

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

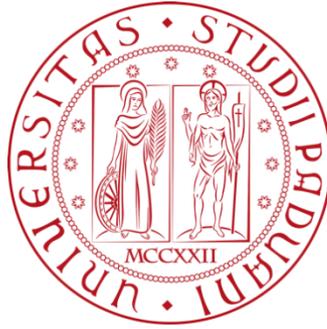
**DISTURBI D'ANSIA:
GESTIONE INFERMIERISTICA TRADIZIONALE
E NUOVI APPROCCI NON FARMACOLOGICI**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureando: Bizzotto Sveva

Matricola: 1235532

Anno accademico: 2022/2023



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**DISTURBI D'ANSIA:
GESTIONE INFERMIERISTICA TRADIZIONALE
E NUOVI APPROCCI NON FARMACOLOGICI**

Relatore: Dott. Spanio Daniele

Laureando: Bizzotto Sveva

Matricola: 1235532

Anno accademico: 2022/2023

RIASSUNTO

Introduzione - I disturbi d'ansia rappresentano il tipo più comune di malattia mentale e sebbene sia stato dimostrato che questi disturbi sono condizioni trattabili, solo il 60% dei pazienti risponde ai percorsi di cura tradizionali per cui si è ritenuto opportuno indagare su nuovi approcci non farmacologici per trattare tale patologia.

Scopo - Lo scopo dello studio è di verificare ed indagare, attraverso una revisione di letteratura, l'applicabilità di nuovi approcci non farmacologici per la gestione dei sintomi dei disturbi d'ansia, con particolare riferimento alla loro efficacia, ed il ruolo dell'infermiere nella loro adozione.

Materiali e metodi - La ricerca è stata condotta da agosto a settembre 2023. Il quesito di ricerca è stato formulato utilizzando la strategia Paziente-Intervento-Outcome (P.I.O.). Per trovare gli articoli maggiormente pertinenti alla stesura della tesi sono stati utilizzati Banche Dati (PubMed e Google Scholar), sitografia, volumi di letteratura cartacea.

Discussione e risultati - Circa il 40% dei pazienti sottoposti a trattamenti tradizionali per la gestione dei sintomi dei disturbi d'ansia non risponde in modo significativo a tali interventi. Per offrire ulteriori possibilità di cura per questi pazienti, negli ultimi anni, la ricerca si è concentrata sullo studio di nuovi approcci non farmacologici che hanno dimostrato di essere efficaci e somministrabili dal personale infermieristico.

Conclusione - Questo studio ha confermato che buona parte dei soggetti affetti da disturbi d'ansia non risponde in modo positivo ai trattamenti di prima linea, quali psicoterapia e farmacoterapia, per l'alleviamento dei sintomi provocati dalla malattia. Inoltre, ha dimostrato che nuovi approcci non farmacologici quali rilassamento tramite respirazioni, mindfulness, musicoterapia, aromaterapia e grounding, possono essere utilizzati come terapie integrative efficaci per la gestione dei sintomi della patologia. Infine, ha fornito la prova che questi trattamenti possono essere somministrati dal personale infermieristico se adeguatamente formato.

Parole chiave: disturbi d'ansia, mindfulness, esercizi di respirazione, musicoterapia, grounding, aromaterapia, approccio non farmacologico.

ABSTRACT

Introduction - Anxiety disorders are the most common type of mental illness, and although it has been demonstrated that these disorders are treatable conditions, only 60% of patients respond to traditional treatment pathways. Therefore, it was deemed appropriate to investigate new non-pharmacological approaches to address this condition.

Objective - The purpose of this study is to examine and explore, through a literature review, the applicability of new non-pharmacological approaches for managing anxiety disorder symptoms, with a particular focus on their effectiveness and the role of nurses in their adoption.

Materials and Methods - The research was conducted from August to September 2023. The research question was formulated using the Patient-Intervention-Outcome (P.I.O.) strategy. To identify the most relevant articles for the thesis, both databases (PubMed and Google Scholar) and websites, as well as printed literature sources, were utilized.

Discussion and Results - Approximately 40% of patients undergoing traditional treatments for managing anxiety disorder symptoms do not respond significantly to these interventions. To provide additional treatment options for these patients, recent research has focused on studying new non-pharmacological approaches that have proven to be effective and can be administered by nursing staff.

Conclusion - This study has confirmed that a significant portion of individuals with anxiety disorders do not respond positively to first-line treatments such as psychotherapy and pharmacotherapy for symptom relief. Additionally, it has demonstrated that new non-pharmacological approaches, including relaxation through breathing exercises, mindfulness, music therapy, aromatherapy, and grounding, can be used as effective complementary therapies for managing the symptoms of the condition. Finally, it has provided evidence that these treatments can be administered

by nursing staff if properly trained.

Keywords: anxiety disorders, mindfulness, breathing exercises, music therapy, grounding, aromatherapy, non-pharmacological approach.

INDICE

ABSTRACT

| | | |
|---|-------------|----------|
| INTRODUZIONE | Pag. | 3 |
| CAPITOLO 1: PROBLEMA, SCOPO, QUESITI DI RICERCA | Pag. | 5 |
| 1.1 Problema | “ | 5 |
| 1.2 Finalità/scopo | “ | 5 |
| 1.3 Quesito di ricerca | “ | 5 |
| CAPITOLO 2: REVISIONE DELLA LETTERATURA | Pag. | 7 |
| 2.1 Materiali e metodi | “ | 7 |
| 2.1.1 <i>Criteri di selezione del materiale</i> | “ | 8 |
| 2.2 Disturbi d’ansia: panoramica generale | “ | 9 |
| 2.2.1 <i>Trattamenti: panoramica generale</i> | “ | 10 |
| 2.3 Disturbo d’ansia da separazione | “ | 11 |
| 2.1.3 <i>Trattamento tradizionale per il disturbo d’ansia da separazione</i> | “ | 12 |
| 2.4 Mutismo selettivo | “ | 12 |
| 2.1.4 <i>Trattamento tradizionale per il mutismo selettivo</i> | “ | 13 |
| 2.5 Fobie specifiche | “ | 13 |
| 2.1.5 <i>Trattamento tradizionale per le fobie specifiche</i> | “ | 14 |
| 2.6 Disturbo d’ansia sociale | “ | 15 |
| 2.1.6 <i>Trattamento tradizionale per il disturbo d’ansia sociale</i> | “ | 15 |
| 2.7 Disturbo d’ansia generalizzato | “ | 16 |
| 2.1.7 <i>Trattamento tradizionale per il disturbo d’ansia generalizzato</i> | “ | 16 |
| 2.8 Disturbo di panico ed agorafobia | “ | 17 |
| 2.1.8 <i>Trattamento tradizionale per il disturbo di panico ed agorafobia</i> | “ | 18 |
| 2.9 Nuovi approcci non farmacologici | “ | 19 |

| | | |
|----------------------------|---|----|
| <i>2.9.1 Respirazioni</i> | “ | 19 |
| <i>2.9.2 Mindfulness</i> | “ | 22 |
| <i>2.9.3 Musicoterapia</i> | “ | 24 |
| <i>2.9.4 Aromaterapia</i> | “ | 26 |
| <i>2.9.5 Grounding</i> | “ | 30 |

CAPITOLO 3: DISCUSSIONE **Pag. 33**

| | | |
|--------------------------|---|----|
| 3.1 Discussione | “ | 33 |
| 3.2 Limiti della ricerca | “ | 37 |
| 3.3 Significatività | “ | 37 |
| 3.4 Conclusione | “ | 37 |

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

ALLEGATI

Allegato 1. Tabella di schedatura degli articoli

INTRODUZIONE

I disturbi d'ansia rappresentano il tipo più comune di malattia mentale; l'elevata prevalenza, cronicità e comorbidità che li caratterizzano, hanno portato l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a classificare i disturbi d'ansia come la nona causa di disabilità correlata alla salute in tutto il mondo, rappresentando il 3,3% del carico globale di malattie (4).

La maggioranza degli specialisti suggerisce che per gestire i sintomi dei disturbi d'ansia sia consigliabile l'uso della psicoterapia, in particolare la terapia cognitivo-comportamentale (Cognitive Behavioral Therapy-CBT), in associazione con la farmacoterapia per pazienti che presentano una forma grave ed invalidante di ansia (17).

Sebbene sia stato dimostrato che questi disturbi siano condizioni trattabili e rispondono agli interventi psicologici e farmacologici di prima linea raccomandati, solo il 60% circa dei pazienti risponde a tali trattamenti in modo significativo. Infatti, purtroppo, molti pazienti presentano ancora sintomi di ansia residui o rimangono refrattari al trattamento (28).

È nato quindi l'interesse per la ricerca di nuovi approcci non farmacologici per la gestione ed il controllo dei sintomi dei disturbi d'ansia e per l'analisi del ruolo del personale infermieristico all'interno di quest'ultimi, dato che in letteratura non sono molti i contributi che lo documentano.

L'infermiere, insieme ad altre figure professionali sanitarie, ha dovuto quindi attuare nuove tipologie di intervento per garantire maggiori possibilità di trattamento, tra le quali: rilassamento tramite le respirazioni, mindfulness, musicoterapia, aromaterapia e grounding.

Visto il continuo aumento dell'incidenza di questa tipologia di disturbi nella popolazione, come riportato precedentemente dall'OMS, e l'invalidità che questi determinano, è fondamentale attivarsi per fornire quanti più interventi possibili atti ad alleviarne i segni ed i sintomi, garantendo una qualità di vita migliore ed aumentando la capacità di coping dei pazienti.

Il personale infermieristico si inserisce tra gli operatori sanitari promotori della salute, per questo motivo sono stati presi in considerazione trattamenti che possono essere

adottati da questa figura professionale per favorire il sostegno e per garantire un trattamento valido ed efficace per i pazienti.

CAPITOLO 1

PROBLEMA, SCOPO, QUESITI DI RICERCA

1.1 Problema

I disturbi d'ansia hanno un'incidenza a livello mondiale del 3,3% ma solo il 60% dei pazienti affetti da questi disturbi risponde ai trattamenti di prima linea, quali psicoterapia e farmacoterapia, per la gestione ed il controllo dei sintomi. Ciò rende imperativo lo studio e la ricerca di nuovi approcci non farmacologici per far fronte ai disagi provocati da queste patologie.

1.2 Finalità/scopo

L'obiettivo della ricerca è verificare se nuovi approcci non farmacologici per la gestione dei sintomi dei disturbi d'ansia sono efficaci nella riduzione dei sintomi e se possono essere adottati dal personale infermieristico.

1.3 Quesito di ricerca

Questo studio è stato sviluppato a partire dalla formulazione del quesito di ricerca utilizzando la strategia PIO, ovvero, Paziente/Intervento/Outcome, come descritto nella tabella sottostante (Tabella I. Paziente, Intervento, Outcome).

Tabella I. Paziente, Intervento, Outcome

| | |
|-------------------|---|
| Paziente | Persona adulta e adolescente affetta da diagnosi di Disturbo d'ansia. |
| Intervento | Utilizzo di interventi assistenziali tradizionali infermieristici e nuovi approcci non farmacologici di gestione infermieristica. |
| Outcome | Riduzione dei sintomi d'ansia. |

CAPITOLO 2

REVISIONE DELLA LETTERATURA

2.1 Materiali e metodi

La ricerca è stata condotta da agosto a settembre 2023. Dal totale degli articoli risultanti dalle stringhe di ricerca (Tabella II. Stringhe di ricerca), definite da termini “Medical Subject Headings” (MeSH) collegati tramite operatori booleani, sono stati selezionati 64 articoli maggiormente pertinenti all’argomentazione della tesi, di cui 48 ritenuti adatti alla stesura dell’elaborato. La bibliografia è stata recuperata attraverso Banche Dati (principalmente PubMed, attraverso il servizio di Auth-Proxy fornito dall’Università Degli Studi Di Padova e Google Scholar), sitografia di rilevanza nazionale (“Istituto di psicologia e psicoterapia comportamentale e cognitiva” e “Università la sapienza di Roma”) e volumi di letteratura cartacei. I principali articoli utilizzati per la revisione della letteratura sono schematizzati nell’allegato 1 (Allegato 1. Tabella di schedatura degli articoli).

Tabella II. Stringhe di ricerca

| Database | Stringa di ricerca | Risultati | Accettati | Esclusi |
|-----------------|--|------------------|------------------|----------------|
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND mindfulness | 496 | 24 | 472 |
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND mindfulness AND nursing | 48 | 7 | 41 |
| PubMed | ("Anxiety"[Mesh]) AND "Breathing Exercises"[Mesh] | 78 | 3 | 75 |
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND breathing techniques | 157 | 1 | 156 |
| PubMed | ("Anxiety"[Mesh]) AND "Aromatherapy"[Mesh] | 138 | 7 | 131 |
| PubMed | "Anxiety"[Mesh] AND Aromatherapy AND nursing | 96 | 4 | 92 |
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND music therapy AND nursing | 26 | 4 | 22 |
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND music therapy | 86 | 6 | 80 |
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND DSM-5 | 62 | 3 | 59 |
| PubMed | ("Anxiety disorders"[Mesh]) AND nursing treatments | 145 | 5 | 140 |
| Totale | | 1332 | 64 | 1268 |

2.1.1 Criteri di selezione del materiale

Per la selezione degli articoli sono stati applicati criteri necessari a definire la pertinenza del materiale agli scopi della ricerca. La lingua di pubblicazione del testo non ha costituito limite per la ricerca stessa, perciò sono risultati articoli in lingua inglese, italiana e spagnola. Il limite temporale di pubblicazione applicato è costituito dal periodo “dal 2013 al 2023” tranne per le ultime due ricerche in cui è stato applicato il periodo “dal 2018 al 2023” e “dal 2020 al 2023”. Un solo articolo risulta essere precedente al limite temporale poiché risalente all’anno 2003, ma è stato considerato essenziale per la revisione della letteratura. Come target di popolazione sono stati scelti adulti e adolescenti; la revisione è stata condotta in riferimento alla popolazione generale. Come riportato nella figura (Fig. 1. Diagramma di flusso di selezione della letteratura) sono stati estrapolati 1332 articoli di cui 1268 esclusi dopo la prima selezione del materiale, in base alla lettura di titolo ed abstract, successivamente sono stati tratti 64 articoli per la lettura del full text.

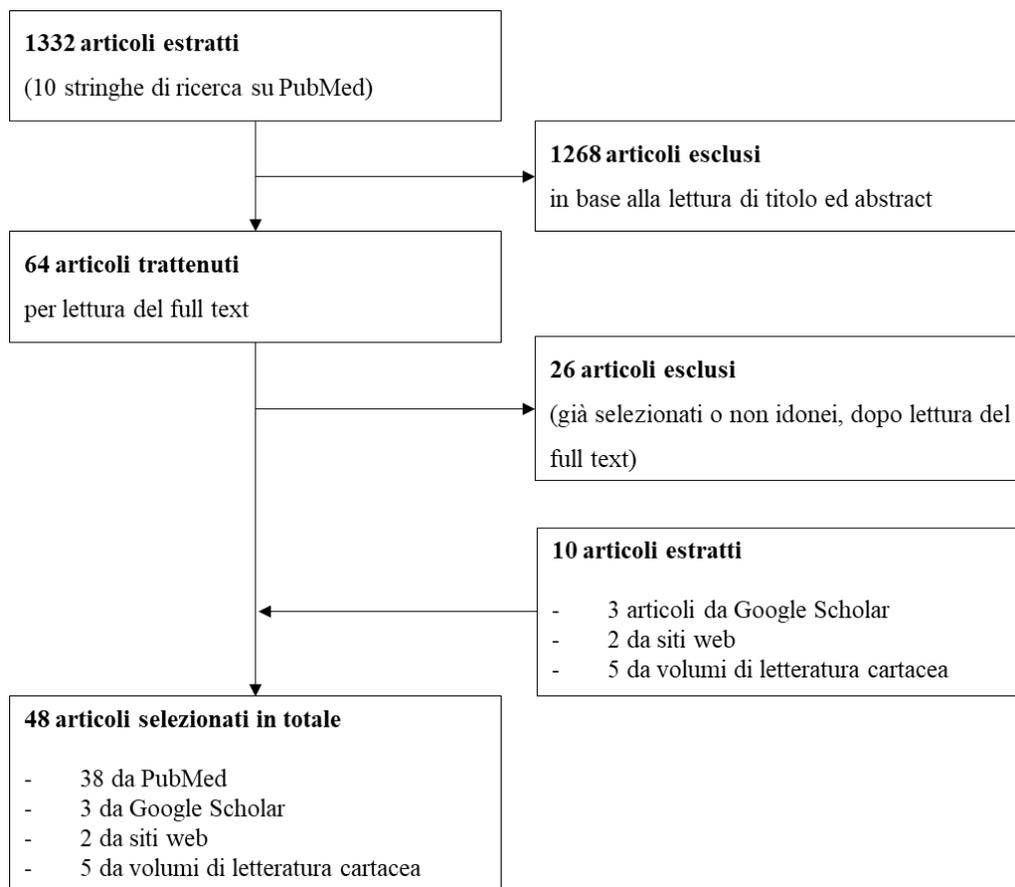


Fig. 1. Diagramma di flusso di selezione della letteratura

Dopo la lettura del full text sono stati esclusi 26 articoli perché già precedentemente selezionati o non ritenuti adatti alla stesura della tesi. Quindi sono stati utilizzati 38 articoli da PubMed, con l'aggiunta di 3 articoli selezionati da Google Scholar, 2 trovati tramite siti web e 5 trovati tramite volumi di letteratura cartacea, per un totale di 48 articoli.

2.2 Disturbi d'ansia: panoramica generale

I disturbi d'ansia rappresentano il tipo più comune di malattia mentale; l'elevata prevalenza, cronicità e comorbidità di tale malattia, hanno portato l'OMS a classificare questi disturbi come la nona causa di disabilità correlata alla salute in tutto il mondo, rappresentando il 3,3% del carico globale di malattie (4).

Secondo il DSM-5 la maggioranza dei disturbi d'ansia si verifica più frequentemente nelle donne rispetto agli uomini con un rapporto circa di 2 a 1 (2).

Tali disturbi costituiscono la ragione principale per la quale le persone ricercano cure mediche e/o psichiatriche (1) e comprendono quei disturbi che condividono caratteristiche di paura e ansia eccessive ed i disturbi comportamentali correlati (2, 5). I disturbi d'ansia includono: l'ansia da separazione, il mutismo selettivo, le fobie specifiche, il disturbo d'ansia sociale, il disturbo d'ansia generalizzato e, infine, il disturbo di panico e agorafobia (4).

Questi differiscono tra loro per la tipologia di oggetti o di situazioni che provocano paura, ansia, oppure comportamenti di evitamento, nonché per il contenuto dei pensieri, ossia per l'ideazione cognitiva associata alle manifestazioni comportamentali (2, 5). Di conseguenza queste patologie possono essere differenziate attraverso un attento esame delle tipologie di situazioni temute o evitate e del contenuto dei pensieri e delle credenze ad esse associate (2).

I disturbi d'ansia sono correlati alle parole paura ed ansia: la prima viene definita come la risposta emotiva ad una minaccia imminente, reale o percepita, in genere sollecitata da un oggetto scatenante, la seconda viene definita come l'anticipazione di una minaccia futura, accompagnata ad un vissuto angoscioso di attesa e/o ad un senso di mancato controllo. Ansia e paura possono essere sovrapposte, ma sono anche differenti tra loro: la paura è associata a picchi di attivazione autonoma, mediati dall'amigdala, necessaria alla lotta o alla fuga, a pensieri di

pericolo immediato e a comportamenti di fuga, mentre l'ansia è associata alla tensione muscolare e alla vigilanza in preparazione al pericolo futuro e a comportamenti pervasivi di evitamento (2, 5). Oltre all'ansia e alla paura, nei disturbi d'ansia è presente anche la preoccupazione eccessiva che viene identificata come l'attesa apprensiva di un dato evento o lo stato di allerta cronico senza specifico oggetto, associati o meno alle ruminazioni sulle possibili conseguenze catastrofiche delle situazioni temute, alla vigilanza in preparazione di un pericolo e alle condotte di evitamento (5).

Le paure e le ansie diventano clinicamente rilevanti quando persistono (durata minima di sei mesi, a volte minore nei bambini), provocano un grave disagio soggettivo e compromettono o interrompono il normale funzionamento dell'individuo, soprattutto perché, i sintomi sembrano essere sproporzionati rispetto alla minaccia reale (2, 4, 5).

Purtroppo, i disturbi d'ansia sono sottodiagnosticati in tutti i contesti assistenziali in conseguenza del fatto che non esistono biomarcatori sanguigni, genetici o di imaging che possano riscontrarli; la diagnosi si basa sull'anamnesi e sugli esami dello stato mentale del paziente. È stato stimato che tra tutte le persone con disturbi d'ansia nel mondo, meno del 25% riceve una qualsiasi forma di trattamento, e anche tra coloro i quali manifestano un bisogno di cura esplicitamente espresso, si stima che meno del 25% riceve un trattamento adeguato (4).

2.2.1 Trattamenti: panoramica generale

La psicoterapia, ed in particolare la “Terapia Cognitivo Comportamentale” (Cognitive Behavioral Therapy-CBT) è considerata uno dei trattamenti di prima linea per i disturbi d'ansia. Una componente chiave della CBT per la maggior parte delle forme di disturbo d'ansia è l'esposizione agli stimoli temuti, tramite le tecniche di desensibilizzazione sistematica, ristrutturazione cognitiva e rilassamento, utilizzate per spezzare un circolo vizioso di comportamenti di evitamento e consentirne uno nuovo e sano. Anche la farmacoterapia viene considerata un trattamento di prima linea per i disturbi d'ansia ed in particolare l'uso di inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) ed inibitori della ricaptazione della serotonina-noradrenalina (SNRI) in quanto hanno dimostrato un rapporto rischio-beneficio positivo in tutte le età, in particolare tra i bambini e gli adolescenti. L'uso di benzodiazepine di solito

avviene nelle prime settimane di terapia e richiede un monitoraggio rigoroso in quanto portano a ricadute dopo la sospensione e sono associate a dipendenza (4, 5).

Infine, è stato dimostrato che la psicoterapia combinata con la farmacoterapia determina risultati positivi maggiori rispetto al solo uso della farmacoterapia (4).

2.3 Disturbo d'ansia da separazione

L'individuo con disturbo d'ansia da separazione è spaventato o ansioso di separarsi dalle figure di attaccamento ad un livello di gravità inappropriato rispetto al suo stadio di sviluppo. Sono presenti paura, ansia ed un disagio intenso e persistente durante o in previsione della separazione da casa o dai principali affetti; inoltre è presente una forte preoccupazione per la salute o la sicurezza delle figure di attaccamento, che può manifestarsi con incubi e sintomi fisici. Pertanto, potrà esservi un timore eccessivo che possa accadere qualcosa di potenzialmente lesivo alle figure di attaccamento, o che un evento imprevisto possa causarne la perdita. Nonostante i sintomi si manifestino spesso durante l'infanzia, possono manifestarsi anche in età adulta (2, 5).

In genere, l'oggetto delle preoccupazioni è rappresentato dai membri del nucleo familiare, ma tenderanno a variare con la situazione e l'età. Di conseguenza, le paure dei bambini saranno incentrate sui genitori, mentre quelle degli adulti saranno incentrate sul coniuge e sui figli [...].

Per fare diagnosi, il disturbo deve durare almeno sei mesi negli adulti e quattro settimane nelle persone di età inferiore ai 18 anni, inoltre i sintomi devono necessariamente causare un disagio significativo o compromettere considerevolmente il funzionamento dell'individuo (5).

Tradizionalmente il disturbo è più comune nell'infanzia, con un decorso di malattia che vedrebbe una diminuzione dei sintomi con il crescere dell'età, infatti, è il disturbo maggiormente diffuso nei bambini di età inferiore a 12 anni. Tuttavia, studi recenti, sottolineano l'importanza del disturbo anche nell'età adulta (2).

Il disturbo d'ansia da separazione colpisce il 6,6% della popolazione generale, con una prevalenza nella popolazione femminile, anche se nei campioni clinici relativi ai bambini questa differenza tende ad annullarsi (5).

2.3.1 Trattamento tradizionale per il disturbo d'ansia da separazione

Il trattamento del disturbo, studiato principalmente nell'infanzia, si basa su un approccio psicoterapico, prevalentemente cognitivo-comportamentale. Il trattamento utilizza tecniche cognitive per ridurre e gestire meglio i sintomi dell'ansia e tecniche espositive che consistono nell'esposizione ripetuta e progressiva a stimoli stressanti [...].

Gli antidepressivi SSRI, i triciclici e le benzodiazepine si sono dimostrati utili da un punto di vista farmacologico, ma è meglio utilizzare quest'ultime a breve termine a causa dei rischi di abuso (5).

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel monitoraggio del paziente per individuare eventuali segni di ricaduta o di peggioramento dei sintomi. Inoltre, sono incaricati di aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere ed affrontare al meglio questo tipo di disturbo.

2.4 Mutismo selettivo

Il mutismo selettivo è un disturbo che esordisce solitamente all'età di 5 anni, ma viene diagnosticato solo con l'inizio della scuola, dove si ha un aumento dell'interazione sociale e dei compiti prestazionali, ed è caratterizzato dalla costante incapacità di parlare in situazioni sociali in cui ci si aspetta che un individuo parli, come ad esempio a scuola appunto, nonostante la capacità di parlare in altre circostanze. L'incapacità di parlare ha un impatto significativo sul successo scolastico o professionale o sulla normale comunicazione sociale [...].

Gli individui con diagnosi di mutismo selettivo possono presentare timidezza eccessiva, paura di imbarazzo sociale, isolamento sociale e ritiro, attaccamento alle figure di riferimento, tratti compulsivi, negativismo, eccessi di collera o comportamenti lievemente oppositivi (2).

Per fare diagnosi il disturbo deve durare almeno un mese, non limitato ad esempio però al primo mese di scuola dell'individuo, deve interferire con i risultati scolastici, lavorativi o con la comunicazione sociale e deve essere presente una costante incapacità di parlare in situazioni sociali specifiche nonostante normalmente si parli adeguatamente. Inoltre, l'incapacità di parlare non deve essere correlata al fatto che non si conosca o non ci si senta a proprio agio con il tipo di linguaggio richiesto

dalla situazione sociale. Infine, tale disturbo si manifesta quando la condizione non è meglio spiegata da un disturbo della comunicazione e non si manifesta esclusivamente durante il decorso di disturbi dello spettro dell'autismo, schizofrenia o altri disturbi psicotici (6).

La persona che soffre di mutismo selettivo quasi sempre riceve la diagnosi aggiuntiva di un disturbo d'ansia, in particolare il disturbo d'ansia sociale (2).

Il mutismo selettivo è un disturbo relativamente raro. Utilizzando vari campioni clinici o scolastici, la prevalenza varia, in base al contesto e all'età dell'individui del campione, dallo 0,03% all'1%. Inoltre, non sembra subire variazioni legate al sesso o alla razza/etnia. Il disturbo si manifesta con più frequenza nei bambini piuttosto che in adolescenti ed adulti (6).

2.4.1 Trattamento tradizionale per il mutismo selettivo

I soggetti che soffrono di questa patologia vengono trattati efficacemente con terapie comportamentali e cognitivo-comportamentali e con farmacoterapia con inibitori della ricaptazione della serotonina SSRI (3).

Gli interventi cognitivo-comportamentali si focalizzano sulla funzione comunicativa agendo sui meccanismi di mantenimento ed evitamento attraverso strategie psicoeducative, mentre gli interventi psicodinamici agiscono sulle possibili dinamiche inconscie del problema attraverso il gioco e l'arte. Infine, gli interventi sistemici agiscono sui soggetti della rete relazionale del paziente attraverso strategie di facilitazione comunicativa (6).

Il personale infermieristico ha un ruolo cruciale nel sorvegliare i pazienti per rilevare segnali di una possibile recidiva o di un deterioramento dei sintomi, e sono altresì responsabili di assistere i pazienti e le loro famiglie nella comprensione e nell'affrontare in maniera ottimale questa forma di disturbo.

2.5 Fobie specifiche

Con il termine "fobia" si intende una paura sproporzionata ed irrazionale ad un particolare stimolo, evocata dall'esposizione ad esso (5).

Gli individui con fobia specifica sono spaventati o ansiosi o evitano oggetti e situazioni circoscritti. La paura, l'ansia e l'evitamento sono quasi sempre indotti

immediatamente dalla situazione fobica, a tal punto da essere persistenti e sproporzionate rispetto al reale rischio che esse rappresentano [...].

Vi sono diversi tipi di fobie specifiche, tra le quali sperimentate nei confronti di animali, ambienti naturali, sangue-infezioni-ferite, situazionali, e altre situazioni (2).

Per effettuare diagnosi è necessaria la presenza, per un minimo di sei mesi, di una paura e di un'ansia elevate relative all'oggetto o alla situazione specifica, l'esposizione al/alla quale scatenerà la sintomatologia ansiosa che potrebbe variare a seconda della prossimità o dell'intensità dello stimolo fobico. Tale sintomatologia può presentarsi anche quando l'esposizione allo stimolo è attesa, e quindi avvenire a livello anticipatorio (5).

A questi sintomi frequentemente vengono associate condotte di evitamento nelle quali il soggetto evita intenzionalmente il contatto con lo stimolo fobico fino a modificare radicalmente le abitudini di vita (2).

Se le situazioni o gli oggetti temuti non vengono evitati l'esposizione ad essi sarà associata a forte disagio, senso di repulsione e disgusto; oppure potranno essere temute le conseguenze che deriverebbero dall'esposizione a tale oggetto o situazione (5).

La prevalenza a 12 mesi delle fobie specifiche nella popolazione generale europea è del 6%, con una marcata prevalenza nel genere femminile, con un rapporto di circa 2 a 1, con l'eccezione della fobia sangue-iniezioni-ferite, per la quale la differenza di genere sembra annullarsi (2).

In media gli individui tendono ad avere fobie specifiche multiple (circa il 75% temerà almeno due oggetti/situazioni) (5).

2.5.1 Trattamento tradizionale per le fobie specifiche

Le fobie specifiche hanno mostrato risposte positive al trattamento psicoterapico cognitivo-comportamentale che usa le tecniche di ristrutturazione cognitiva e di rilassamento volte a migliorare la gestione dello stimolo ansioso e a riconsiderare l'effettivo potenziale di rischio che segue all'esposizione. Un'altra tecnica cognitiva-comportamentale efficace è la desensibilizzazione sistematica che prevede la graduale esposizione allo stimolo temuto riducendo l'ansia attraverso l'abitudine (5).

Il monitoraggio dei pazienti per rilevare eventuali segni di recidiva o deterioramento dei sintomi è una funzione fondamentale svolta dagli infermieri. Quest'ultimi, inoltre, hanno il compito di assistere i pazienti e i loro familiari nella comprensione e gestione di questo tipo di disturbo.

2.6 Disturbo d'ansia sociale

Nel disturbo d'ansia sociale, o fobia sociale, l'individuo teme o prova ansia o evita le interazioni sociali e le situazioni che coinvolgono la possibilità di essere esaminato. Queste includono le interazioni sociali in cui si incontrano persone non conosciute o situazioni in cui l'individuo si esibisce di fronte ad altri. L'ideazione cognitiva è di essere valutato in modo negativo dagli altri, essere imbarazzato, umiliato o rifiutato, oppure offendere gli altri in qualche modo (2). Gli individui con ansia sociale tendono a sottostimare la qualità della propria prestazione comportamentale e a sovrastimare la probabilità di esiti negativi nelle situazioni sociali (3).

L'esordio della fobia sociale avviene in giovane età, spesso nell'infanzia, ma può presentarsi anche in adolescenza, ossia quando le relazioni interpersonali sono significative e svolgono un ruolo importante nelle relazioni adulte (1, 5). Per effettuare diagnosi è necessario che i sintomi perdurino per un minimo di sei mesi e che siano di intensità tale da compromettere il funzionamento dell'individuo o da creargli un disagio clinicamente significativo (5).

La prevalenza a 12 mesi nella popolazione generale mondiale è del 0,5%-2,0%, inoltre campioni clinici non mostrano differenze epidemiologiche significative tra i sessi, ma studi di carattere più ampio sulla popolazione generale mostrano che questo disturbo è più comune tra i soggetti di sesso maschile (2).

2.6.1 Trattamento tradizionale per il disturbo d'ansia sociale

Il trattamento farmacologico di prima scelta è l'uso di SSRI, che hanno dimostrato risultati positivi a livello terapeutico, presentano pochi effetti collaterali e sono ben tollerati dal paziente. L'uso di benzodiazepine è consigliato nelle prime fasi del trattamento, monitorando costantemente eventuali condotte di abuso [...].

Si è dimostrata utile, inoltre, anche la terapia cognitivo-comportamentale basata sulla tecnica della desensibilizzazione sistematica nei confronti degli stimoli

ansiosi, ma solo se effettuata in associazione a farmacoterapia (5).

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nel monitoraggio del paziente per individuare eventuali segni di ricaduta e rischio di pericolo per sé e per gli altri. Inoltre, sono incaricati di aiutare i pazienti e le loro famiglie a comprendere ed affrontare al meglio questo tipo di disturbo consigliando ad esempio prove o giochi di ruolo, ossia strumenti che promuovono nel paziente un senso di competenza nell'affrontare situazioni ed eventi che provocano ansia. Infine, possono insegnare ai pazienti come risolvere i conflitti usando l'assertività, così da poter affrontare le situazioni stressanti in modo efficace (1).

2.7 Disturbo d'ansia generalizzato

Il disturbo d'ansia generalizzato è caratterizzato da preoccupazione ed ansia persistenti, eccessive rispetto alle potenziali conseguenze negative dell'evento temuto, riguardanti svariati ambiti, tra cui il rendimento scolastico e lavorativo, che l'individuo fatica a controllare. L'individuo, inoltre, esperisce sintomi fisici come: irrequietezza, disagio, agitazione, tensione, facile affaticamento, difficoltà di concentrazione, vuoti di memoria, irritabilità, tensione muscolare e disturbi del sonno, che compromettono significativamente la capacità funzionale della persona (2, 5).

Per fare diagnosi è necessario che i sintomi abbiano una durata di almeno 6 mesi, che le preoccupazioni non siano proporzionate rispetto allo stimolo e che siano significativamente interferenti sul funzionamento dell'individuo su un piano clinico (5).

Nella popolazione generale la prevalenza di tale disturbo varia dal 5% al 7% con una incidenza maggiore nelle donne, le quali hanno il doppio della probabilità di soffrire di tale disturbo rispetto ad un uomo. Inoltre, questa patologia è più frequente negli individui di mezza età, periodo nel quale raggiunge il picco, per poi diminuire durante gli anni successivi (2).

Il disturbo d'ansia generalizzato è un disturbo cronico e ricorrente, perciò il paziente necessita di una terapia a lungo termine per prevenire le ricadute (1, 5).

2.7.1 Trattamento tradizionale per il disturbo d'ansia generalizzato

I farmaci di prima scelta impiegati per il trattamento del disturbo d'ansia

generalizzato sono gli SSRI, a causa della loro tollerabilità ed efficacia. Purtroppo però, il tempo di risposta dell'organismo a questi farmaci può variare dalle 2 alle 3 settimane e spesso può essere necessario iniziare la terapia con dosi dimezzate rispetto a quelle impiegate per i disturbi depressivi, a causa del rischio di ansia paradossa che può verificarsi nelle fasi iniziali del trattamento. Inoltre, spesso nelle prime settimane di trattamento vengono prescritte le benzodiazepine per trattare l'episodio acuto ed in attesa che la terapia con gli SSRI faccia effetto. A lungo termine però sono sconsigliate per un elevato rischio di abuso [...].

La psicoterapia cognitivo-comportamentale, basata sulle tecniche di ristrutturazione cognitiva e di rilassamento per la gestione dell'ansia, si è dimostrata utile in associazione alla farmacoterapia (5).

L'identificazione dei sintomi, l'educazione sanitaria, la valutazione delle condizioni di comorbidità, come ad esempio la depressione, ed il rischio di pericolo per sé e per gli altri sono compiti dell'infermiere. Quest'ultimo, inoltre, ha il compito di incoraggiare il paziente ad identificare i propri punti di forza, a sviluppare hobby e a concentrarsi sulle situazioni ed aree della vita in cui ha il controllo così da aumentare l'autostima dell'individuo. Infine, è importante che l'infermiere coinvolga la famiglia dell'individuo nel processo di assistenza e cura poiché favorisce il successo del trattamento (1).

2.8 Disturbo di panico ed agorafobia

Nel disturbo di panico, l'individuo sperimenta frequenti e inaspettati attacchi di panico, è costantemente preoccupato o spaventato di esperirne ulteriori, oppure esegue modifiche comportamentali a causa di essi [...].

Gli attacchi di panico sono definiti come una rapida comparsa di paura o disagio intenso che raggiunge il suo picco in pochi minuti, accompagnata da sintomi fisici e/o cognitivi; possono manifestarsi con due distinte modalità: come risposta ad un oggetto o ad una situazione tipicamente temuti, e quindi attesi, oppure senza ragione evidente, quindi inaspettati (2).

Per fare diagnosi è necessaria la presenza di molteplici attacchi di panico ricorrenti ed inaspettati e che si presentino, per almeno un mese, ansia anticipatoria e/o significativa modificazione del comportamento correlata agli attacchi di panico (5).

La prevalenza a 12 mesi a livello europeo nella popolazione generale è circa

del 2%-3%, con un'incidenza maggiore nella popolazione femminile con un rapporto di circa 2 a 1 rispetto alla popolazione maschile (2).

Questo disturbo può complicarsi e/o presentarsi in comorbidità con altri disturbi d'ansia, il più comune è l'agorafobia (5).

Gli individui affetti da agorafobia temono e provano ansia riguardo ad almeno due di queste situazioni: utilizzare trasporti pubblici, trovarsi in spazi aperti, stare in spazi ristretti, fare la fila o essere in mezzo alla folla, oppure essere fuori casa da soli o altre situazioni. Il paziente ha paura di questi contesti in conseguenza di pensieri legati al fatto che potrebbe essere difficile fuggire o che potrebbe essere impossibile ricevere soccorso da qualcuno nel caso in cui si sviluppino sintomi simili al panico, o invalidanti o imbarazzanti. Ciò porta all'evitamento o al bisogno di un accompagnatore per affrontare tali situazioni perché provocano ansia e paura (2).

Per fare diagnosi di agorafobia i segni ed i sintomi devono perdurare per almeno 6 mesi (3).

Può emergere fin dall'infanzia, ma è più comune nella tarda adolescenza e nella prima età adulta e circa l'1,7% degli adolescenti e degli adulti riceve una diagnosi di agorafobia ogni anno, inoltre la probabilità di soffrire di tale patologia è doppia per le donne rispetto agli uomini (2).

2.8.1 Trattamento tradizionale per il disturbo di panico ed agorafobia

Il trattamento dei disturbi di panico prevede l'uso di antidepressivi SSRI come prima scelta, ma se non efficaci vengono impiegati gli antidepressivi triciclici. L'uso di benzodiazepine si verifica in caso di attacchi di panico, ma vengono somministrate con cautela e possibilmente solo nel primo periodo a causa dell'elevato rischio di dipendenza [...].

La psicoterapia cognitivo-comportamentale impiegata in associazione alla terapia farmacologica si è dimostrata efficace nella gestione delle condotte di evitamento (5).

L'infermiere deve offrire educazione sanitaria, un intervento fondamentale perché fornisce informazioni importanti sulla malattia al paziente e alla famiglia e li rassicura riguardo ai sintomi e alle opzioni di trattamento. Inoltre, è essenziale ridurre al minimo i comportamenti evitanti, combattere le cognizioni distorte, mantenere un

monitoraggio a lungo termine e valutare eventuali disturbi in comorbilità come depressione e abuso di sostanze (1).

2.9 Nuovi approcci non farmacologici

La maggior parte degli specialisti sostiene che per gestire i sintomi dei disturbi d'ansia sia consigliabile l'uso della psicoterapia, in particolare la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), in associazione con la farmacoterapia per pazienti che presentano una forma grave ed invalidante di ansia (17).

Non tutti gli individui però traggono beneficio dalla CBT, ciò implica che una percentuale significativa di individui non sperimenti un sollievo clinicamente rilevante attraverso questo tipo di terapia (12).

In aggiunta, spesso, i trattamenti farmacologici hanno un'efficacia a lungo termine limitata, tendono ad alleviare solo i sintomi della malattia e sono associati a gravi effetti collaterali tra cui: reazioni avverse, dipendenza, ricadute dopo la sospensione, resistenza al trattamento, disfunzione sessuale, sudorazione eccessiva, sonnolenza ed aumento di peso (30).

Sebbene sia stato dimostrato che questi disturbi sono condizioni trattabili e rispondono agli interventi psicologici e farmacologici di prima linea raccomandati, solo il 60% circa dei pazienti risponde a tali interventi in modo significativo. Infatti, purtroppo, molti pazienti presentano ancora sintomi di ansia residui o rimangono refrattari al trattamento. Questi alti numeri sottolineano l'importanza di sviluppare interventi personalizzati per questo tipo di pazienti (28).

Per questo motivo molti trattamenti complementari alternativi hanno guadagnato popolarità, come ad esempio: aromaterapia, mindfulness, musicoterapia, rilassamento attraverso le respirazioni (17).

2.9.1 Respirazioni

Gli esercizi di rilassamento attraverso la respirazione si sono rivelati efficaci nel ridurre i sintomi dei disturbi d'ansia (11).

Generalmente i sintomi respiratori associati all'ansia sono: pressione o costrizione del torace, dispnea, respirazione superficiale, iperventilazione ed aumento della frequenza respiratoria. Mentre, i sintomi cardiovascolari comprendono:

tachicardia, palpitazioni ed aumento del flusso sanguigno periferico (7).

La respirazione è un intervento efficace, economico e semplice per ridurre l'ansia. Essa ha un impatto diretto sull'attività del sistema nervoso autonomo, compresa la frequenza cardiaca che è regolata da un equilibrio dinamico tra il sistema nervoso simpatico ed il sistema nervoso parasimpatico. Durante l'inspirazione, il centro cardiovascolare inibisce il flusso vagale, determinando così una predominanza del sistema simpatico che aumenta la frequenza cardiaca. Mentre, al contrario, durante l'espiazione, il deflusso vagale viene ripristinato, riducendo la frequenza cardiaca (10).

Studi hanno evidenziato una relazione tra i livelli di GABA (Acido Gamma-Amminobutirrico, un neurotrasmettitore inibitorio nel sistema nervoso centrale noto per indurre sensazioni di calma e, prodotto naturalmente dall'organismo) e ansia, nervosismo e insonnia. Fortunatamente, la meditazione può aiutare a mantenere equilibrati questi livelli, contribuendo a ridurre lo stress e a promuovere una sensazione di tranquillità (11).

Durante la meditazione consapevole, attraverso gli esercizi di respirazione, l'attività dei neuroni nella corteccia cerebrale viene ridotta grazie all'azione dei neuroni GABAergici, noti come neuroni inibitori. Questi neuroni contribuiscono all'aumento dell'attività nella rete cardiorespiratoria durante l'inspirazione e hanno un ruolo fondamentale nella regolazione dei ritmi respiratori. Essi interagiscono anche con l'amigdala per influenzare le risposte ansiose: la loro rimozione o l'inibizione dei recettori GABA nell'amigdala aumenta l'ansia, mentre il potenziamento della trasmissione GABAergica riduce l'attività eccitatoria in questa regione cerebrale. In sintesi, la meditazione consapevole sembra avere un impatto sul funzionamento dei neuroni GABAergici in diverse aree del cervello, contribuendo alla riduzione dello stress, all'aumento della chiarezza mentale e all'equilibrio emotivo (8).

Le respirazioni fatte durante la meditazione possono alleviare efficacemente l'ansia, facendo entrare chi le pratica in uno stato di profonda calma e rilassamento a livello neuronale (11); tra queste possiamo distinguere:

- La Respirazione Diaframmatica (Diaphragmatic Breathing Relaxation-DBR), una tecnica di respirazione che sfrutta il movimento del muscolo diaframma per far fluire l'aria verso il basso, nel corpo, aumentando

così l'espansione del diaframma e migliorando l'efficienza della respirazione. Questo tipo di respirazione agevola anche un'espirazione più completa ed efficiente. Inoltre, la DB è nota per avere un effetto rilassante e stabilizzante sul sistema nervoso autonomo, infatti stimola il sistema nervoso parasimpatico, che riduce i livelli di ansia, aumenta i livelli di anidride carbonica nel sangue e rafforza l'attività nervosa parasimpatica, aumenta la concentrazione ed il rilassamento e stabilizza il battito cardiaco e la pressione sanguigna (7).

- La respirazione Sudarshan Kriya Yogica (SKY) che rappresenta una pratica che prevede cicli respiratori che variano dalla respirazione lenta e rilassante alla respirazione veloce e stimolante. Si ritiene che i cicli di respirazione lenta abbiano l'effetto di stimolare il nervo vago, il quale è coinvolto nella regolazione della risposta di rilassamento del corpo. D'altra parte, i cicli di respirazione veloce forniscono una leggera stimolazione simpatica, simile all'effetto dell'esercizio fisico regolare, il che può aumentare la tolleranza allo stress. Combinando cicli di respirazione lenta e veloce, si creano condizioni che possono aiutare a regolare le emozioni e a ridurre l'eccitazione. Questo può essere particolarmente utile nell'elaborazione emotiva e nel raggiungimento di uno stato di calma mentale. La respirazione SKY è utilizzata in diverse pratiche di meditazione e rilassamento per promuovere il benessere emotivo e il controllo dello stress (8).
- La Respirazione Profonda Lenta (Deep Slow Breathing-DSB), metodo caratterizzato da una durata dell'espirazione più lunga dell'inspirazione (10).

Uno studio ha dimostrato che tale approccio non farmacologico può essere eseguito dal personale infermieristico se adeguatamente formato. I risultati dello studio indicano che le tecniche di respirazione sono efficaci nel ridurre l'ansia anche se somministrate dagli infermieri. Ciò indica che le competenze infermieristiche devono essere potenziate e migliorate perché l'attuale approccio alla cura dell'ansia risulta insufficiente per garantire un adeguato supporto per la salute mentale. Si raccomanda che la formazione in trattamento dei disturbi d'ansia tramite tecniche di respirazione

sia ulteriormente sviluppata e inclusa nei programmi educativi sia per i pazienti che per gli operatori sanitari. Questo permetterà di migliorare la qualità dell'assistenza fornita, promuovendo una gestione più efficace dell'ansia e dei disturbi correlati (7).

Diversi studi hanno evidenziato che elementi tradizionalmente considerati come non specifici, come ad esempio la qualità della relazione terapeutica e la fiducia nel trattamento, svolgono un ruolo significativo nell'influenzare l'esito delle terapie riguardanti la respirazione utilizzate per trattare i disturbi d'ansia. Per raggiungere il massimo beneficio da queste terapie, è fondamentale promuovere una solida alleanza terapeutica, instaurare una relazione di fiducia tra terapeuta e paziente e coltivare aspettative positive nei confronti del trattamento (9).

2.9.2 Mindfulness

Gli interventi basati sulla consapevolezza (Mindfulness Based Interventions-MBI) si sono rivelati efficaci per il trattamento dei disturbi d'ansia in diversi studi (26).

La mindfulness è stata definita come la consapevolezza che emerge prestando attenzione, nel momento presente, in modo non giudicante, allo svolgersi dell'esperienza momento per momento (12, 15, 18, 23, 24, 29). Ciò è antitetico ai processi di pensiero orientati al futuro presenti nella cognizione orientata all'ansia e alle sue tattiche di regolazione delle emozioni (29).

La consapevolezza è considerata un mezzo per raggiungere piacere, saggezza, connessione e rilassamento e, se praticata correttamente, migliora la salute mentale e fisica (24).

Le principali forme di MBI sono la terapia comportamentale basata sulla consapevolezza (Mindfulness Based Cognitive Therapy-MBCT) e la riduzione dello stress basata sulla consapevolezza (Mindfulness Based Stress Reduction-MBSR) (14, 15, 21, 23, 29).

La MBSR è stata adottata negli ultimi anni come intervento di medicina integrativa (19); ideata da Jon Kabat-Zinn all'inizio degli anni '80 consiste nel miglioramento delle capacità di mindfulness sviluppate attraverso regolari pratiche meditative (15). Generalmente è un intervento di gruppo di 8 settimane con un giorno di "ritiro" nel fine settimana e pratica quotidiana a casa guidata tramite registrazioni

audio (14, 16, 24, 27). Gran parte del contenuto del corso è incentrato sull'imparare a prestare attenzione consapevolmente alle sensazioni del corpo e coltivare consapevolezza dell'esperienza interna del momento presente con un atteggiamento accettante e non giudicante, utilizzando varie pratiche meditative mente-corpo come la meditazione seduta, le scansioni del corpo, lo stretching delicato e lo yoga (15, 16, 24). Gli obiettivi di questi interventi non sono formulati in termini di eliminazione dei sintomi, bensì con l'intenzione di sviluppare un diverso modo di relazionarsi con il disagio presente nella vita quotidiana (27). L'MBSR sembra essere un trattamento sicuro ed efficace per la riduzione dei disturbi d'ansia (15) in quanto presume che una maggiore consapevolezza faciliti un modo non reattivo e più flessibile di elaborare i pensieri, i sentimenti e le sensazioni corporee potenzialmente angoscianti (27). Nonostante ciò, c'è da considerare che questo tipo di trattamento intensivo richiede notevole impegno in termini di tempo e formazione sia da parte del terapeuta che da parte del paziente (15).

Negli ultimi anni diversi studi hanno dimostrato che l'MBCT può ridurre i sintomi acuti di ansia (20) grazie all'orientamento mentale verso l'esperienza e la consapevolezza del tempo presente in uno stile non giudicante che focalizza l'attenzione sul proprio corpo e quindi aumenta la consapevolezza del corpo, dei sentimenti e dei pensieri associati all'ansia, la quale aumenta il senso di controllabilità dei sintomi portando alla riduzione dell'ansia. (13). L'approccio MBCT si basa sull'integrazione della terapia cognitivo comportamentale (CBT) con l'MBSR (22). Il protocollo MBCT è basato sul modello di Segal, Williams e Teasdale (2002) che enfatizza l'accettazione piuttosto che un cambiamento di strategie e non offre alcuna formazione sul cambiamento del contenuto dei pensieri, ma incoraggia piuttosto a vedere i pensieri come tali, piuttosto che come riflessi della realtà (24). L'MBCT viene erogata attraverso 8 sessioni settimanali di gruppo, ciascuna della durata di 2 ore. Durante queste sessioni vengono insegnate diverse abilità per aiutare i partecipanti a diventare più consapevoli e a relazionarsi in modo diverso con i propri pensieri, sentimenti e sensazioni ansiose. Inoltre, ai partecipanti, viene fornito un quaderno di esercizi e registrazioni audio per aiutarli a praticare esercizi di consapevolezza a casa quotidianamente. Il corso MBCT tratta diversi argomenti: diventare più consapevoli del modo abituale in cui le formazioni vengono elaborate e della distraibilità della

mente dovuta a pensieri e sentimenti automatici, come concentrarsi sulla respirazione possa essere utile per rimanere nel qui ed ora, l'effetto controproducente dell'evitare e del fuggire da pensieri e sentimenti negativi rispetto ad un atteggiamento di accettazione e tolleranza, liberarsi dei pensieri negativi etichettandoli come pensieri invece che come fatti e, infine, la prevenzione delle ricadute (28).

L'MBCT ha il potenziale per porre rimedio al tratto che influenzerebbe l'insorgenza e la continuità dei sintomi d'ansia fin dalle prime fasi grazie alla consapevolezza, che mira a trasformare l'atteggiamento verso gli eventi spiacevoli anziché rimuovere le esperienze spiacevoli stesse (25).

Tuttavia, come per l'MBSR, c'è da considerare che questo tipo di trattamento intensivo richiede notevole impegno in termini di tempo e formazione sia da parte del terapeuta che da parte del paziente (15).

È importante comprendere l'importanza di un team multidisciplinare per il trattamento delle persone affette da disturbi d'ansia. Zimmermann et al. hanno confermato che un infermiere può integrare con successo il lavoro di un medico di medicina generale supportando l'autogestione dei pazienti con sintomi d'ansia, aumentando l'autoefficacia da essi percepita. Ciò indica che l'implementazione di un modello di assistenza eseguita dal personale infermieristico con istruzione o formazione per eseguire interventi di mindfulness nell'assistenza sanitaria è di fondamentale importanza per garantire l'accesso all'assistenza a più persone possibili (31).

Alcuni studi hanno esaminato l'efficacia dei programmi di MBI somministrati dal personale infermieristico (18, 31). Tra questi interventi gli infermieri possono utilizzare gli MBI online come trattamento complementare aggiuntivo o alternativo per la gestione dei sintomi di ansia negli adulti (23).

2.9.3 Musicoterapia

La musicoterapia (MT) è una terapia non farmacologica ampiamente utilizzata per il trattamento dei disturbi psichiatrici in tutto il mondo ed è stata studiata come terapia aggiuntiva nel trattamento dei disturbi d'ansia (35).

È un metodo terapeutico che sfrutta l'ampia influenza della musica su diversi aspetti della vita umana tra cui cognizione, movimento, emozioni, comunicazione,

relazioni sociali, sensi ed educazione al fine di migliorare le condizioni psicosomatiche delle persone. In altre parole, utilizza la musica per promuovere il benessere e la salute attraverso molteplici vie, come il miglioramento delle capacità cognitive, motorie, emotive e comunicative, l'incoraggiamento dell'interazione sociale, la stimolazione sensoriale e l'educazione (32).

Questa terapia impiega diversi elementi musicali, quali la melodia, il suono, il tempo, la concordanza e l'intonazione, al fine di promuovere e potenziare il benessere fisico, mentale e sociale tramite l'instaurazione di una relazione terapeutica tra il partecipante ed il musicoterapista (34).

Questo trattamento può essere suddiviso in diverse forme, con approcci attivi o ricettivi, nonché una combinazione di entrambi. Gli approcci attivi coinvolgono sia il terapeuta che il paziente che suonano strumenti musicali, lavorando su canzoni o frasi musicali per affrontare problemi relazionali ed emotivi identificati dal paziente. Questo approccio prevede che i pazienti ascoltino diversi generi musicali per indurre cambiamenti fisici ed emotivi. Questi formati possono essere somministrati sia in sessioni individuali che di gruppo (32, 34, 37).

Il trattamento musicoterapico individuale si configura come un'attività molto delicata perché è rivolta a persone che, in relazione ad un'accurata osservazione musicoterapica, presentano una o più problematiche d'adattamento, mentre la musicoterapia di gruppo, invece, è destinata ad individui che, dopo un'attenta osservazione musicoterapica o dopo un trattamento individuale di musicoterapia, dimostrano minime competenze relazionali. L'obiettivo della musicoterapia di gruppo è promuovere l'integrazione della persona all'interno di un piccolo ambiente sociale (33).

Quando si pratica la musicoterapia, è consigliabile utilizzare una frequenza di 432Hz per la musica poiché questa frequenza sembra avere benefici sul cervello e sulla connessione con la natura e il pianeta. Utilizzando uno strumento accordato a 432Hz, si creano frequenze e armonici che sono più in sintonia con quelli presenti nella natura e nell'universo, seguendo anche la legge dell'ottava che contribuisce al benessere e alla bellezza nell'arte. L'accordatura a 432Hz sembra influenzare le onde cerebrali in modo che abbiano frequenze multiple di 8Hz, come le onde alfa/theta, il che può facilitare l'accesso a stati meditativi profondi e alla comprensione delle parti più nascoste

dell'inconscio. Questa frequenza può anche promuovere l'integrazione tra i due emisferi cerebrali, quello analitico e quello creativo, e può generare emozioni di collaborazione, gratitudine, pace e rilassamento (36).

L'ambiente terapeutico rappresenta un contesto ottimale e dinamico volto alla guarigione dei pazienti, all'incremento della fiducia in sé stessi e del proprio senso di valore, nonché al reinserimento nella vita sociale nel minor tempo possibile. Le attività di gruppo condotte dagli infermieri nell'ambiente terapeutico hanno come obiettivo il potenziamento delle competenze sociali, il miglioramento delle capacità di risoluzione dei problemi, l'incremento dell'indipendenza, l'innalzamento dell'autostima e la promozione dell'aderenza al trattamento attraverso la comunicazione e le interazioni all'interno del gruppo (32).

Secondo uno studio gli infermieri dovrebbero includere la musicoterapia nella cura di routine dei pazienti psichiatrici poiché si è dimostrato un intervento che può alleviare efficacemente tali disturbi, oltre ad essere a basso costo e privo di effetti collaterali. (38). Naturalmente gli infermieri devono frequentare un corso di formazione di musicoterapia per mettere in atto questo tipo di intervento.

2.9.4 Aromaterapia

L'aromaterapia (AT) mediante diversi oli essenziali ha dimostrato di alleviare efficacemente e significativamente l'ansia (40).

L'uso dell'aromaterapia ha una storia millenaria, con figure illustri come Ippocrate, considerato il padre della medicina moderna, che promuoveva l'impiego di bagni aromatici e massaggi profumati come elementi essenziali per il mantenimento della salute. Nel corso della storia, l'uso medico e clinico degli oli essenziali nell'ambito dell'aromaterapia è stato sostenuto da alcuni importanti teorici infermieristici. Le loro teorie e concetti riflettono l'applicazione dell'aromaterapia clinica come un approccio olistico e centrato sul paziente, finalizzato al miglioramento della salute fisica, dei bisogni spirituali e del benessere. La sottoscrizione di questa pratica da parte di questi teorici conferma la credibilità dell'aromaterapia nel contesto sanitario come un approccio alternativo valido (39).

L'AT è una forma complementare di trattamento che coinvolge l'utilizzo terapeutico di oli essenziali ricavati dalle piante al fine di promuovere il benessere

fisico, emotivo e spirituale. (42, 43).

Gli oli essenziali sono liquidi volatili estratti da materiale vegetale attraverso processi come la distillazione a vapore o la spremitura a freddo, e possono derivare da varie parti della pianta tra cui fiori, foglie, semi, resine, radici o corteccia (42). Gli oli essenziali di lavanda, rosa, limone, bergamotto e agrumi, sono comunemente impiegati in aromaterapia per il loro noto effetto ansiolitico, in particolare, per la loro capacità di ridurre lo stress e l'ansia in specifiche popolazioni di pazienti (40, 46).

L'olio essenziale di Rosa (*Rosa damascena*) proviene dalla famiglia delle piante delle Lamiaceae ed è un arbusto da fiore noto come "cespuglio di rose" (39). Diversi studi scientifici hanno riportato che questo olio essenziale, ha effetti rilassanti sia dal punto di vista fisiologico che psicologico, oltre ad avere proprietà anti-ansia. In uno studio controllato che impiegava l'assorbimento transdermico, è stato dimostrato che l'olio di rosa ha provocato una diminuzione della frequenza respiratoria, della pressione sanguigna e della saturazione di ossigeno nel sangue, il che è coerente con un effetto rilassante. La stimolazione olfattiva con olio di rosa induce una sensazione di rilassamento sia a livello fisiologico che psicologico. (41).

L'olio essenziale del bergamotto (*Citrus bergamia*) appartiene alla famiglia delle piante delle Rutaceae (39). Diversi studi hanno dimostrato che questo olio essenziale è spesso utilizzato in aromaterapia e recentemente ha guadagnato popolarità per la sua proprietà di migliorare l'umore, i sintomi lievi dei disturbi legati allo stress e all'ansia e per facilitare il sonno (41). Infatti, il *Citrus Bergamia* sembra influenzare la concentrazione di GABA, la serotonina ed i percorsi dopaminergici all'interno del nostro organismo (46).

L'olio essenziale di limone (*Citrus limonum*) deriva dal frutto di un piccolo albero sempreverde, l'olio essenziale di mandarino (*Citrus reticulata*) e l'olio essenziale di arancio dolce (*Citrus sinensis*) provengono dalla famiglia delle piante delle Rutaceae. Questi oli essenziali vengono utilizzati per ridurre l'ansia (39), poiché influenzano la concentrazione di GABA, serotonina ed i percorsi dopaminergici all'interno del nostro corpo (46).

L'olio essenziale di Lavanda, una pianta cespugliosa perenne appartenente alla famiglia delle Lamiaceae e dal profumo intenso (39), è rinomato da secoli perché favorisce il "benessere" (45) e riduce lo stress e l'ansia (41). La specie "Lavandula"

comprende circa 30 specie coltivate in tutto il mondo con importanti costituenti e proprietà chimiche simili (45). Tuttavia, solo quattro specie, la lavanda vera o lavanda inglese (*Lavandula angustifolia*), la lavanda spica (*Lavandula latifolia*), la lavandina (*Lavandula intermedia*) e la lavanda spagnola (*Lavandula stoechas*) sono utilizzate commercialmente per produrre gli oli essenziali di lavanda (41). Se si esamina l'uso dell'olio essenziale di questa pianta nel trattamento dello stress e dell'ansia, i componenti attivi come il linalolo e l'acetato di linalile presenti nella *Lavandula Angustifolia* suggeriscono che sia l'olio essenziale più appropriato (42).

L'olio essenziale di lavanda viene estratto dai fiori e dei gambi della pianta mediante distillazione a vapore. Si presenta come un liquido incolore o giallo pallido con un dolce aroma floreale ed erbaceo. Tra i suoi componenti principali troviamo, appunto, il linalolo ed il linalile acetato (45): la ricerca ha dimostrato che questi componenti influenzano la trasmissione della serotonina, che svolge un ruolo significativo nell'effetto ansiolitico della lavanda (46).

Un estratto di olio essenziale standardizzato di *Lavandula Angustifolia*, noto come Silexan, è stato appositamente preparato e brevettato in Germania, ed è stato approvato per l'uso orale per combattere l'ansia. Questo estratto contiene linalolo e acetato di linalile, ossia i principali costituenti dell'olio di lavanda, a concentrazioni rispettivamente del 36,8% e del 34,2%. Silexan è disponibile sottoforma di capsule molli a rilascio immediato contenenti 80 mg di olio di lavanda (40, 41). Ha mostrato effetti ansiolitici significativi sia in pazienti con disturbi d'ansia sottosoglia con una dose orale giornaliera di 80 mg (una capsula), nonché in pazienti con irrequietezza ed agitazione legata all'ansia e disturbi d'ansia generalizzati, con uso giornaliero di dosi da 80 mg a 160 mg (45).

Esistono quattro metodi fondamentali per la somministrazione degli oli essenziali: applicazione topica, inalazione, uso orale ed assorbimento interno (39, 41, 46). Le terapie inalatorie possono essere realizzate utilizzando panni, bastoncini o cerotti nasali imbevuti di olio essenziale, oppure tramite la diffusione ambientale con l'uso di un diffusore. Nel caso dell'applicazione locale sulla cute, gli oli essenziali vengono diluiti in un olio fisso vegetale a bassa concentrazione (42, 46). La diluizione è inferiore al 3% ed è necessaria a causa del rischio di sensibilizzazione cutanea, dermatite da contatto e fototossicità (44).

Gli oli essenziali terapeutici sono sostanze altamente volatili che hanno la capacità di entrare efficacemente nel sistema limbico del corpo attraverso le vie olfattive, influenzando così i segnali vitali e le emozioni. Questi oli sono sostanze lipofile che forniscono una rapida attività terapeutica ma vengono anche rapidamente escreti. Le particelle aromatiche interagiscono direttamente con l'amigdala e durante il contatto con il bulbo olfattivo, inviano segnali chimici al sistema limbico influenzando l'amigdala e l'ipotalamo e causando la fluttuazione di neurotrasmettitori come serotonina, norepinefrina, glutammato e GABA (46).

La somministrazione degli oli essenziali tramite l'inalazione può avere effetti psicologici, poiché il bulbo olfattivo riceve segnali limbici associati alle emozioni e alla memoria nell'amigdala e nell'ippocampo. Il sistema olfattivo permette la percezione dell'odore attraverso una reazione chimica tra i recettori nel cervello e i composti presenti negli oli essenziali. Una volta percepito un aroma il corpo ne analizza il profumo attraverso il sistema reticolare del cervello che collega le emozioni con i ricordi. Può essere attivato l'ipotalamo, il centro fondamentale del cervello per le pulsioni e le emozioni, che stimola la ghiandola pituitaria. Quest'ultima produce ormoni che influenzano altre ghiandole del corpo, innescando così reazioni fisiologiche, psicologiche ed emotive che influenzano sentimenti e comportamenti; questo spiega come alcuni aromi possano suscitare determinate risposte emotive. Una volta che un aroma viene memorizzato nel cervello, ogni successiva inalazione dello stesso evocherà la medesima risposta. Inalando direttamente un olio essenziale, il cervello è in grado di analizzare ed immagazzinarne il profumo, insieme alle risposte che esso scatena all'interno del corpo. È così che gli oli essenziali possono essere terapeutici attraverso l'inalazione (39, 41, 42).

Se l'aromaterapia viene somministrata per via topica, ad esempio mediante un massaggio, le molecole vengono assorbite attraverso la pelle. Successivamente, quest'ultime, viaggiano verso le vie respiratorie superiori e poi verso le vie respiratorie inferiori, in seguito si dirigono verso i vasi sanguigni polmonari, nel flusso sanguigno e quindi verso organi e tessuti. Il percorso cutaneo può attivare la stimolazione olfattiva innescando una risposta mentale e fisiologica. L'assorbimento degli oli essenziali attraverso la pelle può ridurre lo stress percepito dal paziente, favorire la guarigione ed aumentare la comunicazione (39).

Gli infermieri risultano essere responsabili della valutazione, della gestione e del trattamento dei sintomi di ansia tra i pazienti ospedalizzati; perciò, l'uso di terapie complementari come l'aromaterapia può essere uno strumento promettente ed a basso costo (44).

Diversi studi definiscono l'aromaterapia come pratica clinica infermieristica integrativa che rientra nella categoria delle terapie mente-corpo (39, 43, 44). Il personale infermieristico per erogare questo tipo di intervento deve essere adeguatamente formato e quindi frequentare un corso di formazione in aromaterapia (44).

A sostegno di ciò alcuni studi hanno dimostrato che l'aromaterapia fornita dagli infermieri è stata efficace nella riduzione dell'ansia in aggiunta con le cure abituali (43, 44).

2.9.5 Grounding

Il grounding è una tecnica rapida raccomandata negli interventi di emergenza praticabile in qualsiasi circostanza (48). Mira ad aiutare a sentirsi "radicati" nel momento presente, aumentando la consapevolezza e permettendo di regolare l'attivazione emotiva legata ai fattori d'ansia (47).

La postura verticale che bisogna assumere per praticare il grounding consente di utilizzare questo intervento praticamente ovunque (48).

Esistono varie modalità di grounding ed una tra le più popolari è il metodo "5-4-3-2-1" che coinvolge tutti e 5 i sensi. Questa procedura inizia con un esercizio di respirazione profonda chiamato "respirazione triangolare", consistente nell'inspirare per 5 secondi, trattenere il respiro per 5 secondi e poi espirare per 5 secondi, continuando fino a quando si percepisce una riduzione dell'attivazione emotiva. Successivamente si procede concentrandosi su: 5 cose che si possono vedere, 4 cose che si possono toccare, 3 cose che possiamo udire, 2 cose che possiamo odorare e 1 cosa che possiamo gustare. Questa tecnica ha l'obiettivo di direzionare l'attenzione su ciò che sta accadendo attorno all'individuo, piuttosto su ciò che sta favorendo la non regolazione emotiva, come ad esempio pensieri ruminanti (47).

Un'altra modalità di grounding popolare è "l'ancoraggio attentivo". L'esercizio consiste nello stare in piedi, in una posizione rilassata, portando

l'attenzione ai piedi ben a contatto con il suolo, le gambe che sostengono il peso del tronco poggiato sul bacino. Ciò permette di rimanere in contatto con la sensazione di essere ben radicati alla superficie sottostante che ci sostiene. Successivamente, respirando, si immagina che dai piedi partano delle radici che scendono nella terra, sempre più in profondità e che dalla terra man mano si inizia a percepire una sensazione di calore che parte dai piedi ed arriva fino alle gambe. Questo esercizio ha l'obiettivo di far sentire rilassati, radicati nel momento presente e stabili (48).

L'infermiere formato su questi tipi di interventi, data la loro semplicità e la loro facilità di applicazione in qualsiasi circostanza e da chiunque, può e deve educare il paziente nell'attuazione di queste pratiche già rivelatesi efficaci per ridurre l'ansia.

CAPITOLO 3

DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

3.1 Discussione

I disturbi d'ansia sono tra le malattie mentali più comuni al mondo, rappresentando secondo l'OMS il 3,3% del carico mondiale di malattie. Questi disturbi includono una varietà di condizioni come l'ansia da separazione, il mutismo selettivo, le fobie specifiche, il disturbo d'ansia sociale, il disturbo d'ansia generalizzato e il disturbo di panico ed agorafobia (4).

La psicoterapia, in particolare la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), è un trattamento di prima linea per tali disturbi ed include l'esposizione agli stimoli temuti per affrontare i comportamenti di evitamento. La farmacoterapia, con farmaci come gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) e della serotonina-noradrenalina (SNRI), rappresenta un'altra opzione di trattamento (4, 5). La combinazione di terapia psicologica e farmacologica ha dimostrato di essere particolarmente efficace rispetto all'uso univoco di psicoterapia o farmacoterapia (4).

Il personale infermieristico riveste un ruolo cruciale nell'assistenza ai pazienti affetti da disturbi d'ansia poiché svolge un attento monitoraggio per individuare segni di recidiva o peggioramento dei sintomi, valutando le comorbidità ed il rischio per il paziente o gli altri. Inoltre, fornisce educazione sanitaria, incoraggia il paziente a sviluppare punti di forza, riduce i comportamenti evitanti e favorisce il coinvolgimento della famiglia nel processo di assistenza. Questo supporto da parte degli infermieri è fondamentale per garantire un trattamento efficace per la gestione dei sintomi dei disturbi d'ansia (1).

Sebbene sia stato dimostrato che questi disturbi sono condizioni trattabili e rispondono agli interventi psicologici e farmacologici di prima linea raccomandati, solo il 60% circa dei pazienti reagisce a tali interventi in modo significativo. Infatti, molti pazienti presentano ancora sintomi di ansia residui o rimangono refrattari al trattamento (28). Questo ha portato all'interesse per approcci complementari e alternativi, come l'aromaterapia, la mindfulness, la musicoterapia e il rilassamento tramite tecniche di respirazione (17) che possono offrire un'opzione per i pazienti che non rispondono adeguatamente alle terapie tradizionali, con l'obiettivo di sviluppare

interventi personalizzati per affrontare i sintomi dei disturbi d'ansia e migliorare la qualità della vita degli stessi.

Le tecniche di respirazione si sono dimostrate efficaci nel ridurre i sintomi dei disturbi d'ansia (11), in quanto la respirazione ha un impatto diretto sul sistema nervoso autonomo, influenzando la frequenza cardiaca attraverso l'equilibrio tra il sistema nervoso simpatico e il sistema nervoso parasimpatico (10).

Esistono diverse tecniche di respirazione come la respirazione diaframmatica (DBR) che favorisce un'espansione completa del diaframma e una respirazione efficiente, stimolando il sistema nervoso parasimpatico, riducendo i livelli di ansia e promuovendo il rilassamento (7). O come la respirazione Sudarshan Kriya Yogica (SKY) che impiega cicli di respirazione lenta e veloce per stimolare il nervo vago e migliorare la tolleranza allo stress (8). O, infine, come la respirazione profonda lenta (DSB) che è caratterizzata da un'espirazione più lunga dell'inspirazione (10).

Gli infermieri formati possono favorire l'attuazione di queste tecniche di respirazione, e diversi studi indicano che sono efficaci nel ridurre l'ansia (7). Inoltre, è stato dimostrato che la creazione di una solida alleanza terapeutica tra terapeuta e paziente e aspettative positive nei confronti del trattamento sono fondamentali per ottenere i massimi benefici da questo tipo di terapie (9). Si consiglia quindi di sviluppare ulteriormente la formazione in tecniche di respirazione per i pazienti e per gli operatori sanitari al fine di migliorare la gestione dell'ansia e dei disturbi correlati (7).

Anche gli interventi basati sulla consapevolezza si sono dimostrati efficaci per il trattamento dei disturbi d'ansia (26). La mindfulness, definita come la consapevolezza nel momento presente senza giudizio (12, 15, 18, 23, 24, 29) è considerata un mezzo per migliorare la salute mentale e fisica, portando a piacere, saggezza, connessione e rilassamento (24).

Le principali forme di MBI includono la Terapia Comportamentale Basata sulla Consapevolezza e la Riduzione dello Stress Basata sulla Consapevolezza (14, 15, 21, 23, 29).

L'MBSR è un intervento di gruppo che dura 8 settimane con un giorno di "ritiro" nel fine settimana e pratica quotidiana a casa guidata tramite registrazioni audio (14, 16, 24, 27), incentrato sulla consapevolezza delle sensazioni del corpo e delle esperienze del momento presente (15, 16, 24).

L'MBCT, basato sull'integrazione di Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) e MBSR (22), è strutturato in 8 sessioni settimanali di gruppo della durata di 2 ore e pratica quotidiana a casa mediante registrazioni ed incoraggia una modalità non giudicante di relazionarsi con pensieri, sentimenti ed emozioni ansiose (28).

Tuttavia, sia l'MBSR che l'MBCT richiedono notevole impegno in termini di tempo e formazione per terapeuti e pazienti (15). La collaborazione tra professionisti sanitari, tra i quali gli infermieri, è fondamentale per garantire un accesso diffuso a tali terapie per tutti i pazienti che ne hanno bisogno (31).

La musicoterapia è un trattamento non farmacologico ampiamente utilizzato per disturbi psichiatrici, inclusi i disturbi d'ansia (35). Questa terapia sfrutta l'influenza della musica su vari aspetti della vita umana allo scopo di migliorare le condizioni psicosomatiche delle persone. In altre parole, questo trattamento utilizza elementi musicali per promuovere il benessere fisico, mentale e sociale attraverso una relazione terapeutica tra il paziente ed il terapeuta (34). Inoltre, questo intervento può assumere forme attive o ricettive e può essere somministrato in sessioni individuali o di gruppo (32, 34, 37).

L'MT individuale è rivolta a persone con problematiche d'adattamento, mentre l'MT di gruppo è destinata a individui con competenze relazionali limitate e l'obiettivo di quest'ultima è di promuovere l'integrazione sociale (33).

Un aspetto interessante riguarda l'uso della frequenza di 432Hz nella musica durante la terapia, in quanto, questa frequenza sembra influenzare positivamente il cervello, facilitando l'accesso a stati meditativi profondi e promuovendo l'integrazione tra gli emisferi cerebrali. L'uso di strumenti accordati a 432Hz può generare emozioni come la collaborazione, la gratitudine, la pace ed il rilassamento (36).

La musicoterapia è vista come un approccio terapeutico efficace per i disturbi psichiatrici, compresi quelli d'ansia, ed è una terapia a basso costo priva di effetti collaterali. Gli infermieri, dopo una formazione appropriata in musicoterapia, possono integrarla con successo nella cura di routine dei pazienti psichiatrici per migliorare il loro benessere e la loro salute mentale (38).

L'aromaterapia è una terapia non farmacologica che utilizza oli essenziali per alleviare l'ansia (40). Questo tipo di trattamento si concentra sul benessere fisico, emotivo e spirituale (42, 43), coinvolgendo oli essenziali ottenuti da piante attraverso

processi come la distillazione a vapore o la spremitura a freddo (42). Oli essenziali come la lavanda, il bergamotto, l'olio essenziale di rosa, il limone e gli oli di agrumi sono comunemente utilizzati per ridurre lo stress e l'ansia (40, 46).

Questi oli aromatici agiscono influenzando la trasmissione di neurotrasmettitori come la serotonina, la norepinefrina e il GABA (46). Inoltre, influenzano il sistema limbico del corpo, coinvolgendo il sistema olfattivo e stimolando l'amigdala e l'ipotalamo. Questa stimolazione può scatenare reazioni fisiche ed emotive, contribuendo a ridurre lo stress e l'ansia (39, 41, 42).

L'aromaterapia può essere somministrata attraverso diverse vie, tra cui l'inalazione, l'applicazione topica, l'uso orale e l'assorbimento cutaneo (39, 41, 46).

Gli infermieri, adeguatamente formati attraverso corsi di formazione in aromaterapia, possono integrare questo trattamento nelle cure abituali per ridurre l'ansia poiché diversi studi hanno dimostrato la sua efficacia come terapia complementare per ridurre i sintomi dei disturbi d'ansia, oltre a rappresentare un approccio a basso costo e privo di effetti collaterali (44).

Il grounding è una tecnica rapida raccomandata negli interventi di emergenza (48) che mira a favorire la sensazione di essere "radicati" nel momento presente e a regolare l'attivazione emotiva associata all'ansia (47). Questa pratica può essere eseguita praticamente ovunque e l'applicazione può avvenire utilizzando vari metodi (48). Uno dei più popolari è il "5-4-3-2-1", che coinvolge i cinque sensi, il quale inizia con una tecnica di respirazione chiamata "respirazione triangolare" e poi si concentra su 5 cose che si possono vedere, 4 cose che si possono toccare, 3 cose che si possono udire, 2 cose che si possono odorare e 1 cosa che si può gustare nell'ambiente circostante. Questo metodo mira a spostare l'attenzione dalle emozioni ansiose ai dettagli dell'ambiente (47).

Un altro approccio comune è "l'ancoraggio attentivo", che coinvolge la consapevolezza della postura e la sensazione di essere ben radicati al suolo immaginando radici che scendono dai piedi al terreno ed una sensazione di calore che sale dalle gambe. Questo esercizio mira ad indurre una sensazione di rilassamento, radicamento e stabilità nel momento presente (48).

Gli infermieri formati su queste tecniche possono educare i pazienti su come metterle in pratica. Anche questi interventi, essendo semplici e facilmente accessibili, si sono

dimostrate efficaci nel ridurre l'ansia.

3.2 Limiti della ricerca

Il presente studio di revisione della letteratura presenta dei limiti, correlati soprattutto all'oggetto di studio della revisione stessa, costituito da nuovi approcci non farmacologici e la loro gestione da parte del personale infermieristico. La ricerca ha evidenziato la disponibilità di un numero limitato di articoli che trattavano nello specifico la figura dell'infermiere nella gestione di tali approcci. Oltretutto molti degli articoli reperiti spesso non risultavano pertinenti in quanto confondevano i sintomi dei disturbi d'ansia con la diagnosi di disturbo d'ansia vera e propria. Infine, tali articoli dimostravano l'efficacia di questi nuovi trattamenti, ma suggerivano sempre ulteriori studi per avere dati più precisi e scientificamente provati.

3.3 Potenzialità della ricerca

L'elaborato suggerisce, comunque, l'adozione di nuovi approcci non farmacologici gestiti dal personale infermieristico per il trattamento dei disturbi d'ansia. Questi approcci offrono vantaggi sia per gli operatori sanitari, riducendo i costi e i tempi di erogazione delle cure, che per i pazienti, che avranno accesso a nuovi metodi di trattamento complementari a quelli tradizionali. Gli interventi proposti includono tecniche di rilassamento attraverso la respirazione, mindfulness, musicoterapia, aromaterapia e grounding, che possono essere utilizzate sia in ambiente ospedaliero che in quello territoriale. Questi approcci non farmacologici ampliano le opzioni di trattamento per i pazienti, contribuendo al loro benessere psicofisico.

3.4 Conclusione

Questo studio ha confermato che buona parte dei soggetti affetti da disturbi d'ansia non risponde in modo positivo ai trattamenti di prima linea, quali psicoterapia e farmacoterapia, per l'alleviamento dei sintomi provocati dalla malattia. Quindi sono state analizzate nuove metodiche applicabili per garantire ai pazienti affetti da questa patologia ulteriori possibilità di trattamento ed il ruolo dell'infermiere nella somministrazione di quest'ultime. Il presente elaborato ha confermato che nuovi approcci non farmacologici come rilassamento tramite respirazioni, mindfulness,

musicoterapia, aromaterapia e grounding, possono essere utilizzati come terapie integrative per la gestione ed il controllo dei sintomi legati alla patologia dei disturbi d'ansia. Inoltre, ha fornito la prova che questi trattamenti possono essere somministrati dal personale infermieristico se adeguatamente formato, sia in contesti territoriali che ospedalieri.

Queste tecniche risultano senza alcun dubbio diverse da quelle tradizionali, ma con questo studio è possibile affermare che non devono sostituirsi a quest'ultime, bensì porsi in un'ottica di complementarità visti i vantaggi che possono portare sia per la professione infermieristica che per i pazienti.

Come confermato in diversi documenti, però, nonostante sia stata comprovata l'efficacia di tali tecniche, sono necessari ulteriori studi e maggiori ricerche finalizzate all'ottenimento di dati più precisi e scientificamente provati.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

1. Antai-Otong D. Employee Support Program, Mental Health Outpatient Clinic, VA North Texas Health Care System, 4500 South Lancaster Road. *The Nursing Clinics of North America*. 2003;38.
2. Barnhill JW. *DSM-5: clinical cases*. Washington: American Psychiatric Publishing; 2014.
3. Kim YK. *Anxiety disorders: rethinking and understanding recent discoveries*. Singapore: Springer; 2020.
4. Penninx BW, Pine DS, Holmes EA, Reif A. Anxiety disorders. *The Lancet*. 2021 Mar;397(10277):914–27.
5. Vita A, Liliana Dell'Osso, Mucci A. *Manuale di clinica e riabilitazione psichiatrica. Dalle conoscenze teoriche alla pratica dei servizi di salute mentale*. Roma: Giovanni Forti Editore; 2019.
6. AA. VV. *Mutismo selettivo*. Milano: FrancoAngeli; 2018.
7. Chen YF, Huang XY, Chien CH, Cheng JF. The Effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for Reducing Anxiety. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2016 Aug 23;53(4):329–36.
8. Jerath R, Crawford MW, Barnes VA, Harden K. Self-Regulation of Breathing as a Primary Treatment for Anxiety. *Applied Psychophysiology and Biofeedback*. 2015 Apr 14;40(2):107–15.
9. Kim S, Roth W, Wollburg E. Effects of therapeutic relationship, expectancy, and credibility in breathing therapies for anxiety. *Bulletin of the Menninger Clinic*. 2015;79(2).

10. Magnon V, Dutheil F, Vallet GT. Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults. *Scientific Reports*. 2021 Sep 29;11(1).
11. Lumera D. 28 respiri per cambiare vita. Mialano: Mondadori; 2023.
12. Boettcher J, Åström V, Pålsson D, Schenström O, Andersson G, Carlbring P. Internet-Based Mindfulness Treatment for Anxiety Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*. 2014 Mar;45(2):241–53.
13. Ghahari S, Mohammadi-Hasel K, Malakouti S, Roshanpajouh M. Mindfulness-based Cognitive Therapy for Generalised Anxiety Disorder: a Systematic Review and Meta-analysis. *East Asian Archives of Psychiatry*. 2020 Jun 30;30(2):52–6.
14. Haller H, Breilmann P, Schröter M, Dobos G, Cramer H. A systematic review and meta-analysis of acceptance- and mindfulness-based interventions for DSM-5 anxiety disorders. *Scientific Reports*. 2021 Oct 14;11(1).
15. Hofmann SG, Gómez AF. Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression. *Psychiatric Clinics of North America*. 2017 Dec;40(4):739–49.
16. Hoge EA, Bui E, Palitz SA, Schwarz NR, Owens ME, Johnston JM, et al. The effect of mindfulness meditation training on biological acute stress responses in generalized anxiety disorder. *Psychiatry Research*. 2018 Apr;262(328-332):328–32.
17. Ii, Vi M, Lh A, Wang LNF. Treatment of anxiety disorders in clinical practice: a critical overview of recent systematic evidence Vitor Iglesias Mangolini, Laura Helena Andrade, Francisco Lotufo-Neto, Il Yuan-Pang Wang. *Clinics*. 2019;
18. Izaguirre-Riesigo A, Menéndez-González L, Pérez FA. Efectividad de un programa de enfermería en autocuidados y mindfulness, para el abordaje del trastorno mental común, en atención primaria. *Atención Primaria*. 2020 Apr 1;52:400–9.

19. Jazaieri H, Lee IA, Goldin PR, Gross JJ. Pre-treatment social anxiety severity moderates the impact of mindfulness-based stress reduction and aerobic exercise. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 2015 Feb 14;89(2):229–34.
20. Jiang S, Liu X, Han N, Zhang H, Xie W, Xie Z, et al. Effects of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive behavioural therapy on symptomatic generalized anxiety disorder: a randomized controlled noninferiority trial. *BMC Psychiatry*. 2022 Jul 19;22(1).
21. Li J, Cai Z, Li X, Du R, Shi Z, Hua Q, et al. Mindfulness-based therapy versus cognitive behavioral therapy for people with anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis of random controlled trials. *Annals of Palliative Medicine*. 2021 Jul;10(7):7596–612.
22. Ninomiya A, Sado M, Park S, Ma, Fujisawa D, Kosugi T, et al. Effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy in patients with anxiety disorders in secondary-care settings: A randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2019;74(132-139).
23. Reangsing C, Trakooltorwong P, Maneekunwong K, Thepsaw J, Oerther S. Effects of online mindfulness-based interventions (MBIs) on anxiety symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis. *BMC Complementary Medicine and Therapies*. 2023 Jul 28;23(1).
24. Rodrigues MF, Nardi AE, Levitan M. Mindfulness in mood and anxiety disorders: a review of the literature. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*. 2017 Jul 31;39(3):207–15.
25. Sado M, Park S, Ninomiya A, Sato Y, Fujisawa D, Shirahase J, et al. Feasibility study of mindfulness-based cognitive therapy for anxiety disorders in a Japanese setting. *BMC Research Notes*. 2018 Sep 6;11(1).

26. Saeed SA, Cunningham K, Bloch RM. Depression and Anxiety Disorders: Benefits of Exercise, Yoga, and Meditation. *American Family Physician*. 2019.
27. Schanche E, Vøllestad J, Binder PE, Hjeltnes A, Dundas I, Nielsen GH. Participant experiences of change in mindfulness-based stress reduction for anxiety disorders. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2020 Jan 1;15(1):1776094.
28. Spinhoven P, Hoogerwerf E, van Giezen A, Greeven A. Mindfulness-based cognitive group therapy for treatment-refractory anxiety disorder: A pragmatic randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*. 2022 Aug;90:102599.
29. Xu Y, Huang W, Yan X, Lu F, Li M. Anticipatory threat responses mediate the relationship between mindfulness and anxiety: A cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*. 2022 Sep 26;10.
30. Kim H, Kim EJ. Effects of Relaxation Therapy on Anxiety Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*. 2018 Apr;32(2):278–84.
31. Amaral R, Luiza C, Mendes Flores, Kowalczuk L, Paz A, Cristina A, et al. recisatec -revista científica saúde e tecnologia issn 2763-8405 recisatec -revista científica saúde e tecnologia therapeutic interventions for anxiety disorders: an integrative review intervenções terapêuticas para distúrbios de ansiedade: uma revisão integrativa intervenciones terapéuticas para los trastornos de ansiedad: una revisión integradora therapeutic interventions for anxiety disorders: an integrative review recisatec -revista científica saúde e tecnologia. *Recisatec - revista científica saúde e tecnologia*. 2022;2.
32. Bahadir-Yilmaz E. Effect of executive music therapy on state and trait anxiety levels of patients in a psychiatric ward: A quasi-experimental study. *Perspectives in Psychiatric Care*. 2020 May 12;57(1):98–104.
33. Bonardi G. Dall'ascolto alla musicoterapia. Ristampa. Pesaro e Urbino: Progetti

sonori; 2015.

34. Lu G, Jia R, Liang D, Yu J, Wu Z, Chen C. Effects of music therapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychiatry Research*. 2021 Oct;304:114137.

35. Pavlov A, Kameg K, Cline TW, Chiapetta L, Stark S, Mitchell AM. Music Therapy as a Nonpharmacological Intervention for Anxiety in Patients with a Thought Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*. 2017 Feb 21;1–4.

36. Toso E. *In armonia*. Milano: Mondadori; 2023.

37. Trimmer C, Tyo R, Pikard J, McKenna C, Naeem F. Low-Intensity Cognitive Behavioural Therapy-Based Music Group (CBT-Music) for the Treatment of Symptoms of Anxiety and Depression: A Feasibility Study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2017 Oct 9;46(2):168–81.

38. Yang CY, Miao NF, Lee TY, Tsai JC, Yang HL, Chen WC, et al. The effect of a researcher designated music intervention on hospitalised psychiatric patients with different levels of anxiety. *Journal of Clinical Nursing*. 2016 Jan 21;25(5-6):777–87.

39. Farrar AJ, Farrar FC. Clinical Aromatherapy. *Nursing Clinics of North America*. 2020 Dec;55(4):489–504.

40. Gong M, Dong H, Tang Y, Huang W, Lu F. Effects of aromatherapy on anxiety: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Affective Disorders*. 2020 Sep;274:1028–40.

41. Guest PC. *Reviews on New Drug Targets in Age-Related Disorders*. Springer; 2021.

42. Hedigan F, Sheridan H, Sasse A. Benefit of inhalation aromatherapy as a complementary treatment for stress and anxiety in a clinical setting – A systematic

review. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2023 Aug;52:101750.

43. Johnson JR, Rivard RL, Griffin KH, Kolste AK, Joswiak D, Kinney ME, et al. The effectiveness of nurse-delivered aromatherapy in an acute care setting. *Complementary Therapies in Medicine*. 2016 Apr;25:164–9.

44. Joswiak D, Kinney ME, Johnson JR, Kolste AK, Griffin KH, Rivard RL, et al. Development of a Health System-Based Nurse-Delivered Aromatherapy Program. *JONA: The Journal of Nursing Administration*. 2016 Apr;46(4):221–5.

45. Kim M, Nam ES, Lee Y, Kang HJ. Effects of Lavender on Anxiety, Depression, and Physiological Parameters: Systematic Review and Meta-Analysis. *Asian Nursing Research*. 2021 Dec;15(5):279–90.

46. Lowring LM. Using therapeutic essential oils to support the management of anxiety. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*. 2019 Oct;31(10):558–61.

47. Istituto di Psicologia e Psicoterapia Comportamentale e Cognitiva. Le tecniche di grounding: cosa sono e per chi possono essere utili [Internet]. 2023. Disponibile su: <https://www.ipsico.it/news/le-tecniche-di-grounding-cosa-sono-e-perchi-possono-essere-utili/>

48. Università “Sapienza” di Roma. Recuperare energia con un rilassamento profondo: la tecnica del grounding [Internet]. 2020. Disponibile su: https://web.uniroma1.it/fac_medpsico/node/6596

ALLEGATI

Allegato 1. Tabella di schedatura degli articoli

| Autore/anno/rivista | Tipo di studio | Obiettivo | Campione | Interventi oggetto dello studio | Risultati principali |
|---|--|---|--|--|--|
| The Nursing Clinics of North America: Anxiety disorders: treatment considerations Deborah Antai-Otong, MS, RN, CNS, NP, CS, FAAN 2003 | Revisione di letteratura | Individuare le risorse disponibili per i pazienti e le famiglie per far fronte ai disturbi d'ansia. | Soggetti affetti da disturbi d'ansia. | Trattamenti farmacologici e psicoterapici di prima linea. L'infermiere fornisce educazione sanitaria, monitora attentamente il paziente per rilevare segni e sintomi di peggioramento o recidiva, incoraggia il paziente a sviluppare punti di forza e riduce al minimo i comportamenti di evitamento. | È risultato che gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'aiutare i pazienti e le loro famiglie nel capire ed affrontare i disturbi d'ansia. |
| Psychiatry Research: Effects of music therapy on anxiety: a meta-analysis of randomized controlled trials Guangli Lu, Ruiying Jia, Dandan Liang, Jingfen Yu, Zhen Wu, Chaoran Chen 2021 | Meta-analisi di studi randomizzati e controllati | Valutare l'efficacia della musicoterapia sull'ansia | Nella meta-analisi sono stati inclusi 32 studi con 1924 partecipanti. I criteri di inclusione sono stati: studi randomizzati e controllati, partecipanti con ansia e disturbi d'ansia diagnosticati. | Esecuzione di musicoterapia attiva o ricettiva, di gruppo o individuale. | La MT ha avuto un effetto significativo sul sollievo dell'ansia nel gruppo di età inferiore sessant'anni e nel gruppo di età pari o superiore a sessant'anni. Le analisi di sottogruppi di diversi paesi e sessioni di intervento hanno mostrato che la MT ha migliorato significativamente l'ansia sia nei paesi sviluppati che in quelli in via di sviluppo. |

| | | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|---|---|
| <p>Scientific Reports: Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults Valentin Magnon, Frédéric Dutheil, Guillaume T. Vallet 2021</p> | <p>Revisione di letteratura</p> | <p>Studiare i benefici di una sessione di respirazione profonda e lenta sul tono vagale e sull'ansia negli adulti giovani e negli anziani</p> | <p>47 partecipanti totali: rispettivamente 25 adulti e 22 anziani.</p> | <p>L'esercizio di respirazione è stato guidato da un video visualizzato su uno schermo di un computer su cui una goccia d'acqua si muoveva su e giù descrivendo dei cerchi. Quando la goccia saliva il partecipante doveva inspirare e quando scendeva doveva espirare. All'inizio la durata dell'inspirazione e dell'espirazione erano uguali (4 secondi) e poi, poco a poco, l'espirazione è diventata più lunga dell'inspirazione (4 secondi dentro e 6 secondi fuori). L'intero esercizio ha una durata totale di 5 minuti.</p> | <p>I risultati suggeriscono che questo intervento potrebbe essere un utile ed efficiente per la gestione dell'ansia acuta tra i giovani adulti e, in misura ancora maggiore, tra gli anziani. Oltre l'ansia acuta, questo trattamento può anche costituire un metodo interessante per prevenire gli effetti deleteri dell'ansia a lungo termine sulla salute.</p> |
| <p>Nursing Clinics of North America: Clinical Aromatherapy Ashley J. Farrar and Francisca C. Farrar 2020</p> | <p>Revisione di letteratura</p> | <p>Investigare l'uso clinico dell'aromaterapia.</p> | <p>Per questa revisione di letteratura sono stati utilizzati 24 studi pubblicati dall'anno 2015 al 2020.</p> | <p>Aromaterapia mediante l'uso di oli essenziali, uso sicuro degli oli essenziali, conservazione corretta degli oli essenziali, possibili effetti avversi degli oli essenziali e gestione clinica dell'aromaterapia.</p> | <p>Gli oli essenziali utilizzati nell'aromaterapia si sono dimostrati utili nella riduzione dei sintomi dell'ansia.</p> |

| | | | | | |
|--|---|---|---|--|--|
| <p>BMC Complementary Medicine and Therapies: Effects of online mindfulness-based interventions (MBIs) on anxiety symptoms in adults: a systematic review and meta-analysis Reangsing et al. 2023</p> | <p>Revisione sistematica e meta-analisi</p> | <p>Esaminare gli effetti degli interventi basati sulla consapevolezza (MBI) online sui sintomi d'ansia negli adulti</p> | <p>Ricerca di studi tramite database. I criteri di inclusione erano: studi primari che valutavano interventi basati sulla consapevolezza online con adulti con ansia, con gruppo di confronto ed in lingua inglese. 26 studi primari hanno soddisfatto i criteri di inclusione e sono stati utilizzati per questa revisione sistematica e meta-analisi.</p> | <p>Esecuzione di interventi basati sulla consapevolezza online e non faccia a faccia.</p> | <p>Nel complesso gli interventi basati sulla consapevolezza somministrati online hanno mostrato un miglioramento significativo dell'ansia rispetto ai controlli, nella popolazione adulta.</p> |
| <p>Ipsico: Le tecniche di grounding: cosa sono e per chi possono essere utili Elena Micheli 2023</p> | <p>Revisione di letteratura</p> | <p>Studiare le tecniche di grounding e la loro utilità.</p> | <p>Per questa revisione di letteratura sono stati utilizzati 3 studi pubblicati dall'anno 1979 al 2012.</p> | <p>Quando e dove può essere utilizzato il grounding, in cosa consiste il grounding, tecnica 5-4-3-2-1, tecnica dell'ancoraggio attentivo, come sviluppare al meglio la capacità di usare il grounding.</p> | <p>Il grounding si è dimostrato una tecnica efficace per chi soffre di disturbi d'ansia e può essere attuata ovunque ed in situazioni di emergenza.</p> |

| | | | | | |
|--|---|--|--|---|--|
| <p>Perspectives in psychiatric care: The effectiveness of Diaphragmatic Breathing Relaxation Training for reducing anxiety Yu-Fen Chen et al. 2016</p> | <p>Studio sperimentale randomizzato o controllato</p> | <p>Valutare l'efficacia sulla riduzione dell'ansia di un allenamento respiratorio diaframmatico per il rilassamento.</p> | <p>30 partecipanti hanno completato il corso: 15 nel gruppo sperimentale e 15 nel gruppo di controllo.</p> | <p>Corso di 8 settimane (due volte a settimana per le prime 4 settimane e una volta a settimana per le ultime 4). I partecipanti del gruppo sperimentale hanno partecipato al programma di Formazione DBR, mentre il gruppo di controllo non ha ricevuto alcuna formazione.</p> | <p>I risultati indicano che i partecipanti al gruppo sperimentale avevano livelli di ansia significativamente più bassi rispetto ai loro coetanei del gruppo di controllo. A livello fisiologico è stata identificata una differenza statisticamente significativa nella temperatura periferica tra i due gruppi, con un livello di ansia inferiore nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Inoltre, sono emerse differenze statisticamente significative tra i due gruppi in termini di frequenza cardiaca media e frequenza respiratoria, dove entrambi i tassi erano inferiori nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo di controllo. Questi risultati suggeriscono che, se utilizzato come tecnica di rilassamento, il DBR è efficace nel ridurre i livelli di ansia.</p> |
|--|---|--|--|---|--|

| | | | | | |
|--|---------------------------------|---|--|--|--|
| <p>Reviews on New Drug Targets in Age-Related Disorders: Anxiolytic Terpenoids and Aromatherapy for Anxiety and Depression S. Agatonovic-Kustrin, E. Kustrin, V. Gegechkori, D. W. Morton 2020</p> | <p>Revisione di letteratura</p> | <p>Studiare l'uso degli oli essenziali nei disturbi d'ansia e nella depressione, in particolare come agiscono i componenti principali di questi oli all'interno dell'organismo.</p> | <p>Per questa revisione di letteratura sono stati utilizzati 85 studi pubblicati dall'anno 1986 al 2019.</p> | <p>Aromaterapia mediante l'uso di oli essenziali di lavanda, bergamotto, rosa, arancia amara.</p> | <p>Numerosi oli essenziali sono attualmente utilizzati per alleviare l'ansia. Gli oli essenziali ansiolitici più diffusi sono generalmente ricchi di terpenoidi che sono i responsabili degli effetti ansiolitici e sedativi di quest'ultimi, poiché influenzano i neurotrasmettitori GABA.</p> |
| <p>Psychiatr Clin North Am.: Mindfulness-Based Interventions for Anxiety and Depression Stefan G. Hoffman and Angelina F. Gómez 2017</p> | <p>Revisione di letteratura</p> | <p>Esaminare i modi in cui i trattamenti cognitivi-comportamentali per la depressione e l'ansia sono stati migliorati attraverso l'applicazione di pratiche di mindfulness.</p> | <p>Persone che soffrono di disturbi d'ansia e di depressione.</p> | <p>Somministrazione di interventi basati sulla consapevolezza come: terapia cognitivo-comportamentale basata sulla consapevolezza e riduzione dello stress basata sulla consapevolezza. Esecuzione sia online che faccia a faccia.</p> | <p>I risultati dimostrano che gli interventi di mindfulness sono efficaci nel trattamento dei disturbi d'ansia e depressione. Cambiando la propria prospettiva su pensieri, sentimenti o sensazioni spiacevoli, l'individuo arriva a rendersi conto che questi fenomeni interni non sono così pericolosi o potenti come si credeva in precedenza, e il ciclo di cognizioni, le emozioni e i comportamenti disadattivi si indeboliscono gradualmente.</p> |

