiasi impostazione del trattamento.
- Studi randomizzati controllati (RCT) che confrontano interventi di fisioterapia con una condizione placebo, intervento controllo o cure standard. Quest'ultima è stata definita come la cura che le persone abitualmente riceverebbero se non fossero state incluse nel trial clinico e comprendono la terapia farmacologica, l'ospedalizzazione, l'assistenza infermieristica psichiatrica di comunità e le cure ambulatoriali.

- L’ intervento di fisioterapia può essere utilizzato da solo o insieme ad altri, con la condizione che costituisca il trattamento principale: interventi che hanno incluso il trattamento riabilitativo in un programma con più componenti sono stati esclusi poiché gli effetti specifici dell’intervento terapeutico non potevano essere valutati. Altri interventi possono comprendere: farmacoterapia, psicoeducazione e tecniche cognitivo-comportamentali o motivazionali legate al comportamento verso l’esercizio fisico.

- Gli interventi sperimentali e di confronto devono aver avuto una durata simile.

Tipi di outcome

I risultati sono stati raggruppati in base a valutazioni della salute mentale e fisica, e della qualità della vita correlata alla salute.

Efficacia dell’attività aerobica, di rinforzo muscolare, o entrambe nell’assistenza multimodale ai pazienti con Schizofrenia.

Queste attività si sono dimostrate significativamente efficaci per l’attenuazione dei sintomi positivi e negativi della malattia.
E nonostante tutti e due gli studi che hanno incluso il Six-Minute Walk Test come misura di outcome hanno rivelato un incremento nella distanza percorsa, soltanto nello studio di Marzolini e al l’incremento è stato significativo.

Tuttavia sebbene i partecipanti che hanno svolto questo programma di attività aerobica e di rinforzo muscolare per almeno 3 volte a settimana per 3 mesi hanno migliorato la loro captazione di ossigeno, dato misurato dal cicloergometro incrementale, questo miglioramento non è risultato significativo rispetto a quello nella condizione di controllo.

Al contrario vi è stato un miglioramento significativo nella memoria a breve termine, risultato evidenziato da un aumento del volume ippocampale

Cambiamenti nell’indice di massa corporea sono stati indagati in due studi ma non è stato riscontrato alcun effetto.

Vancampfort et al hanno riportato inoltre una significativa riduzione dello stato di ansia e stress psicologico oltre che un miglioramento del benessere soggettivo dopo una singola sessione di esercizio aerobico.

Efficacia del progressivo rilassamento muscolare nell'assistenza multimodale delle persone con Schizofrenia

Tre studi hanno dimostrato una significativa riduzione dello stato d'ansia, associata a un minor numero di ospedalizzazioni nell'anno dopo l'intervento, oltre che una riduzione dello stress psicologico e un aumento del benessere soggettivo.

Inoltre non sono stati riscontrati effetti collaterali (sintomi extrapiramidali e movimenti involontari anormali)

Discussione

In generale gli RCT inclusi hanno evidenziato che, in particolare l'attività aerobica, il rinforzo muscolare e il progressivo rilassamento muscolare possono avere un impatto significativo sugli esiti di salute mentale, stato di ansia e disagio psicologico.

L'attività aerobica e il rinforzo muscolare hanno dimostrato di provocare benefici anche sulla salute fisica, come il fitness muscolare ed aerobico, oltre a migliorare la capacità di affrontare l'ansia e lo stress psicologico che risulta di particolare rilevanza in questi pazienti, in quanto è riconosciuto che determinano un peggioramento della sintomatologia.

In secondo luogo questa popolazione presenta un repertorio relativamente limitato di strategie di coping per cui spesso ricorre all'uso di sostanze quali la nicotina, l'alcool o le droghe con lo scopo di alleviare la sintomatologia psichiatrica; tuttavia il beneficio limitato di tali comportamenti sostiene la necessità di fornire metodi più corretti di regolare la variabilità del benessere soggettivo come quelli trattati in questa revisione che possono rappresentare una valida alternativa.

In conclusione la presente revisione ha indicato la fisioterapia come un trattamento aggiuntivo che migliora la salute mentale e fisica oltre la qualità di vita di una persona. Tuttavia una chiara guida per quanto riguarda il tipo di intervento e la dose ottimale dello

stesso è limitata dal piccolo numero di RCT disponibili e dalla variabilità degli interventi stessi in termini di frequenza, intensità e durata.

Limiti

Nonostante la presente sia la prima revisione sistematica che valuta l'efficacia di diversi interventi di fisioterapia in pazienti con Schizofrenia essa presenta alcuni limiti che devono essere conosciuti.

In primo luogo nessuno degli studi inclusi è in doppio cieco perciò i risultati riportati possono accentuare le stime degli effetti del trattamento, e soltanto 4 degli studi inclusi è in singolo-cieco.

Inoltre l'eterogeneità tra gli RCT è stata una sfida nella presente revisione, in particolare per quanto riguarda la frequenza, la durata dell'intervento sperimentale e del intervento di confronto scelto. Questa diversità, così come la dimensione ridotta del campione e altre lacune metodologiche in molti studi inclusi, ha limitato le conclusioni generali e ha evidenziato la necessità di ulteriori ricerche.

Ulteriori studi dovranno indagare e definire nello specifico la posologia del trattamento riabilitativo, ovvero nello specifico la frequenza, la durata, il tipo e la modalità di intervento associata a maggiori benefici in questa popolazione di pazienti.

Training aerobico e rinforzo muscolare nel trattamento della Schizofrenia

Uno studio condotto da Vancampfort D. et al ha indagato l'efficacia del training aerobico e del rinforzo muscolare nel trattamento riabilitativo delle Schizofrenia ed è stato attestato che essi attenuano la sintomatologia positiva e negativa oltre a migliorare la funzione cardiovascolare, anche se al momento non è definibile un'associazione dose risposta ottimale.

Inoltre non ci sono evidenze che le attuali linee guida per la popolazione generale non siano rilevanti per i pazienti con schizofrenia in termini di potenziali benefici cardio-metabolici;

l'IOPTMH suggerisce quindi di applicare le raccomandazioni della popolazione generale anche nei pazienti con schizofrenia. Esse sono riassunte nella *tabella 1*

Linee guida sull'attività fisica per i pazienti con Schizofrenia
1. Tutti i pazienti con schizofrenia dovrebbero evitare l'inattività fisica, e coloro che partecipano ad attività ottengono benefici mentali e fisici
2. Per sostanziali benefici alla salute i pazienti con Schizofrenia dovrebbero svolgere almeno 150 minuti di attività fisica di intensità moderata, o 75 minuti di intensità moderata-vigorosa a settimana. L'attività aerobica dovrebbe essere eseguita in sessioni di almeno 10 minuti e dividere l'attività fisica su almeno 3 giorni a settimana può aiutare a ridurre il rischio di infortuni e un affaticamento eccessivo.
3. Per ulteriori e più ampi benefici per la salute, i pazienti con Schizofrenia dovrebbero aumentare la loro attività fisica aerobica oltre tali valori, fino a 300 min. a settimana di intensità moderata, o 150 min. a settimana di vigorosa intensità.
4. Anche i pazienti con schizofrenia dovrebbero svolgere attività di rinforzo muscolare, di intensità moderata che coinvolgono i principali gruppi muscolari, due o più giorni alla settimana in quanto queste forniscono benefici cardio-metabolici

L'IOPTMH afferma inoltre che l'intensità dell'attività fisica può essere definita in termini di frequenza cardiaca target o sforzo percepito: è auspicabile una frequenza cardiaca durante il picco dell'esercizio corrispondente al 60-75% della frequenza cardiaca massima. A questo proposito può essere somministrata la scala dello sforzo percepito di Borg fino al livello di 'sforzo moderato'.

Rilassamento muscolare progressivo

E' noto che i pazienti con schizofrenia riscontrano difficoltà nell'affrontare lo stress psicologico e l'ansia oltre a possedere un repertorio relativamente limitato di strategie di coping. Il rilassamento muscolare progressivo è una modalità di trattamento che può essere utilizzata in prima linea per ridurre questa sintomatologia con conseguente miglior outcome.

Tuttavia sono necessari ulteriori studi per definire nello specifico la posologia e l'efficacia di tale trattamento rispetto ad altre tecniche di rilassamento.

Indipendentemente dal tipo di attività svolta, questo studio sottolinea l'importanza della motivazione del paziente a mantenere uno stile di vita attivo, la cui assenza è un sintomo negativo tipico della patologia. Ed è perciò compito del fisioterapista stimolare la motivazione dei pazienti attraverso obbiettivi intrinseci ed estrinseci: essi infatti devono essere consapevoli dei vantaggi di uno stile di vita attivo (obbiettivi estrinseci) così come dei pericoli di una vita sedentaria, mentre la componente intrinseca può essere promossa permettendo di scegliere le attività ritenute più piacevoli.

Nello specifico i processi che portano all'incremento della motivazione sono il controcondizionamento, la gestione del rinforzo e il controllo dello stimolo.

1. Il *controcondizionamento* si ottiene fornendo alternative a un comportamento malsano (es. fare una passeggiata piuttosto che fumare).
2. La *gestione del rinforzo* si ottiene fornendo un "premio" da se stessi o dagli altri quando si raggiunge un obbiettivo nell'ambito della fisioterapia.
3. Il *controllo dello stimolo* si ottiene promuovendo un comportamento corretto (es. posizionare scarpe da passeggio in un punto visibile.)

E' inoltre importante costruire l'esperienza di successo in un programma riabilitativo: stabilendo piccoli obbiettivi, il raggiungimento di questi può migliorare l'autoefficacia e, in ultima analisi, portare a livelli più elevati di attività fisica.

Stato di ansia, stress psicologico e risposte positive di benessere psicologico nelle persone con Schizofrenia: uno studio pilota

Un altro studio condotto dal gruppo di ricercatori dell'università di Leuven ha indagato l'efficacia dell'esercizio aerobico nel contrastare lo stato d'ansia e lo stress psicologico e migliorare il benessere psicologico nelle persone con schizofrenia.

Essendo noto che il peggioramento della sintomatologia è correlato allo stress e all'ansia è stato condotto uno studio pilota comparativo tra pazienti che hanno effettuato il trattamento riabilitativo e la condizione di controllo.

I risultati hanno evidenziato che dopo una singola seduta gli individui con schizofrenia o disturbo schizoaffettivo hanno mostrato una diminuzione significativa dello stato d'ansia, dello stress psicologico e un incremento del benessere soggettivo. Tuttavia ulteriori studi dovranno dimostrare se tali benefici possono essere tradotti in outcome comportamentali

Il primo aspetto è stato indagato attraverso il SAI (State Anxiety Inventory) il cui punteggio va da 20 a 80 e più è alto maggiore è lo stato d'ansia percepito.

Lo stress psicologico e il benessere soggettivo sono stati valutati invece attraverso la scala di esperienze di esercizio soggettivo (SEES- Subjective Exercise Experiences Scale).

Esse sono state somministrate 5 minuti prima e immediatamente dopo il completamento della sessione.

8.2 Fisioterapia e depressione

Esercizio come trattamento per la depressione: metanalisi

Gli effetti della fisioterapia e dell'esercizio sulla depressione sono stati oggetti di dibattito nonostante siano suggeriti come potenziali trattamenti per la depressione e incorporati nelle linee guida come approccio complementare per le malattie di gravità da lieve a moderata.

Diverse meta-analisi hanno dimostrato che la fisioterapia è un trattamento efficace per la depressione, tuttavia approcci diversi, l'eterogeneità e i piccoli campioni degli studi fanno sì che permanga l'incertezza sugli effetti dell'esercizio sulla depressione.

La presente revisione condotta da Felipe Barreto Schuch, Davy Vancampfort, Justin Richards, Simon Rosenbaum, Philip B. Ward, Brendon Stubbs di diversi centri universitari, europei e non, si propone di affrontare queste limitazioni con l'obbiettivo di:

- Stabilire gli effetti aggiornati dell'esercizio sulla depressione confrontando quest'ultimo con il trattamento controllo non attivo
- Identificare i moderatori coinvolti attraverso analisi di meta-regressione includendo le caratteristiche del campione stesso

- Indagare l'entità degli effetti dell'esercizio considerando la qualità dello studio, la presenza di comorbilità cliniche ecc..

Criteri di inclusione

- Studi che includevano soltanto partecipanti adulti con diagnosi primaria di MDD, altri disturbi depressivi o con sintomi depressivi sovrasoglia determinati da una misura di screening convalidata (es HAM-D, BDI).

- Studi nei quali sono stati valutati i sintomi della patologia prima e dopo l'intervento o hanno riportato una media o una deviazione standard significativa utilizzando una misura convalidata.

- RCT che indagano l'esercizio inteso come attività fisica pianificata, ripetitiva e intenzionale: ovvero il miglioramento o il mantenimento di una o più componenti dell'attività fisica è un obbiettivo dello studio

- Studi che includono un gruppo controllo non attivo quale: cure standard, pillole placebo o altre attività sociali.

Outcome

Il principale risultato di interesse è il cambiamento medio della sintomatologia durante e dopo la seduta di fisioterapia, valutato da qualsiasi scala convalidata (es.HAM-D), rispetto alla variazione media del gruppo di controllo.

Metanalisi

A causa dell'eterogeneità prevista è stata effettuata una meta-analisi di effetti casuali. In primo luogo è stata calcolata la differenza media standard in tutti gli studi per stabilire gli effetti dell'esercizio sulla depressione utilizzando il software completo di metanalisi.

E' stata successivamente condotta un'analisi calcolando gli effetti dell'esercizio sulla depressione soltanto negli studi ad alta qualità.

In seguito è stata effettuata un'analisi di meta-regressione per indagare i potenziali moderatori degli effetti antidepressivi dell'esercizio; quest'ultimi sono stati scelti a priori secondo la letteratura precedente e comprendono: sesso, età, uso di farmaci, frequenza durata e intensità dell'intervento settimanale e il tasso di abbandono.

Infine è stata condotta un'analisi dei sottogruppi per confrontare la risposta all'esercizio in base alla diagnosi di depressione, al setting dello studio, tipo e qualità della pubblicazione, la presenza o meno di supervisione.

Risultati

Tra i 25 studi, sono stati inclusi 1487 adulti con depressione, di cui 757 e 730 sono stati randomizzati rispettivamente alle condizioni di esercizio e di controllo. L'età media variava da 18,4 a 76,4 anni.

I dati raccolti da 25 studi hanno mostrato un notevole miglioramento significativo a favore del trattamento.

In particolare gli studi i cui partecipanti includevano pazienti con MDD hanno presentato una maggiore diminuzione della sintomatologia tipica e gli studi che valutavano l'attività aerobica di moderata o vigorosa intensità con supervisione da professionisti qualificati dell'esercizio fisico sono risultati associati a maggiore efficacia.

E' stato inoltre dimostrato che fattori quali l'età media, il sesso, l'uso di farmaci antidepressivi, i sintomi depressivi di base, la frequenza delle sessioni di attività e la durata della prova non hanno moderato l'effetto antidepressivo dell'esercizio.

I dati di 25 studi hanno riscontrato un miglioramento di -4,52 punti e di -6,46 punti sulle scale HAM-D e BDI rispettivamente. Un'analisi della sensibilità che include solo studi in pazienti MDD ha stabilito un miglioramento medio di sintomi depressivi di -5,07 punti.

Discussione

Questa metanalisi ha dimostrato un significativo effetto antidepressivo dell'esercizio sulla depressione quando confrontata a condizioni di controllo non attivo e principalmente nella MDD e sarebbero necessari oltre 1000 studi negativi per annullare questo risultato.

Inoltre le analisi dimostrano che errori nella pubblicazione hanno portato a una sottovalutazione degli effetti positivi dell'attività fisica in questa popolazione.

Tali effetti sono risultati maggiori nei pazienti ambulatoriali, senza comorbidità cliniche e quando supervisionati da professionisti sanitari qualificati; in quest'ultimo caso è stato riscontrato un tasso di abbandono più basso evidenziando l'importanza di una formazione adeguata di professionisti.

In conclusione i risultati di questa metanalisi forniscono una solida evidenza che l'esercizio fisico può essere considerato un trattamento efficace dimostrato dall'evidenza scientifica per la gestione della depressione. Le differenze nell'entità degli effetti sono dovute principalmente a tre fattori:

1. I criteri di inclusione
2. Il test statistico utilizzato per valutare l'ES
3. L'inclusione di prove più recenti

Il trattamento riabilitativo migliora la salute sia fisica che mentale dei pazienti con depressione maggiore

Un altro studio condotto da Jan Knapen, Davy Vancampfort et al. pubblicato sul giornale "Disability and Rehabilitation" ha dimostrato che la fisioterapia migliora la salute sia fisica che mentale dei pazienti con depressione maggiore.

Lo scopo dello studio in questione era quello di presentare linee guida per l'attività fisica nei pazienti depressi derivate da recenti metanalisi e i risultati dimostrano che per la depressione da lieve a moderata l'effetto dell'esercizio fisico può essere paragonabile ai farmaci antidepressivi e alla psicoterapia; per la depressione grave invece sembra essere un valido trattamento complementare a quello tradizionale.

Inoltre la depressione è associata ad un'alta incidenza di comorbilità somatiche, soprattutto malattie cardiovascolari, diabete di tipo II e sindrome metabolica e l'esercizio ha un ruolo importante nella prevenzione e nel trattamento di queste malattie.

Oltre a ciò questo studio evidenzia che l'attività fisica migliora anche l'immagine corporea, le strategie di coping per affrontare lo stress, la qualità della vita e l'indipendenza nelle attività della vita quotidiana.

Vi sono diverse ipotesi sui meccanismi fisiologici e psicologici attraverso i quali l'esercizio ha un impatto sulla salute mentale e fisica quali il potenziamento della sintesi di fattori neurotrofici, nonché del funzionamento cognitivo, dell'angiogenesi, neurogenesi e la neuroplasticità.

Gli autori hanno perciò concluso che l'esercizio è moderatamente più efficace di nessuna terapia per ridurre i sintomi della depressione, mentre non risulta né più né meno efficace dei farmaci antidepressivi e delle terapie psicologiche anche se questa conclusione si basa su un piccolo numero di studi.
Future ricerche dovranno tuttavia indagare quale tipo di attività e in quale dose presenta benefici maggiori.

Un'altra metanalisi del 2013 ha valutato gli effetti del training aerobico e del rinforzo muscolare come trattamento della depressione maggiore e ha concluso che l'attività fisica riduce moderatamente la sintomatologia in questi pazienti. In particolare i benefici erano maggiori nei pazienti di età superiore ai 60 anni, con sintomatologia lieve e il trattamento aerobico è risultato più efficace del rinforzo muscolare.

Per cui è ragionevole che in alcuni casi l'esercizio fisico possa essere considerato un'alternativa ai farmaci antidepressivi per il trattamento della depressione lieve nelle persone anziane e ciò potrebbe contribuire a ridurre l'uso di farmaci e i ricoveri ospedalieri oltre che a promuovere l'indipendenza nelle attività della vita quotidiana.

Tuttavia sviluppare una programma di esercizi per le persone con depressione differisce dagli individui sani. Per questo motivo i fisioterapisti dovrebbero essere consapevoli che alcune caratteristiche che contraddistinguono tale popolazione (es. fatica generalizzata, perdita di interesse, motivazione, energia ecc..) e alcune problematiche di natura fisica interferiscono con la partecipazione all'esercizio, per cui per impostare un adeguato programma è necessario:

1. una stratificazione del rischio per i pazienti con comorbilità somatiche
2. una valutazione dell'idoneità fisica e dello sforzo percepito durante l'esercizio

3. un inventario delle barriere e dei benefici percepiti verso la partecipazione dell'esercizio

E' inoltre fondamentale includere nel trattamento strategie motivazionali per migliorare sia la motivazione che la l'aderenza a lungo termine nel trattamento considerando le diverse componenti della patologia in questione

8.3 Fisioterapia e disturbo bipolare

Revisione dell'attività fisica correlata nei pazienti con disturbo bipolare

L'interesse degli interventi di attività fisica nei pazienti con disturbo bipolare sta crescendo: gli studi esistenti suggeriscono che essi possono avere un ruolo nella promozione della salute mentale e fisica nei pazienti con disturbo bipolare in quanto possono avere effetto ansiolitico, antidepressivo e neurocognitivo positivo.

Le raccomandazioni sull'attività fisica sono incluse nelle linee guida per il trattamento del disturbo bipolare, tuttavia c'è un dibattito continuo sulla posologia (frequenza, intensità e durata) e sul tipo di attività (esercizi strutturati, educazione a un adeguato stile di vita ecc..) necessaria per i benefici attesi. Tuttavia si consiglia di effettuare almeno mezz'ora di attività fisica nella maggior parte dei giorni della settimana.

La presente recensione valuta sistematicamente gli studi effettuati in quest'ambito.

I fattori associati all'aderenza a programmi di attività fisica indagati sono: demografici, biologici, psicologici/cognitivi/emotivi, comportamentali, sociali/culturali, l'ambiente fisico e fattori politici.

Risultati

Dopo la ricerca sono stati inclusi 11 studi nella revisione per un totale di 13,426 pazienti con disturbo bipolare. Per quanto riguarda la misura dell'attività fisica in nove studi si trattava di self-report non convalidati, in uno vi era un self-report supportato empiricamente e in un altro ancora vi era una misura oggettiva.

Correlazioni dell'attività fisica nel disturbo bipolare

Fattori demografici: soltanto l'età avanzata, lo status di minoranza etnica, il livello di istruzione inferiore e le difficoltà finanziarie sono risultate associate a una minore partecipazione al trattamento riabilitativo.

Fattori biologici: soltanto BMI più alto e la presenza di comorbilità mediche sono risultate associate a una minore partecipazione all'attività fisica; non è stata riscontrata nessuna associazione con l'uso di farmaci antipsicotici nei dodici mesi precedenti.

Fattori psicologici, cognitivi ed emotivi: sono state riportate associazioni positive solo tra autoefficacia (fiducia della persona nella capacità di essere fisicamente attiva regolarmente) e la partecipazione all'attività fisica. Non è stato riscontrato nessun effetto per depressione attuale e precedente, sintomi cognitivi e altri sintomi psichiatrici.

Fattori comportamentali: non è stata riscontrata alcuna associazione

Fattori sociali: soltanto due studi hanno indagato quest'ultimi constatando che i pazienti che percepivano di non avere alcun supporto sociale hanno riportato livelli inferiori di partecipazione

Ambiente fisico: soltanto uno studio ha indagato quest'ultimo suggerendo che la connessione con un'assistenza sanitaria era associata a livelli di attività fisica più elevati.

Fattori politici: non sono state riscontrate associazioni.

Discussione

Perciò i correlati identificati associati a un più basso livello di attività fisica sono: età avanzata, minore autoefficacia, presenza di comorbilità mediche, minore stato educativo, isolamento sociale, elevato BMI, problematiche finanziarie e assenza di legame a un servizio di assistenza sanitaria.

La conoscenza di questi fattori permette quindi di identificare i pazienti ad alto rischio che necessitano interventi mirati.

Ulteriori studi sono necessari per identificare i fattori correlati a una buona adesione al trattamento caratteristici dei pazienti con disturbo bipolare, testare ulteriormente queste

variabili in studi prospettici ed utilizzare i risultati per sviluppare interventi mirati che devono essere valutati rigorosamente.

Vi sono tuttavia diverse limitazioni in questa ricerca che devono essere conosciute: innanzitutto la diversità nelle misure dell'attività fisica e nei campioni dei pazienti ha impedito di eseguire una metanalisi. La misurazione oggettiva dei livelli di attività fisica pone molte sfide, in quanto la compilazione completa dei questionari di autovalutazione presuppone una motivazione attiva del paziente e attualmente nessun questionario è stato convalidato nei pazienti con disturbo bipolare.

Inoltre gli studi analizzati sono trasversali precludendo la capacità di dedurre relazioni causali tra i correlati ipotizzati e l'attività fisica, anche se quest'ultimi sono mezzi efficienti ed empirici per valutare molti potenziali correlati, fornendo prove che devono essere ulteriormente analizzate in studi prospettici.

9. Valutazione del paziente con disturbo mentale

Nella valutazione di un paziente con problematiche inerenti la salute mentale è importante considerare più aspetti in modo tale da rilevare non soltanto segni e sintomi psichiatrici, ma anche neurologici e somatici, e soprattutto in modo tale da considerare la persona nella sua globalità e non soltanto la patologia e ciò che essa comporta.

9.1 Anamnesi

L'anamnesi consiste nella raccolta di informazioni che possono essere utili per il trattamento riabilitativo: esse infatti sono solo in parte sono contenute nella cartella clinica, per cui è importante un colloquio direttamente con il paziente, che generalmente rappresenta la fonte principale, la cui attendibilità varia però in funzione della patologia. E' prassi comune tuttavia consultare altre fonti, quali familiari, amici, colleghi ecc.., dopo ovviamente aver chiesto al paziente il consenso di coinvolgere altre persone. Sono infatti necessarie più fonti per rispettare i criteri di completezza, oggettività ed attendibilità

Le finalità principali sono l'inquadramento diagnostico, la scelta terapeutica, l'elaborazione di ipotesi prognostiche sul decorso della patologia.

L'anamnesi si distingue principalmente in prossima e remota e in quest'ambito la prima è volta a indagare quando e come è iniziato l'attuale episodio, come i sintomi sono progrediti nel tempo, eventuali trattamenti seguiti e l'uso di sostanze o alcol; la seconda invece indaga tutti gli episodi precedenti, con particolare riferimento alla sintomatologia, a eventuali fattori precipitanti, precedenti trattamenti e risposte ed eventuali ricoveri pregressi.

E' importante inoltre l'anamnesi personale il cui obbiettivo è descrivere eventi di vita significativi nella storia del paziente (che possano aver più o meno condizionato la sintomatologia psichiatrica) ed eventuali cambiamenti del livello di funzionamento; vi è poi l'anamnesi internistica che analizza la presenza di patologie somatiche pregresse o in atto con relativi trattamenti, o interventi chirurgici precedenti o recenti, particolare importante in quanto vi possono essere alcune controindicazioni al trattamento in generale o ad alcune sue attività o vi possono essere comorbidità che influenzano lo stesso.

9.2 Valutazione generale

Peso corporeo

In diversi disturbi mentali si riscontrano alterazioni del peso corporeo: ad esempio il paziente depresso può andare incontro sia a calo ponderale a causa della diminuzione dell'appetito sia ad aumento del peso nelle forme di depressione atipica che prevedono una tendenza all'iperfagia. Nel Disturbo Bipolare il peso corporeo si modifica invece secondo le oscillazioni del tono dell'umore (incremento nella fase maniacale e riduzione nella fase depressiva).

Inoltre il sovrappeso e l'obesità possono rappresentare gli effetti collaterali di terapie con neurolettici, alcuni antidepressivi e stabilizzatori dell'umore oltre che la conseguenza di uno stile di vita sedentario, tipico di questa popolazione.

Abbigliamento e cura della persona:

Se ben interpretati possono fornire indicazioni sulla personalità e sullo stato psichico della persona. Infatti l'aspetto trascurato può presentarsi in molteplici disturbi mentali, principalmente nel paziente depresso o schizofrenico, mentre il paziente affetto da disturbi dello spettro ansioso è solitamente molto curato e ordinato; i pazienti affetti da dismorfofobia invece spesso mettono in opera condotte rivolte a camuffare le loro presunte deformità.

Mimica:

La mimica è l'espressione non verbale determinata dai movimenti del volto, per lo più istintiva ed involontaria e perciò difficilmente dissimulabile. Si può riscontrare:

- ipomimia/amimia: può essere dovuta gravi disturbi psichici (schizofrenia catatonia, depressione melanconica ecc..) ma anche a problematiche di natura neurologica quali lesioni del nervo facciale o disturbi extrapiramidali.
- Paramimia o mimica discordante: mimica facciale inadeguata o incoerente rispetto alla situazione emotiva; oltre che nelle patologie psichiatriche si riscontra anche nelle lesioni piramidali o pseudobulbari.

9.3 Valutazione motoria

In quest'ambito è necessario esaminare la postura, l'andatura, la presenza di movimenti involontari e altri elementi indicativi di psicopatologia. Ma soprattutto cosa il soggetto è in grado di fare autonomamente e in cosa invece è necessario l'aiuto da parte di una persona esterna in quanto l'intervento del fisioterapista deve essere orientato al raggiungimento della massima autonomia possibile.

Le modificazioni dell'attività motoria che si possono riscontrare comprendono:

- Aumento dell'attività motoria (ipercinesia): a sua volta si distingue in iperattività (aumento dell'attività finalizzata tipico degli stati maniacali ed ipomaniacali) e agitazione (aumento dell'attività non finalizzata presente nei disturbi d'ansia e dell'umore).
- Acatisia: sindrome psicomotoria caratterizzata dall'incapacità soggettiva di stare fermi, irrequietezza, ansietà ed agitazione.
- Riduzione dell'attività motoria: rallentamento dei movimenti, dal lieve impaccio (ipocinesia) fino al blocco o arresto psicomotorio (acinesia)
- Impulsività: ridotta capacità di controllo su atti motori e comportamenti, espressione del mondo affettivo-pulsionale. Porta ad azioni improvvise, imprevedibili che in alcuni casi possono essere autoagressive ed eteroagressive
- Ecoprassia: imitazione spontanea di movimenti osservati e incapacità di reprimere questa tendenza
- Catatonia: sindrome caratterizzata da alterazioni motorie, negativismo, postura fissa e/o movimenti stereotipati, ecolalia (ripetizione automatica di parole) ed ecoprassia. Può manifestarsi anche la catalessia (flexibilitas cerea), condizione caratterizzata da rigidità ed iposensibilità al dolore, con la possibilità di far assumere passivamente al soggetto posizioni fisiche anche scomode per un certo periodo di tempo.

9.4 Linguaggio

In questo caso è necessaria una valutazione sia quantitativa che qualitativa. Nel primo caso si indagherà se vi è una riduzione dell'eloquio con risposte brevi e monosillabiche o se al contrario vi è un linguaggio ridondante con eccessiva produzione verbale. Nel secondo caso si analizza invece la fluenza del linguaggio (eloquio lento, rapido, incalzante, assente o mutismo), l'intonazione della voce o fonazione, la forma e l'articolazione.

Ovviamente deve essere effettuata una diagnosi differenziale con eventuali patologie neurologiche che possono provocare disturbi del linguaggio quali disartria o afasia.

9.5 Coscienza e capacità cognitive

La coscienza è lo stato di consapevolezza di se stessi, del proprio mondo interno, del proprio corpo e dell'ambiente esterno. Spesso nelle patologie psichiatriche vi è un'alterazione dello stato di coscienza di vario grado che compromette significativamente l'adesione e l'esecuzione del trattamento riabilitativo.

L'*attenzione* è il processo cognitivo che permette di selezionare alcuni stimoli ambientali e ignorarne altri, corrisponde perciò alla facoltà di avvertire/percepire coscientemente gli eventi che accadono nell'ambiente esterno ed interno; la *memoria* è la funzione della psiche che consente di fissare ed immagazzinare informazioni (concernenti il mondo intorno a noi e la nostra esperienza di esso) e riportarli alla coscienza collocandoli nel corretto spazio-temporale e si distingue in memoria a breve e lungo termine.

L'intelligenza è invece l'insieme della capacità cognitive che consentono di capire, ricordare, utilizzare ed integrare conoscenze precedenti e gli elementi del pensiero attuale per affrontare e risolvere situazioni nuove

Sensopercezione

La sensopercezione o percezione sensoriale è un processo tramite il quale gli stimoli sensoriali sono portati alla coscienza, riconosciuti, confrontati con altri, collocati in parametri spazio-temporali e infine interpretati.

Vi possono essere alterazioni in termini di quantità con iperestesie/ipoestesie, rispettivamente positiva e negativa, o in termini di qualità con illusioni/ allucinazioni. Le prime consistono in percezioni alterate di uno stimolo sensoriale reale, mentre le seconde consistono nella percezione sensoriale non associata a stimoli esterni reali; quest'ultime generalmente sono classificate in base al canale sensoriale coinvolto in uditive, visive, olfattive, gustative e somatiche.

Insight

L'insight è il grado di consapevolezza e di comprensione che il soggetto ha della propria malattia. I soggetti con disturbi psichiatrici possono infatti avere un grado variabile di alterazione dell'esame di realtà, definibile come consapevolezza completa, parziale o incompleta di essere affetti da un disturbo mentale.

Per una valutazione adeguata è necessario analizzare tutte queste componenti, che possono avere un ruolo importante nell'implementazione di un programma riabilitativo adeguato, che consideri la persona nel suo insieme, non focalizzandosi soltanto su un singolo aspetto. Ciò vale per tutti i pazienti, ma in particolare per questa popolazione, che risulta estremamente complessa.

10. Scale di valutazione in psichiatria

Le scale di valutazione rappresentano uno strumento che consente di misurare l'efficacia terapeutica. Esse tuttavia per essere considerate affidabili devono soddisfare alcuni criteri:

1. **Obiettività** (indipendenza dal clinico): i dati raccolti devono essere applicati, valutati ed interpretati indipendentemente dall'esperienza dell'esaminatore
2. **Affidabilità** (Reiability): identifica la correttezza della misurazione di una caratteristica da valutare.
3. **Validità**: una metodica è valida quando effettivamente misura la caratteristica in osservazione
4. **Standardizzazione**: dati grezzi devono essere riconducibili a precisi valori standard.
5. **Confrontabilità**: la disponibilità di uno o più test paralleli o di test simili permette un controllo della validità e dell'affidabilità.
6. **Economia**: richiede breve tempo di esecuzione, necessita poco materiale di consumo, deve essere di facile esecuzione e valutazione
7. **Utilità**: l'evidente esigenza che un metodo diagnostico sia utile a fini pratici implica che nessun altro strumento a disposizione sia applicabile in quelle condizioni
8. **Sensibilità**: numero di persone alle quali è ascrivibile la condizione indagata e che effettivamente vengono riconosciute tali dal test, in rapporto all'incidenza della condizione nella popolazione (espressa in %)
9. **Specificità**: numero di persone alle quali non è scrivibile la condizione indagata e che effettivamente vengono valutate negative (espressa in %)

Sono state sviluppate scale di valutazione specifiche che indagano la sintomatologia psichiatrica quali ad esempio la Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) e il Beck Depression Inventory (BPI) per la depressione.

Tuttavia come misura di outcome vengono anche utilizzate scale generali, adottate in numerose altre condizioni, non solo psichiatriche, come la scala di Borg, il Six minutes walking test o l'international physical activity questionnaire.

Scala di borg

La scala di percezione dello sforzo, chiamata anche scala di Borg o RPE (Rated of Perceveid Exertion) viene utilizzata per valutare la percezione soggettiva dello sforzo fisico in relazione all'entità o intensità dello stesso durante l'attività fisica.
Essa è stata ampiamente riconosciuta come parametro attendibile e affidabile per registrare lo sforzo durante l'esercizio fisico e può essere applicata come sistema

integrativo assieme alla misurazione diretta dell'intensità dello sforzo o anche da sola senza alcun monitoraggio diretto.

Scala di Borg		% FC max	%VO2 max
6	**Fatica nulla** (seduto)	20%	30%
7	**Estremamente leggero** (movimento facile)	30%	
8	//	40%	
9	**Molto leggero** (camminata rilassata)	50%	
10	//	55%	30 – 49%
11	**Leggero** (riscaldamento blando)	60%	
12	//	65%	50 – 75%
13	**Un po' pesante** (intensità più impegnativa)	70%	
14	//	75%	75 – 84 %
15	**Pesante** (intensità impegnativa)	80%	
16	//	85%	
17	**Molto pesante** (intensità molto impegnativa)	90%	≥85%
18	//	95%	
19	**Estremamente pesante** (intensità molto alta, difficile da mantenere)	100%	
20	**Massimo sforzo** (intensità impossibile da mantenere)	**ESAURIMENTO**	

Le seguenti scale di valutazione sono gli strumenti convalidati nei pazienti con schizofrenia: il six minutes walking test e l'international physical activity questionnaire.

Six minutes walking test

E' un test che permette di misurare la capacità funzionale residua di un paziente. Viene richiesto di camminare ininterrottamente all'interno di un percorso lineare prestabilito della lunghezza di 30 metri, scegliendo autonomamente l'andatura per 6 minuti e al termine di essi l'esaminatore misura la distanza percorsa.

In caso di comparsa o incremento di segni e sintomi (es. affaticamento o dispnea) si specifica al paziente che può fare delle pause, ma il tempo continuerà a scorrere e se in grado potrà riprendere il test fino alla scadenza dei 6 minuti (registrare momento e durata della pausa/e).

Indicazioni generali:

- Misurare prima e dopo il test PA, FC, SpO2 e somministrare scala di Borg
- Aggiornare il paziente sullo scorrere del tempo (1 min - 3 min -5 min) ed incoraggiarlo se necessario

International physical activity questionnaire (IPAQ)

E' un questionario costituito da 27 item validato a livello internazionale che valuta l'attività fisica svolta negli ultimi 7 giorni.

Nello specifico è costituito da 5 parti e che valutano attività fisica svolta:

1. Durante le ore di lavoro
2. Per spostarsi
3. Nei lavori casalinghi, nel mantenimento della casa e nella cura della famiglia
4. In attività Ricreative, sport e tempo libero
5. Tempo passato seduto

La quantità di attività fisica svolta posiziona il paziente in una di 3 categorie: bassa/ Inattivo, moderata, alta.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

E' la scala di valutazione della depressione più ampiamente utilizzata. La versione originale contiene 17 elementi relativi ai sintomi della depressione sperimentati nella settimana passata.

Sebbene sia stata progettata per il completamento dopo un colloquio clinico non strutturato, attualmente sono disponibili guide per interviste semi-strutturate. Originariamente è stata sviluppata per i pazienti ricoverati, da cui deriva l'enfasi sui sintomi malinconici e fisici della depressione.

Un suo limite è dato dal fatto che non valuta i sintomi atipici della depressione (es. ipersonnia, iperfagia ecc..)

Il metodo per il punteggio varia in base alla versione: per l'HDRS17 un punteggio nel range di 0-7 è generalmente ritenuto 'normale' (o in remissione clinica), mentre un punteggio maggiore o uguale a 20 (gravità moderata) è richiesto per l'ingresso in una sperimentazione clinica.

Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

PLEASE COMPLETE THE SCALE BASED ON A STRUCTURED INTERVIEW

Instructions: for each item select the one "cue" which best characterizes the patient. Be sure to record the answers in the appropriate spaces (positions 0 through 4).

1 DEPRESSED MOOD *(sadness, hopeless, helpless, worthless)*
- 0 |__| Absent.
- 1 |__| These feeling states indicated only on questioning.
- 2 |__| These feeling states spontaneously reported verbally.
- 3 |__| Communicates feeling states non-verbally, i.e. through facial expression, posture, voice and tendency to weep.
- 4 |__| Patient reports virtually only these feeling states in his/her spontaneous verbal and non-verbal communication.

2 FEELINGS OF GUILT
- 0 |__| Absent.
- 1 |__| Self reproach, feels he/she has let people down.
- 2 |__| Ideas of guilt or rumination over past errors or sinful deeds.
- 3 |__| Present illness is a punishment. Delusions of guilt.
- 4 |__| Hears accusatory or denunciatory voices and/or experiences threatening visual hallucinations.

3 SUICIDE
- 0 |__| Absent.
- 1 |__| Feels life is not worth living.
- 2 |__| Wishes he/she were dead or any thoughts of possible death to self.
- 3 |__| Ideas or gestures of suicide.
- 4 |__| Attempts at suicide (any serious attempt rate 4).

4 INSOMNIA: EARLY IN THE NIGHT
- 0 |__| No difficulty falling asleep.
- 1 |__| Complains of occasional difficulty falling asleep, i.e. more than ½ hour.
- 2 |__| Complains of nightly difficulty falling asleep.

5 INSOMNIA: MIDDLE OF THE NIGHT
- 0 |__| No difficulty.
- 1 |__| Patient complains of being restless and disturbed during the night.
- 2 |__| Waking during the night – any getting out of bed rates 2 (except for purposes of voiding).

6 INSOMNIA: EARLY HOURS OF THE MORNING
- 0 |__| No difficulty.
- 1 |__| Waking in early hours of the morning but goes back to sleep.
- 2 |__| Unable to fall asleep again if he/she gets out of bed.

7 WORK AND ACTIVITIES
- 0 |__| No difficulty.
- 1 |__| Thoughts and feelings of incapacity, fatigue or weakness related to activities, work or hobbies.
- 2 |__| Loss of interest in activity, hobbies or work – either directly reported by the patient or indirect in listlessness, indecision and vacillation (feels he/she has to push self to work or activities).
- 3 |__| Decrease in actual time spent in activities or decrease in productivity. Rate 3 if the patient does not spend at least three hours a day in activities (job or hobbies) excluding routine chores.
- 4 |__| Stopped working because of present illness. Rate 4 if patient engages in no activities except routine chores, or if patient fails to perform routine chores unassisted.

8 RETARDATION (slowness of thought and speech, impaired ability to concentrate, decreased motor activity)
- 0 |__| Normal speech and thought.
- 1 |__| Slight retardation during the interview.
- 2 |__| Obvious retardation during the interview.
- 3 |__| Interview difficult.
- 4 |__| Complete stupor.

9 AGITATION
- 0 |__| None.
- 1 |__| Fidgetiness.
- 2 |__| Playing with hands, hair, etc.
- 3 |__| Moving about, can't sit still.
- 4 |__| Hand wringing, nail biting, hair-pulling, biting of lips.

10 ANXIETY PSYCHIC
- 0 |__| No difficulty.
- 1 |__| Subjective tension and irritability.
- 2 |__| Worrying about minor matters.
- 3 |__| Apprehensive attitude apparent in face or speech.
- 4 |__| Fears expressed without questioning.

11 ANXIETY SOMATIC (physiological concomitants of anxiety) such as:
gastro-intestinal – dry mouth, wind, indigestion, diarrhea, cramps, belching
cardio-vascular – palpitations, headaches
respiratory – hyperventilation, sighing
urinary frequency
sweating
- 0 |__| Absent.
- 1 |__| Mild.
- 2 |__| Moderate.
- 3 |__| Severe.
- 4 |__| Incapacitating.

12 SOMATIC SYMPTOMS GASTRO-INTESTINAL
- 0 |__| None.
- 1 |__| Loss of appetite but eating without staff encouragement. Heavy feelings in abdomen.
- 2 |__| Difficulty eating without staff urging. Requests or requires laxatives or medication for bowels or medication for gastro-intestinal symptoms.

13 GENERAL SOMATIC SYMPTOMS
- 0 |__| None.
- 1 |__| Heaviness in limbs, back or head. Backaches, headaches, muscle aches. Loss of energy and fatigability.
- 2 |__| Any clear-cut symptom rates 2.

14 GENITAL SYMPTOMS (symptoms such as loss of libido, menstrual disturbances)
- 0 |__| Absent.
- 1 |__| Mild.
- 2 |__| Severe.

15 HYPOCHONDRIASIS
- 0 |__| Not present.
- 1 |__| Self-absorption (bodily).
- 2 |__| Preoccupation with health.
- 3 |__| Frequent complaints, requests for help, etc.
- 4 |__| Hypochondriacal delusions.

16 LOSS OF WEIGHT *(RATE EITHER a OR b)*

a) According to the patient:	b) According to weekly measurements:
0 |__| No weight loss.	0 |__| Less than 1 lb weight loss in week.
1 |__| Probable weight loss associated with present illness.	1 |__| Greater than 1 lb weight loss in week.
2 |__| Definite (according to patient) weight loss.	2 |__| Greater than 2 lb weight loss in week.
3 |__| Not assessed.	3 |__| Not assessed.

17 INSIGHT
- 0 |__| Acknowledges being depressed and ill.
- 1 |__| Acknowledges illness but attributes cause to bad food, climate, overwork, virus, need for rest, etc.
- 2 |__| Denies being ill at all.

Total score: |__|__|

This scale is in the public domain.

Beck Depression Inventory (BDI)

E' un questionario che ha lo scopo di valutare la presenza e l'intensità della sintomatologia depressiva e come tale può essere suscettibile di richieste contestuali. Le persone che lo somministrano devono essere consapevoli di eventuali limitazioni fisiche che potrebbero compromettere la capacità del paziente di rispondere agli item o che potrebbero influenzare il punteggio finale.

Contiene 13 voci differenti e viene chiesto al paziente di scegliere tra le 4 frasi quella che meglio descrive il suo stato d'animo.

Il cutoff clinicamente significativo è 15/16: un punteggio > 15 indica la probabile presenza di sintomi depressivi.
Nello specifico un punteggio di 10.9 è associato a minima depressione, di 18.7 a lieve depressione, di 25.4 a moderata depressione e 30.0 a grave depressione.

Pur essendo uno strumento molto utile sono stati descritti alcuni limiti: elevata difficoltà degli item, validità fattoriale controversa, instabilità dei punteggi su brevi intervalli di tempo e scarsa validità discriminante contro l'ansia. L'alta validità di contenuto, di differenziazione tra pazienti depressi e non depressi, la sensibilità al cambiamento e la diffusione internazionale costituiscono invece vantaggi importanti.

È importante che legga tutte le affermazioni di un gruppo prima di rispondere.

1.

0 Non mi sento triste

1 Mi sento triste

2 Sono sempre più triste e non riesco ad uscire

3 Sono così triste o infelice che non riesco a sopportarlo

2.

0 Non sono praticamente pessimista o scoraggiata/o per il futuro

1 Mi sento scoraggiata/o per il futuro

2 Ho la sensazione di non avere nulla a cui tenere

3 Ho la sensazione che il futuro è disperato o che le cose non possono migliorare

3.

0 Non mi sento una/un fallita/o

1 Ho la sensazione di aver fallito più di quanto in genere fallisca la gente

2 Se ripenso alla mia vita, riesco a vedere solo una serie di fallimenti

3 Ho la sensazione di essere un fallimento totale come persona

4.

0 Traggo dalle cose la soddisfazione che ho sempre tratto

1 Non mi godo le cose come facevo un tempo

2 Non traggo più una vera soddisfazione da nulla

3 Sono insoddisfatta/o o annoiata/o di tutto

5.

6.

0 Non mi sento particolarmente in colpa

1 Mi sento in colpa per buona parte del tempo

2 Mi sento in colpa per la maggior parte del tempo

3 Mi sento in colpa sempre

0 Non ho la sensazione di essere punita/o

1 Sento che non posso essere punita/o

2 Mi sento di essere punita/o

3 Ho la sensazione di essere punita/o

7.

8.

0 Non mi sento delusa/o da me stessa/o

1 Mi sento delusa/o da me stessa/o

2 Sono disgustata/o da me stessa/o

3 Odio me stessa/o

0 Sento che non sono in alcun modo peggiore degli altri

1 Mi critico per le mie debolezze o per i miei errori

2 Mi accuso sempre per i miei errori

3 Mi accuso sempre per tutte le cose brutte che accadono

9.

10.

0 Non penso mai ad uccidermi

1 Mi piacerebbe uccidermi

3 Mi ucciderei se ne avessi l'occasione

0 Non piango più del solito

1 Ora piango più che in passato

2 Ora piango continuamente

3 Un tempo riuscivo a non piangere, ma ora non ci riesco anche se voglio

11.

12.

0 Non sono più irritata/o del solito

1 Mi infastidisco e mi irrito più facilmente di un tempo

2 Mi sento continuamente irritata/o

3 Non mi irrito affatto per le cose che un tempo mi irritavano

0 Non ho perso interesse per le altre persone

1 Ora ho meno interesse che nel passato per le altre persone

2 Ho perso la maggior parte dell'interesse per le altre persone

3 Ho perso completamente interesse per le altre persone

13.

14.

0 Prendo le decisioni quasi come al solito

1 Rimando le decisioni più di quanto non facessi in passato

2 Ho una difficoltà maggiore di prima nel prendere le decisioni

3 Non riesco più a prendere alcuna decisione

0 Non credo di avere un aspetto peggiore di prima

1 Sono preoccupato di apparire vecchia/o o spiacevole

2 Ho la sensazione che ci siano delle modificazioni permanenti nel mio aspetto

che mi fanno apparire spiacevole

3 Credo di apparire brutto

15.

0 Riesco a lavorare quasi come prima

1 Mi ci vuole uno sforzo in più per cominciare a fare qualcosa

2 Devo spronare fortemente me stessa/o per fare qualcosa

3 Non riesco a lavorare per niente

16.

0 Dormo bene come al solito

1 Non dormo bene come al solito

2 Mi sveglio una o due ore prima del solito e mi riesce difficile riaddormentarmi

3 Mi sveglio molte ore prima del solito

17.

0 Non mi stanco più del solito

1 Mi stanco più facilmente di un tempo

2 Mi stanco non facendo quasi niente

3 Sono troppo stanca/o per alcunché

18.

0 Non ho meno appetito del solito

1 Non ho un buon appetito come una volta

2 Ora ho molto meno appetito

3 Ora non ho più appetito per niente

19.

0 Di recente ho perso poco o niente peso

1 Di recente ho perso più di due chili

2 Di recente ho perso più di quattro chili e mezzo

3 Di recente ho perso più di dieci chili e mezzo

20.

0 Non mi preoccupo della mia salute più del solito

1 Mi preoccupo per i problemi fisici come fitte e dolori, o per il mal di stomaco,

o per la stitichezza

2 Sono tanto preoccupata/o per problemi fisici schemi è difficile pensare ad

altre cose

3 Sono così presa/o dai miei problemi fisici da non poter pensare ad altro

21.

0 Non ho notato di recente alcun cambiamento riguardo al mio interesse per il sesso

1 Ho meno interesse di una volta per il sesso

2 Ho molto meno interesse per il sesso ora

3 Ho perso completamente interesse per il sesso

11.PROGRAMMA DI TRATTAMENTO RIABILITATIVO IN PSICHIATRIA

Dopo un adeguata valutazione si può impostare un programma di trattamento riabilitativo, che ovviamente deve essere personalizzato sulle caratteristiche di ciascun paziente.

Tuttavia essendo un ambito poco comune alla fisioterapia, ed essendo che tale tipologia di paziente presenta caratteristiche ed esigenze diverse rispetto a un paziente con problematiche di natura ortopedica o anche neurologica sono necessarie particolari doti comunicative e di relazione oltre a competenze puramente fisioterapiche.

Si tratta infatti di persone spesso con completa o parziale assenza di contatto con la realtà, assenza di motivazione, sottoposte a trattamento farmacologico con antipsicotici o neurolettici, spesso abituate a uno stile di vita sedentario e con frequenti comorbilità quali l'obesità. Per cui è compito del fisioterapista, oltre che impostare un programma corretto, sia per quanto riguarda la posologia che le attività proposte, motivare il paziente a intraprendere il trattamento e a mantenere i risultati dello stesso tramite uno stile di vita attivo.

Una delle maggiori difficoltà che si riscontra infatti in quest'ambito è quella di trattare persone per le quali il corpo è un aspetto secondario e in alcuni casi insignificante rispetto alla mente e i suoi pensieri; spesso vi è una vera e propria dissociazione tra mente e corpo che non vengono più percepiti come un'unità e il secondo, per affrontare i pensieri e ciò

che la prima impone, viene ignorato, trascurato e in alcuni casi lesionato, diventando la rappresentazione delle problematiche della sfera psichica.

Per questo motivo sono necessari fisioterapisti specializzati che abbiano soprattutto la capacità a comunicare con questa popolazione, far sì che possano comprendere l'importanza di avere e mantenere la consapevolezza e la coscienza del se corporeo, in quanto ciò può contribuire ad attenuare il distacco con la realtà e l'ossessività dei pensieri.

Il programma terapeutico in sé può essere estremamente vario e comprendere attività semplici e complesse, che possono e devono essere svolte sia nella fase acuta che cronica della patologia. Nella pratica clinica accade frequentemente difatti che nella fase acuta l'unico obbiettivo, anche da parte del personale sanitario, è quello di stabilizzare il disturbo psichico, non considerando assolutamente l'aspetto corporeo. Da qui l'importanza e la necessità di includere questa figura professionale anche nei reparti di servizio psichiatrico di diagnosi e cura la cui funzione è quella di accogliere i pazienti nella fase acuta.

Per definizione la infatti la fisioterapia consiste in un piano di attività progettate per facilitare la rieducazione da malattie e condizioni che compromettono, in maniera più o meno grave, la capacità motoria in se ma soprattutto interferiscono con le attività della vita quotidiana, ed essendo i disturbi mentali tra queste non può prescindere la figura del fisioterapista.

Essa comprende un numero molto ampio di attività quali la mobilizzazione passiva ed attiva, l'allungamento o stretching statico o dinamico, il rinforzo muscolare, il controllo posturale, le tecniche di rilassamento muscolare, la stimolazione della sensibilità propriocettiva, il training alla deambulazione, il training allo svolgimento delle ADL, l'addestramento del caregiver ecc..

Si può quindi impostare un programma volto più ad incrementare la resistenza o la forza, l'equilibrio, la coordinazione, l'agilità, la consapevolezza; a migliorare la sicurezza nella deambulazione o a incrementare l'autonomia nelle ADL a seconda della specifica situazione.

Tutte queste attività non sono specifiche di nessuna condizione: possono essere inserite in ogni trattamento adattandole ovviamente al quadro clinico, alle caratteristiche e alle

necessità del paziente, con l'obbiettivo di migliorare la funzione, rimediare o prevenire il danno, ottimizzare la salute generale e migliorare la forma fisica e il benessere generale.

Perciò questa definizione di fisioterapia non esclude da essa alcuna patologia, tanto meno quelle psichiatriche, dove queste problematiche hanno una rilevanza fondamentale ma nonostante ciò spesso non vengono considerate, perlomeno non nella giusta misura.

Perché questi obbiettivi siano raggiunti e il trattamento sia efficace il fisioterapista deve tuttavia :

- Provvedere a una gestione personalizzata e globale del paziente
- Implementare una varietà di interventi terapeutici complementari (es. mobilizzazione passiva ed allungamento prima dell'esercizio attivo)
- Basare l'intervento sulle evidenze scientifiche e sul ragionamento clinico
- Promuovere, per quanto possibile, l'indipendenza attraverso programmi di autogestione domiciliari e l'addestramento dei familiari

In ogni caso, indipendentemente dal tipo di trattamento applicato, l'obbiettivo finale, secondo il modello biopsicosociale o ICF, è l'inclusione sociale, ovvero far si che ciascuno possa svolgere un ruolo all'interno della società.

Tecniche

11.1 Stimolazione propriocezione

La propriocezione o cinestesia è la capacità di percepire e riconoscere la posizione del proprio corpo nello spazio e lo stato di contrazione dei propri muscoli senza il supporto della vista.

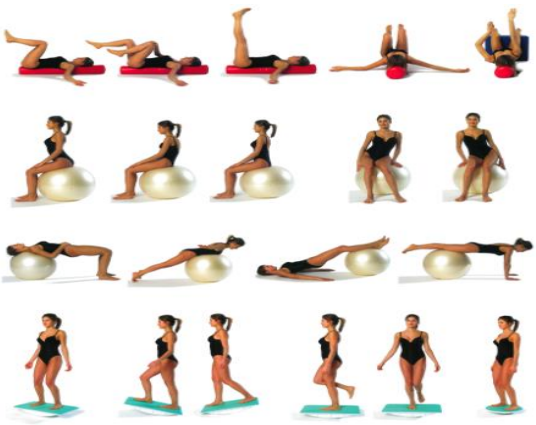
E' resa possibile dalla presenza di specifici recettori, chiamati propriocettivi o cinestetici, sensibili alle variazioni delle posture del corpo e dei segmenti corporei, che inviano impulsi che, attraverso il midollo spinale, giungono alle aree dell'encefalo deputate all'elaborazione delle informazioni sulla posizione e sul movimento, necessarie per l'esecuzione corretta del movimento stesso.

Essa assume un ruolo fondamentale nel complesso meccanismo alla base del movimento in quanto è coinvolta in tutte le fasi dello stesso: apprendimento, esecuzione, controllo e automatizzazione. Difatti la percezione di uno stimolo è diversa dalle caratteristiche fisiche dello stesso: il sistema nervoso opera un filtraggio delle informazioni in arrivo e le interpreta sulla base delle esperienze precedenti; percepire non vuol dire registrare direttamente ciò che avviene, ma costruire un'interpretazione per mezzo del sistema sensoriale e dell'esperienza.

Nei disturbi mentali per più fattori è un elemento che viene spesso a mancare ed è spesso l'approccio iniziale con questa tipologia di pazienti in quanto spesso vi è un'estraniazione dalla realtà non soltanto esterna ma anche interna e questo tipo di approccio aiuta a percepire nuovamente o in maniera più intensa le sensazioni del corpo, aiuta a percepire quest'ultimo come mezzo per raggiungere uno stato di benessere interno e non soltanto come una manifestazione di un disagio interno.

Attività volte a stimolare quest'ultima possono inoltre essere uno strumento efficace per iniziare a instaurare un rapporto con il paziente e guadagnare la sua fiducia in quanto spesso vi è un atteggiamento di sfiducia o di assenza di interesse verso la fisioterapia e in generale l'attività fisica, elemento che poi è imprescindibile per costruire un programma riabilitativo più complesso.

Si può stimolare tale facoltà in molteplici modi, anche chiedendo al paziente di percepire in modo attivo il movimento, chiedendo di chiudere gli occhi, di riferire i cambiamenti di un movimento rispetto ad un altro, su una superficie rispetto ad un'altra ecc.. Sono molto utili inoltre strumenti come le tavolette propriocettive, le palle Bobath, le overball ecc..



Un altro mezzo tramite cui stimolare tale facoltà è la respirazione: far percepire al paziente attivamente il riempimento e lo svuotamento di aria del torace, anche attraverso il tocco della mano, sia in posizione supina che seduta. Si tratta di un metodo che può essere molto utile gestione delle crisi d'ansia.

11.2 Movimento passivo

Esso fornisce un continuo movimento passivo all'articolazione, secondo uno o più piani di movimento (frontale, sagittale, trasversale). Può essere adottato per ridurre il dolore, aumentare la mobilità, contrastare rigidità e retrazioni muscolo-tendinee e il range di movimento può essere graduato secondo necessità.

Si possono eseguire sia movimenti fisiologici che accessori; quest'ultimi consistono in movimenti di rotazione o scorrimento che non possono essere eseguiti separatamente come movimenti volontari (vengono svolti dal fisioterapista) ma fanno parte di ogni movimento articolare.

In quest'ambito nello specifico può essere utilizzato per favorire il rilassamento psicofisico, contrastare la rigidità da tensione psichica o da psicofarmaci oltre ai motivi precedentemente detti.

11.2 Movimento attivo

Movimento eseguito o controllato dall'azione volontaria dei muscoli. Può essere:

- Assistito: il paziente cerca di eseguire il movimento da solo, ma la sua azione muscolare è insufficiente per la produzione o il controllo dell'intero range di movimento, per cui per completarlo è necessario aggiungere una forza esterna. Se la potenza muscolare aumenta l'assistenza fornita deve diminuire
- Libero: viene eseguito senza l'assistenza o la resistenza di qualsiasi forza esterna, diversa da quella di gravità.
- Contro resistenza: viene eseguito contro una resistenza data da una forza esterna con l'obbiettivo di aumentare la potenza e il trofismo muscolare.

In ambito psichiatrico esso è particolarmente rilevante in quanto contrasta l'allettamento e le sue conseguenze, previene l'instaurarsi di rigidità, ma soprattutto aiuta a favorire la consapevolezza corporea ed ha benefici psicologici quali il senso di benessere psicofisico che in questa popolazione è di notevole importanza in quanto può contribuire a ridurre la sintomatologia psichiatrica.

11.3 Stretching

Metodica che consiste nell'allungamento muscolare e nella mobilizzazione delle articolazioni attraverso l'esecuzione di esercizi di stiramento, semplici o complessi. Può essere:

- Statico: è il sistema più conosciuto. Si raggiunge l'allungamento muscolare tramite posizioni di massima flessione, estensione o torsione che devono essere raggiunte lentamente in modo da non stimolare nei muscoli antagonisti il riflesso da stiramento e non evocare dolore. Una volta raggiunta deve essere mantenuta per un tempo variabile dai 15 ai 30 secondi.

- Dinamico: si ricerca la rapida contrazione del muscolo antagonista che tende ad allungare il muscolo di interesse; si effettuano quindi movimenti a "rimbalzo" con una certa rapidità.

Nel contesto dei disturbi mentali può essere utilizzato per contrastare esiti quali rigidità, retrazioni muscolo-tendinee, deformazioni articolari date anche da posture scorrette.

11.4 Addestramento allo svolgimento delle ADL

Le ADL (Activity of Daily Life) sono le attività della vita quotidiana che un individuo adulto compie in autonomia per sopravvivere e prendersi cura di se e comprendono: la mobilità funzionale (capacità di spostarsi da un luogo all'altro), igiene personale, igiene legata alla toilette, vestirsi, nutrirsi.

La non possibilità di svolgere queste attività autonomamente impatta in modo estremamente significativo con la qualità di vita per cui anche nel contesto della salute

mentale, se vi è una limitazione nello svolgimento di queste attività, è compito del fisioterapista far sì che il paziente possa raggiungere la massima autonomia possibile, anche fornendo delle strategie od ausili.

11.4 Addestramento del caregiver

La parola "*caregiver*" identifica tutti coloro che **prestano aiuto e supporto alle persone con limitazione dell'attività,** con necessità di assistenza continua o non autosufficienti nello svolgimento delle attività della vita quotidiana.

In alcuni casi infatti, soprattutto in pazienti molto anziani o con quadro clinico complesso, non è possibile raggiungere un livello di autonomia adeguato per cui è necessario educare il careviger (familiari o amici) ad affrontare le limitazioni dell'attività nel modo più efficace ed ergonomico possibile.

Ciò è particolarmente importante in quanto in questo caso non vi sono soltanto problematiche motorie ma anche di natura psichica che rende necessario la corretta educazione dei familiari ad affrontare e controllare nel modo adeguato la sintomatologia.

Inoltre perché il trattamento sia efficace non può essere limitato al periodo del ricovero ma deve proseguire anche nella fase successiva ambulatorialmente o tramite attività svolte da altri professionisti della salute e soprattutto non può essere limitato alla seduta di fisioterapia con il professionista, ma deve proseguire nelle 24 ore della giornata anche con attività molto semplici come camminare o attività della vita quotidiana; per questo motivo è importante l'educazione del caregiver il quale deve essere istruito non soltanto sul tipo di attività da svolgere ma anche sulla corretta modalità di esecuzione.

11.5 Attività in gruppo

Laddove possibile, accanto al trattamento individuale, in alcuni casi può essere molto utile la terapia di gruppo, la quale presenta i seguenti vantaggi:

- migliora la capacità di socializzazione
- mette il terapista nella condizione di sfruttare in maniera adeguata la naturale competitività che non deve generare frustrazione ma restituire rinforzi positivi

- consente ai partecipanti più empatici di aiutarsi a vicenda, consolarsi per gli insuccessi
- ottimizza lo sforzo terapeutico.

Ovviamente è necessario istituire un gruppo omogeneo, non eccessivamente numeroso e impostare un programma che possa soddisfare le necessità di pazienti con condizioni cliniche e sintomi diversi e soprattutto che possa stimolare la motivazione di quest'ultimi. E' inoltre importante che tali sedute vengano svolte regolarmente con frequenza di almeno una volta a settimana.

Questa modalità di trattamento diventa importante poi, soprattutto in ottica di trattamento post-dimissione ospedaliera; può essere molto utile infatti ricorrere a servizi territoriali che organizzino, ovviamente sotto la guida di un fisioterapista o un professionista della salute, attività in gruppo, anche molto semplici (camminare, nuotare, attività della vita quotidiana) con lo scopo di mantenere i risultati ottenuti dal trattamento riabilitativo svolto nella fase acuta e promuovere ulteriori benefici.

Ad esempio si possono proporre attività di gruppo con la musica sia in modalità passiva, svolgendo attività con sottofondo musicale, che attiva, suonando strumenti musicali. Alcuni studi hanno infatti dimostrato che essa determina un miglioramento significativo della sintomatologia, misurata attraverso scale di valutazione quale la Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).

Inoltre è molto importante impostare un programma domiciliare, ovvero l'insegnamento da parte di un fisioterapista di esercizi/attività che i pazienti possono svolgere autonomamente a casa.

La terapia di gruppo tuttavia, per essere efficace, non può essere standard ma deve essere personalizzata sulle caratteristiche che contraddistinguono tale popolazione di pazienti e nello specifico sulle caratteristiche dei singoli componenti del gruppo. Per questo motivo è necessario un'adeguata preparazione del fisioterapista nella gestione di pazienti con problematiche di natura psichica, per cui non può prescindere un'approfondita conoscenza della sintomatologia e la presenza di specifiche competenze comunicative.

12. CONCLUSIONE

Negli ultimi anni sta accrescendo l'importanza della salute mentale dato il significativo incremento della prevalenza dei disturbi mentali nella società attuale e gli studi presenti in letteratura, tra cui revisioni sistematiche e metanalisi, il più alto grado di evidenze, dimostrano che accanto al trattamento tradizionale, ovvero il trattamento farmacologico associato o meno all'ospedalizzazione, la fisioterapia costituisce un trattamento efficace, in particolare nella Schizofrenia, nella Depressione e nel disturbo Bipolare.

Nonostante sia un ambito di cui in Italia attualmente vi è poco interesse le ultime evidenze provano benefici sia da un punto di vista strettamente motorio che in termini di autonomia e qualità di vita oltre ad avere un ruolo nella riduzione del numero dei ricoveri ospedalieri con conseguente minor carico per il sistema sanitario nazionale. Si tratta infatti di pazienti con problematiche significative, presenti anche in altre condizioni patologiche dove però la fisioterapia rappresenta un trattamento elettivo, quali l'immobilità e le sue conseguenze sia a livello muscolo-scheletrico che cardiovascolare, l'alterazione del tono muscolare, gli effetti indesiderati dei farmaci antipsicotici, tra cui principalmente gli effetti extrapiramidali (distonia, acatisia, discinesia tardiva e parkinsonismo) e l'alterazione dello schema corporeo.

Vi sono infatti paesi, come ad esempio il Belgio, Svizzera e la Germania, dove vi è un'importante tradizione di fisioterapisti che, dopo un adeguata formazione durante e soprattutto dopo il corso di laurea, che lavorano in questo contesto con ottimi risultati. Perché ciò avvenga è necessario tuttavia che anche in Italia sia istituita un'adeguata formazione durante e successivamente al corso di laurea che fornisca ai professionisti gli strumenti che consentono di trattare questa tipologia di paziente, che presenta caratteristiche e necessità sicuramente diverse rispetto agli altri.

Tuttavia essendo un ambito nuovo di una professione a sua volta relativamente 'giovane' in futuro sono necessari altri studi, con campioni più ampi e soprattutto condotti in singolo o doppio cieco, che possano definire nello specifico la posologia, ovvero la frequenza, l'intensità, la durata e anche il tipo di attività associata a maggiori benefici in questa popolazione.

13.BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association, Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione (DSM-5)
- Gli psicofarmaci: farmacologia e terapia, Cesare Bellantuono e Matteo Balestrieri

13.RIFERIMENTI

- Aspetti corporei nelle patologie psicotiche: un'esperienza osservativa nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura (gennaio 2010) di Antonella Granieri (Università Degli Studi di Torino) e Laura Giovannelli
- Carek, Peter J.; Laibstain, Sarah E.; Carek, Stephen M. (2011). *Exercise for the Treatment of Depression and Anxiety. The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *41(1)*, *15–28.* doi:10.2190/PM.41.1.c
- Connaughton, Joanne; Gibson, William (2016). *Do Physiotherapists Have the Skill to Engage in the "Psychological" in the Bio-Psychosocial Approach?. Physiotherapy Canada, 68(4), 377–382.* doi:10.3138/ptc.2015-66
- *Could autonomous motivation hold the key to successfully implementing lifestyle changes in affective disorders*? *A multicentre cross sectional study*. By Davy Vancampfort a,b,n , Tomas Madou c , Herman Moens d , Tanja De Backer e , Patrick Vanhalstf , Chris Helon g , Pieter Naert h , Simon Rosenbaum i , Brendon Stubbs j , Michel Probst; 2015
- Deslandes, Andréa; Moraes, Helena; Ferreira, Camila; Veiga, Heloisa; Silveira, Heitor; Mouta, Raphael; Pompeu, Fernando A.M.S.; Coutinho, Evandro Silva Freire; Laks, Jerson (2009). *Exercise and Mental Health: Many Reasons to Move. Neuropsychobiology*, *59(4)*, *191–198.* doi:10.1159/000223730
- International Organization of Physical Therapy in Mental Health, Educational standards: describing minimal requirements of mental health courses in physiotherapy education Preparation of the 2020 ER-WCPT Education Conference, in Leuven (Belgium) Work in progress (Version December 2020) Michel Probst, Emanuel Brunner, Jo Connaughton, Merja Sallinen, Liv Skjaerven
- Knapen, Jan; Vancampfort, Davy; Moriën, Yves; Marchal, Yannick (2015). *Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression.*

Disability and Rehabilitation, 37(16), 1490–1495. doi:10.3109/09638288.2014.972579

- Probst, Michel (2012). *The International Organization of Physical Therapists working in Mental Health (IOPTMH). Mental Health and Physical Activity, 5(1), 20–21.* doi:10.1016/j.mhpa.2012.04.003 ù
- Schuch, Felipe Barreto; Vancampfort, Davy; Richards, Justin; Rosenbaum, Simon; Ward, Philip B.; Stubbs, Brendon (2016). *Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. Journal of Psychiatric Research, (), S0022395616300383–*. doi:10.1016/j.jpsychires.2016.02.023
- Shu-Ming Peng; Malcolm Koo; Jen-Che Kuo (2010). *Effect of Group Music Activity as an Adjunctive Therapy on Psychotic Symptoms in Patients With Acute Schizophrenia. , 24(6), 429–434.* doi:10.1016/j.apnu.2010.04.001
- Suzuki, Toshiaki (2017). *Clinical Physical Therapy || Exercise Therapy for Physical Therapist. , 10.5772/65235(Chapter 5), –.* doi:10.5772/intechopen.68390
- Suzuki, Toshiaki (2017). *Clinical Physical Therapy || Physiotherapy and Mental Health. , 10.5772/65235(Chapter 9), by Michel Pobst–.* doi:10.5772/67595
- Vancampfort, D.; De Herdt, A.; De Hert, M.; Probst, M. (2013). *There is a need for physiotherapists in the multidisciplinary treatment of schizophrenia. Fisioterapia, 35(6), 239–242.* doi:10.1016/j.ft.2013.04.003
- Vancampfort, D.; De Hert, M.; Knapen, J.; Maurissen, K.; Raepsaet, J.; Deckx, S.; Remans, S.; Probst, M. (2011). *Effects of progressive muscle relaxation on state anxiety and subjective well-being in people with schizophrenia: a randomized controlled trial. Clinical Rehabilitation, 25(6), 567–575* doi:10.1177/0269215510395633
- Vancampfort, D.; Probst, M.; Helvik Skjaerven, L.; Catalan-Matamoros, D.; Lundvik-Gyllensten, A.; Gomez-Conesa, A.; Ijntema, R.; De Hert, M. (2012). *Systematic Review of the Benefits of Physical Therapy Within a Multidisciplinary Care Approach for People With Schizophrenia. Physical Therapy, 92(1), 11–23.* doi:10.2522/ptj.20110218
- Vancampfort, Davy; Correll, Christoph U.; Probst, Michel; Sienaert, Pascal; Wyckaert, Sabine; De Herdt, Amber; Knapen, Jan; De Wachter, Dirk; De Hert, Marc (2013). *A review of physical activity correlates in patients with bipolar disorder. Journal of Affective Disorders, 145(3), 285–291.* doi:10.1016/j.jad.2012.07.020

- Vancampfort, Davy; De Hert, Marc; Knapen, Jan; Wampers, Martien; Demunter, Hella; Deckx, Seppe; Maurissen, Katrien; Probst, Michel (2011). *State anxiety, psychological stress and positive well-being responses to yoga and aerobic exercise in people with schizophrenia: a pilot study. Disability and Rehabilitation, 33(8), 684–689.* doi:10.3109/09638288.2010.509458
- Vancampfort, Davy; Stubbs, Brendon; Probst, Michel; De Hert, Marc; Schuch, Felipe B.; Mugisha, James; Ward, Philip B.; Rosenbaum, Simon (2016). *Physical activity as a vital sign in patients with schizophrenia: Evidence and clinical recommendations. Schizophrenia Research, 170(2-3), 336–340.* doi:10.1016/j.schres.2016.01.001
- Vancampfort, Davy; Stubbs, Brendon; Sienaert, Pascal; Wyckaert, Sabine; De Hert, Marc; Soundy, Andrew; Probst, Michel (2016). *A comparison of physical fitness in patients with bipolar disorder, schizophrenia and healthy controls. Disability and Rehabilitation, (), 1–5.* doi:10.3109/09638288.2015.1114037
- Vancampfort, Davy; Stubbs, Brendon; Venigalla, Sumanth Kumar; Probst, Michel (2015). *Adopting and maintaining physical activity behaviours in people with severe mental illness: The importance of autonomous motivation. Preventive Medicine, 81(), 216–220.* doi:10.1016/j.ypmed.2015.09.006

13. SITOGRAFIA

https://www.sralab.org/rehabilitation-measures

https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/

https://pedro.org.au/italian/

https://www.epicentro.iss.it/mentale/epidemio

14. RINGRAZIAMENTI

Giunta ormai alla fine di questo breve ma bellissimo percorso è davvero difficile riassumere in poche righe ciò che hanno rappresentato questi tre anni per me. Mi sono iscritta a questa facoltà a 19 anni, basandomi sull'intuito, non avendo la minima idea di che cosa si trattasse, e ho avuto la grande fortuna di essere stata catapultata in un mondo completamente nuovo e altrettanto bello, come mai avrei immaginato.

Vorrei comunque spendere alcune parole per ringraziare le persone mi hanno accompagnato in questo percorso. Innanzitutto voglio ringraziare la mia famiglia, i miei genitori, mia sorella e mio fratello, per avermi supportata e non avermi fatto mancare nulla non soltanto in questi tre anni ma da tutta la vita; ma soprattutto li ringrazio per avermi insegnato cosa significa essere una famiglia, so quanto fosse importante per voi che io studiassi e facessi un lavoro che mi piace e questo traguardo è in gran parte vostro.

Ringrazio i miei amici e le mie amiche, in particolare Alessia, Giulia e Rachele e le mie cugine, Fortesa, Era e Greta; Siamo cresciute insieme, ci siete state in ogni momento e insieme alla mia famiglia siete una delle poche costanti della mia vita!

Non posso tuttavia mancare in questa pagina le persone che hanno reso speciale questo percorso, i miei compagni di corso: Ale, Robi, Alex, Fra, Andre, Eli, Milly, Gian, Gabri, Luca C, Luca L, Ila, Nicolo e Zanza. In questo 'viaggio' fatto di momenti felici e spensierati ma da altrettanti realmente difficili tutti voi avete contribuito alla mia crescita professionale, ma soprattutto come persona. Senza di voi nessun esame e nessuna delle 1500 ore di tirocinio sarebbe stata la stessa. Con alcuni di voi poi, nonostante il poco tempo, si è instaurata una vera amicizia, come mai avrei pensato, che spero e farò di tutto per mantenere anche in futuro e che da un po' di tristezza anche a un momento felice come la laurea.
Ringrazio inoltre i compagni di corso degli anni precedenti e successivi al mio con le quali ho condiviso questi anni di studio.

Ringrazio inoltre la mia relatrice, Stefania Lanaro, per la sua pazienza e disponibilità a seguirmi in ogni fase di scrittura di questo elaborato, ma soprattutto la ringrazio per avermi trasmesso la dedizione e la grande passione per il lavoro che ho scelto.

Infine un pensiero speciale va ai miei nonni: grazie per avermi cresciuta e insegnato ciò che davvero conta nella vita; sono sicura sareste più fieri voi di me di questo traguardo e la vostra assenza è l'unica cosa che non rende questo momento completamente felice.