

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

Tesi di laurea

*La correlazione tra depressione, ansia e
dolore nel paziente in neuroriabilitazione
post-ictus:
una revisione della letteratura*

Relatore: Prof. Carlo Alberto Camuccio

Laureanda: Verzotto Maddalena

Matricola n. 1233653

Anno accademico 2021/2022

ABSTRACT

Background: L'ictus cerebrale costituisce la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale. La riabilitazione e la qualità di vita degli *stroke survivor* è fortemente influenzata da condizioni come depressione, fatigue, ansia e dolore e, nonostante siano problematiche molto diffuse dopo l'evento ictale e l'infermiere debba affrontarle nell'assistenza quotidiana, rimangono spesso sottovalutate e poco trattate.

Obiettivo: Cercare in letteratura le evidenze più aggiornate sulla correlazione tra depressione, ansia e dolore nel paziente in neuroriabilitazione post ictus e indagare l'impatto di queste condizioni sulla qualità di vita di chi ne soffre.

Materiali e Metodi: È stata condotta una revisione della letteratura sulle banche dati, quali Pubmed, Cinahl, Scopus ed Embase e la ricerca si è concentrata sulla lettura critica degli studi pubblicati negli ultimi cinque anni. Sono stati, infine, selezionati undici articoli che corrispondevano ai criteri di inclusione stabiliti preventivamente alla ricerca.

Risultati: Sono stati selezionati undici articoli che rispondevano ai quesiti di ricerca. Tra questi, sei studi trattano la correlazione tra depressione, ansia e dolore e nove studi trattano l'impatto di queste condizioni sulla qualità di vita dei pazienti.

Discussione: Per quanto riguarda la correlazione tra depressione, ansia e dolore, quattro studi dimostrano che queste tre condizioni sono correlate tra di loro, mentre i rimanenti due non evidenziano una differenza significativa tra risultati positivi e negativi. Per quanto concerne l'impatto sulla qualità di vita, in tutti gli studi inclusi nella revisione emerge che queste problematiche influiscono negativamente su di essa.

Conclusioni: I risultati della revisione dimostrano che il campo d'indagine è ancora ampio e che sono necessarie ulteriori ricerche e approfondimenti su depressione, ansia e dolore e sugli interventi di supporto psicologico e di gestione del dolore per l'adattamento post-ictus.

Key Words: *stroke, rehabilitation, depression, fatigue, pain, anxiety, mood disorder, exhaustion*

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUZIONE | 1 |
| 1. QUADRO TEORICO | 3 |
| 1.1. L'ictus | 3 |
| 1.2. Epidemiologia | 6 |
| 1.3. Conseguenze dell'ictus | 6 |
| 2. PROBLEMA | 9 |
| 2.1. Depressione..... | 9 |
| 2.2. Ansia | 10 |
| 2.3. Dolore | 12 |
| 3. MATERIALI E METODI | 15 |
| 3.1. Progetto di ricerca..... | 15 |
| 3.2. Obiettivo e quesito di ricerca | 15 |
| 3.3. Disegno dello studio | 16 |
| 3.4. Strategie di ricerca | 17 |
| 3.5. Criteri di inclusione degli studi..... | 19 |
| 3.6. Criteri di esclusione degli studi | 19 |
| 4. RISULTATI | 21 |
| 4.1. Diagramma di flusso di selezione degli articoli..... | 21 |
| 4.2. Tabella di estrazione dati | 22 |
| 5. DISCUSSIONE | 27 |
| 5.1. La correlazione tra Depressione, Ansia e Dolore | 27 |
| 5.2. Depressione, Ansia, Dolore e qualità di vita..... | 29 |
| CONCLUSIONE | 31 |
| BIBLIOGRAFIA | 31 |
| SITOGRAFIA | 36 |

INTRODUZIONE

L'ictus cerebrale costituisce la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale e secondo quanto riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel nostro Paese, causa circa 90.000 ricoveri ospedalieri all'anno e per il 20% dei pazienti si tratta di una recidiva (Ministero della Salute, 2022).

Se non vengono eseguiti gli interventi necessari nel minor tempo possibile, la patologia cerebrovascolare può lasciare conseguenze a lungo termine che possono coinvolgere sia il funzionamento fisico sia quello psicologico e la riabilitazione rappresenta la strada principale da seguire per recuperare, mantenere o migliorare l'autonomia residua. La salute generale del paziente dipende sia dalla salute fisica, sia dalla salute mentale. La percezione che il paziente ha della propria qualità di vita e delle proprie capacità è fondamentale per il recupero post-ictus e ai fini dell'assistenza, è utile conoscere quali siano le principali sequele dell'ictus e i fattori associati a tali condizioni.

Il seguente elaborato di tesi si propone l'obiettivo di indagare la correlazione tra condizioni quali depressione, ansia e dolore nel paziente in riabilitazione post-ictus e di valutare l'impatto di queste problematiche sulla qualità di vita dei pazienti che ne soffrono. Nel primo capitolo viene presentata una panoramica sulla patologia cerebrovascolare in sé, con caratteristiche e conseguenze. In particolare, vengono riportate le principali manifestazioni cliniche dell'ictus, tra cui deficit motorio, atassia, disturbi visivi e del linguaggio e deficit sensitivi e la valutazione primaria nel paziente con sospetto ictus, attraverso scale conosciute, quali la scala "*The National Institute of Health Stroke Scale (NIHSS)*" e la scala "*The Cincinnati Prehospital Stroke Scale (CPSS)*".

Dal secondo capitolo, invece, vengono affrontate nello specifico le tre condizioni oggetto di tesi, prese singolarmente e correlate tra di loro per vedere come influiscono l'una sull'altra. La depressione post-ictus è la principale sequela di carattere psichiatrico negli *stroke survivor*, essa è una problematica diffusa, con una prevalenza compresa tra il 18% e il 33%, e, se non trattata, può andare a compromettere gli esiti della riabilitazione ma non solo. Con la stessa importanza, viene trattata l'ansia post-ictus che è un altro disturbo molto comune, in quanto l'evento ictale sottopone i

pazienti a molteplici rischi che predispongono il paziente a sviluppare ansia (Khazaal Walaa et al, 2021).

Dal punto di vista fisico, invece, un'altra conseguenza della patologia cerebrovascolare è il dolore che si può distinguere tra dolore neuropatico centrale post-ictus (CPSP) e dolore associato a meccanismi periferici (ad esempio il dolore alla spalla).

Depressione, ansia e dolore sono, quindi, problematiche molto diffuse negli *stroke survivor* ma, nonostante ciò, sono spesso sottovalutate e poco trattate.

CAPITOLO 1

Quadro teorico

1.1. L'ictus

L'ictus, o accidente cerebrovascolare, è un infarto del tessuto cerebrale che determina un'alterazione delle funzioni cognitive, sensoriale, motoria ed emotiva. Le cause sono principalmente due: una causa è l'interruzione acuta dell'apporto ematico ad una o più aree del parenchima cerebrale provocata dall'occlusione parziale o totale di un vaso cerebrale principale, solitamente ad opera di aterosclerosi o di un coagulo di sangue che proviene dal cuore o da un altro distretto vascolare (ictus ischemico); l'altra causa è dovuta alla compressione dei tessuti cerebrali provocata dalla rottura di un vaso sanguigno del cervello, definito ictus emorragico, il quale può essere ulteriormente suddiviso in emorragia intraparenchimale oppure subaracnoidea¹. Si definisce, inoltre, ictus ischemico transitorio (TIA) un'ischemia cerebrale focale che causa deficit neurologici improvvisi e transitori di durata inferiore alle 24 ore ma non è accompagnata da un infarto cerebrale permanente. Nonostante non lasci conseguenze a lungo termine, il TIA è da considerarsi come un "campanello d'allarme", in quanto aumenta il rischio di andare incontro a ictus ischemico con danno permanente (Ministero della Salute, 2022).

I fattori di rischio per la patologia cerebrovascolare possono essere classificati in modificabili e non modificabili. I fattori modificabili, ben documentati, sono: ipertensione arteriosa, dislipidemia, diabete, obesità, fumo di sigaretta che insieme contribuiscono ad aumentare il rischio di sviluppare aterosclerosi, la più frequente causa di malattia cerebrovascolare (forma più comune di arteriosclerosi²).

¹ L'emorragia subaracnoidea è un improvviso sanguinamento nello spazio subaracnoideo (l'aracnoide è una membrana protettiva del cervello), mentre l'emorragia intracerebrale, invece, è un sanguinamento focale dei vasi nel parenchima cerebrale. L'ipertensione è quasi sempre la causa di questa forma di ictus.

² Con il termine arteriosclerosi si fa riferimento a diversi disturbi che causano l'ispessimento e la perdita di elasticità della parete arteriosa che possono colpire tutte le arterie di grandi e medie dimensioni, comprese le arterie coronarie, carotidee e cerebrali, l'aorta, i suoi rami e le arterie principali delle estremità. L'ipercolesterolemia è considerata uno dei principali fattori scatenanti, poiché porta alla migrazione dei lipidi nella parete arteriosa, con conseguente formazione dell'ateroma, rendendo così l'arteria meno elastica e resistente e riducendo il lume interno di quest'ultima. Con il tempo, questo processo può andare ad occludere completamente il vaso provocando ischemia.

Altri fattori di rischio modificabili sono: la fibrillazione atriale, la quale può portare alla formazione di trombi che attraverso il torrente circolatorio raggiungono i vasi cerebrali e li ostruiscono provocando infarto cerebrale, altre cardiopatie (infarto miocardico acuto, cardiomiopatie, valvulopatie, forame ovale pervio ed aneurisma del setto interatriale, placche arco aortico), stenosi carotidee, ridotta attività fisica, dieta. I fattori non modificabili, invece, sono: l'età avanzata, anamnesi familiare positiva per ictus, una storia di pregresso ictus, appartenenza al sesso maschile (Ministero della Salute, 2022).

La sintomatologia dell'ictus dipende dall'area cerebrale colpita dall'ischemia, o dall'emorragia, e dall'estensione della lesione. Le principali manifestazioni cliniche sono:

- Deficit motorio: è rappresentato dall'esordio di un deficit di forza ad un arto (o parte di esso) e/o agli arti dello stesso lato e/o emivolto. Si parla di "*paresi*" quando si ha una riduzione del movimento (emiparesi se coinvolge solo un lato); si parla, invece, di "*plegia*" quando si ha la completa assenza del movimento (emiplegia se interessa solo un lato del corpo). Si possono avere, quindi, difficoltà a camminare e perdita di equilibrio;
- Atassia: alterazione della coordinazione dei movimenti, che può coinvolgere arti superiori e inferiori, spesso conseguente ad una lesione del cervelletto;
- Disturbi visivi: i quadri clinici più frequenti sono l'amaurosi (cecità monoculare), l'emianopsia (cecità in metà campo visivo, controlaterale rispetto all'emisfero colpito dalla lesione) e diplopia (visione doppia);
- Neglect o eminattenzione: il paziente è in grado di vedere tutto il campo visivo ma non riesce a focalizzare l'attenzione sulla metà dello spazio controlaterale alla lesione;
- Disturbi del linguaggio: è caratterizzato dall'alterazione della produzione e comprensione della parola. Si tratta di afasia se il paziente ha una compromissione della produzione/comprendimento del linguaggio sia parlato che scritto. Essa va distinta dalla disartria, cioè l'alterazione dell'articolazione del linguaggio.
- Deficit sensitivo (ipoestesia): è caratterizzato dalla riduzione parziale o totale della sensibilità a stimoli tattili, termici e dolorifici che colpisce un arto e/o gli arti dello stesso lato e/o emivolto. Si parla di emi-ipoestesia quando si ha un deficit della

sensibilità che coinvolge la metà del corpo controlaterale alla lesione (Ministero della Salute, 2022).

Per valutare la gravità degli ictus si utilizza una scala di valutazione quantitativa a 15 item chiamata: “*The National Institute of Health Stroke Scale*”. Essa valuta le seguenti aree: livello di coscienza, movimenti oculari, integrità dei campi visivi, movimenti facciali, forza muscolare di braccia e gambe, sensibilità, coordinazione, linguaggio, parola e neglect attraverso delle semplici attività che coinvolgono il paziente. Ogni disabilità viene valutata da 0 a 2, da 0 a 3 o da 0 a 4 su una scala ordinale. La somma dei punteggi degli item produce un punteggio finale che va da 0 a 42 (più alto è il punteggio, più grave è l'ictus) (Kwah Li Khim et al., 2014).

È importante notare che la scala può essere utilizzata con individui che presentano deficit linguistici e cognitivi e può essere somministrata rapidamente più volte senza bisogno di attrezzature specializzate. Di conseguenza, può essere molto utile per identificare cambiamenti clinicamente significativi nel tempo.

Un'altra scala, molto utilizzata nell'emergenza e in ambito pre-ospedaliero, è “*The Cincinnati Prehospital Stroke Scale*”. Essa è stata ricavata da una semplificazione della National Institutes of Health (NIH) e valuta tre item: la mimica facciale, invitando il paziente a sorridere e valutando se entrambi i lati del viso si muovono; lo spostamento delle braccia, chiedendo al paziente a chiudere gli occhi e di sollevare le braccia; il linguaggio, invitando il paziente a pronunciare una frase. La CPSS ha un'alta PPV (probabilità che i soggetti con un test di screening positivo abbiano davvero la malattia) quindi come strumento di screening preospedaliero, può essere estremamente utile (Maddali Aditya et al., 2018).

Nel trattamento dell'ictus la parola chiave è il tempo: ogni secondo che passa, la probabilità di danni permanenti aumenta. Una volta diagnosticato tramite gli esami strumentali necessari (Ministero della Salute, 2022), quindi, bisogna intervenire in modo immediato e tempestivo, cercando di ripristinare il prima possibile il flusso sanguigno all'area compromessa del cervello.

1.2. Epidemiologia

L'ictus cerebrale costituisce la seconda causa di morte e la terza causa di disabilità a livello mondiale; con l'aumentare dell'età il rischio di ictus aumenta (Khazaal Walaa et al, 2021).

Il più diffuso è l'ictus ischemico (80% dei casi); le emorragie intraparenchimali costituiscono circa il 20% e le emorragie subaracnoidee circa il 5% dei casi.

Secondo quanto riportato dall'OMS, nel nostro Paese, l'ictus causa circa 90.000 ricoveri ospedalieri all'anno e per il 20% dei pazienti si tratta di una recidiva. Il 20-30% delle vittime di ictus muore entro un mese dall'evento e il 40-50% entro il primo anno. Solo il 25% dei sopravvissuti all'ictus si riprende completamente, il 75% vive con una disabilità e di questi il 50% ha un deficit così grave da non poter più essere autosufficiente. Il rischio di ictus raddoppia ogni dieci anni dopo i 55 anni; il 75% degli ictus si verifica in adulti di età superiore ai 65 anni. La prevalenza di ictus nelle persone di età 65-84 anni è del 6,5% (Ministero della Salute, 2022).

1.3. Conseguenze dell'ictus

Come detto in precedenza, l'ictus è una delle cause più comuni di disabilità a lungo termine negli adulti (Groeneveld Iris Frieda et al., 2019). Sebbene negli ultimi anni si siano registrati progressi nella terapia, la neuroriabilitazione continua ad essere uno dei pilastri del trattamento.

Le disabilità conseguenti alla patologia cerebrovascolare sono molteplici e possono coinvolgere sia il funzionamento fisico sia quello psicologico. Una volta superata la fase acuta, infatti, il trattamento è mirato a recuperare quanto più possibile l'autonomia e le funzioni danneggiate o ad assistere il paziente nell'adattamento alla perdita di quest'ultime quando il recupero non è possibile. La riabilitazione mira anche a migliorare la qualità di vita attraverso il potenziamento delle capacità residue e la partecipazione sociale (Ezekiel Leisle et al., 2018). Un punto chiave per raggiungere tale obiettivo è il lavoro di un'équipe multidisciplinare specializzata, composta principalmente da medici, infermieri esperti, terapisti fisici e occupazionali, chinesiterapisti, logopedisti, psicologi, terapisti ricreativi e assistenti sociali, che fornisce un programma di trattamento per il paziente, adattato in dettaglio agli obiettivi individuali della riabilitazione e che rivaluta periodicamente in modo critico i progressi

per eventualmente modificare le strategie e gli obiettivi del percorso. Le principali conseguenze fisiche dell'ictus sono la disfagia, alterazioni nella comprensione e nell'articolazione del linguaggio, l'emiplegia e il dolore; le conseguenze più frequenti sul piano psicologico, invece, sono depressione, ansia e fatigue (Unsworth David J. Et al., 2019). L'infermiere svolge un ruolo cruciale nella gestione del rapporto con il malato: egli, infatti, si occupa dell'accertamento delle funzioni fisiche e cognitive del paziente, del monitoraggio e rivalutazione periodica, della prevenzione delle complicanze e dell'educazione terapeutica al paziente stesso (Clare Christopher Stephen, 2018). In particolare, tale elaborato si concentra sulle conseguenze sul piano psicologico e va ad indagare la relazione tra depressione, ansia e dolore.

CAPITOLO 2

Problema

2.1. Depressione

La depressione, chiamata anche disturbo depressivo maggiore o depressione clinica, è una malattia comune in tutto il mondo, con una stima del 3,8% della popolazione colpita, di cui il 5,0% tra gli adulti e il 5,7% tra le persone di età superiore ai 60 anni (World Health Organization, 2021).

I sintomi della depressione, secondo *l'American Psychiatric Association* [APA] (2020) possono variare da lievi a gravi e possono includere:

- Abbassamento (deflessione) del tono dell'umore durante la maggior parte della giornata;
- Anedonia, ovvero assenza di interesse per le attività;
- Disturbi del sonno quali difficoltà a dormire o sonno eccessivo;
- Alterazioni significative del peso corporeo o dell'appetito;
- Rallentamento o irrequietezza rilevabile mediante osservazione esterna;
- Affaticamento o perdita di energia;
- Difficoltà di concentrazione, relative al pensiero o nel prendere decisioni;
- Sentimenti di inutilità o sensi di colpa e di non adeguatezza;
- Pensieri di morte o ideazioni suicidarie

Nel peggiore dei casi, la depressione può portare al suicidio. Ogni anno oltre 700.000 persone muoiono per suicidio, quarta causa di morte tra i giovani di 15-29 anni (World Health Organization, 2021).

La depressione post-ictus (PSD) viene definita come qualsiasi stato depressivo conseguente all'evento ictale ed è un problema persistente che influisce negativamente sulla vita delle persone colpite e sulle loro famiglie e caregivers. La PSD è una complicanza frequente, infatti, circa un terzo dei sopravvissuti all'ictus ne soffre ed essa risulta essere la principale sequela di carattere psichiatrico conseguente alla patologia cerebrovascolare (Guo Jianglong et al., 2021). Ciò che distingue la depressione post ictus dal disturbo depressivo maggiore è in primo luogo la fisiopatologia della PSD, la quale è strettamente legata alla lesione vascolare; in secondo luogo, la PSD presenta sintomi depressivi più gravi rispetto alla depressione

maggiore e delle manifestazioni cliniche diverse in quanto è caratterizzata da più disabilità cognitive, meno anedonia e meno disturbi del sonno. Infine, i pazienti con PSD tendono ad essere soggetti a disabilità fisiche come afasia, disabilità motorie e perdite sensoriali, di conseguenza, anche la gestione e il trattamento di questo tipo di depressione va affrontato in modo diverso e specifico (Medeiros Gustavo C et al., 2020). Tra i possibili fattori di rischio, i più accreditati sono: il sesso femminile, una storia di malattia psichiatrica (in particolare di disturbo depressivo maggiore o ansia), ictus multipli o di grandi dimensioni e localizzati nelle aree frontali o anteriori, uno scarso supporto sociale e un'alta disabilità (Medeiros Gustavo C et al., 2020). La presenza della depressione post ictus potrebbe compromettere gli outcome riabilitativi del paziente, portando a limitazioni nelle attività di vita quotidiana, disturbi cognitivi, isolamento sociale, ideazione suicidaria e tentativi di suicidio (Cai Wa et al., 2019). Nonostante la depressione post ictus sia molto diffusa, con una prevalenza compresa tra il 18% e il 33%, solo nel 5% dei pazienti viene diagnosticata e trattata nella pratica clinica, questo perché molti dei sintomi possono sovrapporsi a deficit che sono una diretta conseguenza della patologia cerebrovascolare, rendendo così difficile la diagnosi (Medeiros Gustavo C et al., 2020).

Il primo passo del trattamento della depressione è il riconoscimento della patologia e nei pazienti con ictus non è facile. Esistono diverse scale di valutazione che permettono di valutare la presenza e la gravità della depressione, la scala "*The Hamilton Depression Rating Scale*" (HDRS) (Vindbjerg Erik et al., 2019) ne è un esempio. L'infermiere ha un ruolo fondamentale nella valutazione della patologia e nella relazione con il paziente, è importante, infatti, che il rapporto si basi sulla disponibilità all'ascolto, apertura, cercando di evitare l'intrusività e l'osservazione del comportamento e dei contenuti dei discorsi del paziente sono, per il professionista, utile materiale per la valutazione dei progressi, o dei peggioramenti, e per la prevenzione di esiti negativi, come il suicidio.

2.2. Ansia

L'ansia post-ictus è un altro esito neuropsichiatrico comune dell'ictus, con tale termine si intende qualcosa che mette a disagio e rappresenta sentimenti quali frustrazione,

noia, preoccupazione, disperazione e senso di colpa, fino a sfociare nella paura e nel panico (Christiansen Lene Kjaerhauge et al., 2020). Secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta Edizione, l'ansia post-ictus è associata ai seguenti sintomi: irrequietezza, insonnia, affaticamento, disagio, scarsa concentrazione e tensione nervosa. I pazienti che sopravvivono all'ictus sono a rischio di ictus ricorrenti, disabilità, mancanza di indipendenza e mortalità; per questo motivo, sono predisposti a sviluppare ansia (Khazaal Walaa et al., 2021).

I disturbi d'ansia sono molto comuni sia nella fase acuta, sia dopo mesi e anni: secondo diversi studi, infatti, il 25,5% dei pazienti con ictus sviluppa PSA entro 1 mese dall'ictus, il 23,6% tra 1 e 5 mesi e il 21,5% tra 6 mesi e 1 anno (Wang Jirui et al., 2021) e ne esistono diverse tipologie, tra cui il disturbo d'ansia generalizzato, il disturbo d'attacco di panico, le fobie specifiche, l'agorafobia, il disturbo d'ansia sociale e il disturbo d'ansia da separazione. Dopo l'insorgenza dell'ictus, l'ansia può presentarsi come ansia generalizzata o specifica per l'evento ictale. Il disturbo d'ansia generalizzato (GAD) comporta di solito una sensazione persistente di ansia o timore, che può interferire con la vita quotidiana, le persone affette da questo disturbo tendono a preoccuparsi eccessivamente nella vita di tutti i giorni, hanno difficoltà a controllare le sensazioni di nervosismo e le preoccupazioni, hanno difficoltà a rilassarsi e ad addormentarsi, tendono a spaventarsi facilmente, si sentono sempre stanchi fino anche ad avvertire malesseri quali mal di testa, dolori muscolari e dolori inspiegabili. Le preoccupazioni si concentrano spesso su questioni di routine come gli obblighi lavorativi, la salute della famiglia o cose meno rilevanti come le faccende domestiche, ad esempio. Non si tratta di una preoccupazione occasionale o di un'ansia dovuta a eventi stressanti, l'ansia, infatti, perdura per mesi, se non per anni (National Institute of Mental Health NIMH, 2022). Un tipo specifico di ansia post-ictus è il disturbo post-traumatico da stress (PTSD), con una prevalenza stimata tra il 6 e il 31% dei sopravvissuti. I sintomi di tale disturbo post-ictus sono persistenti e possono includere pensieri intrusivi o ricordi dell'evento, incubi, evitamento o intorpidimento, difficoltà a dormire, aumento dell'ansia o scoppi di rabbia (Terrill Alexandra L et al., 2018).

Come detto in precedenza, gli *stroke survivor* sono predisposti a sviluppare ansia soprattutto a causa dei rischi che comporta l'ictus, quali recidiva, disabilità e morte e il primo passo per diminuire tale disturbo, è rendere consapevole il paziente della

propria condizione e di cosa può fare per mantenere o migliorare il proprio stato di salute affinché si possano ridurre le probabilità di eventi negativi. Per questo motivo, il ruolo che l'infermiere ha nell'educazione terapeutica è di fondamentale importanza e consiste nel trasmettere al paziente le informazioni necessarie per aiutarlo a comprendere la malattia e il trattamento, ad aumentare la compliance e a farsi carico del proprio stato di salute.

2.3. Dolore

L'associazione internazionale per lo studio del Dolore (IASP) definisce il dolore come *“una spiacevole esperienza sensoriale ed emozionale associata a, o che assomiglia a quella associata a, un danno tissutale attuale o potenziale.”* (International Association for the Study of Pain, 2021)

Il dolore è sempre soggettivo, spesso è dovuto a lesioni fisiche ma numerose persone lo manifestano pur non avendo lesioni tissutali o altre probabili spiegazioni fisiopatologiche e in genere, ciò è dovuto a fattori psicologici. In modo particolare negli *stroke survivor*, si possono distinguere due principali tipi di dolore dopo l'ictus: il dolore neuropatico centrale post ictus (CPSP) e il dolore associato a meccanismi periferici (ad esempio il dolore alla spalla). Il dolore centrale post ictus è un tipo di dolore che compare in seguito a lesioni a qualsiasi livello delle vie somatosensoriali del cervello, situate all'interno del sistema nervoso centrale, che comprende encefalo e midollo spinale. L'incidenza del CPSP nei pazienti con ictus varia in modo significativo, con una prevalenza che va dall'1% al 35%, e compare più frequentemente tra il primo e il sesto mese dopo la lesione cerebrovascolare, come risultato della stessa (Betancur Daniel Fernando Arias et al., 2021). Il dolore può essere continuo o intermittente, può manifestarsi come bruciore, pulsazione, pressione o congelamento, alcune persone avvertono anche spilli e aghi o intorpidimento nelle aree interessate dal dolore, e si caratterizza per anomalie della percezione dello stimolo come iperestesia, iperalgesia, ipoestesia, parestesia, disestesia, allodinia o iperpatia; quelle identificate predominanti sono l'allodinia tattile e l'iperestesia, entrambe con una prevalenza del 35,7% (Betancur Daniel Fernando Arias et al., 2021). La sindrome dolorosa periferica più comune e ben caratterizzata dopo l'evento ictale è il dolore alla spalla, presente nel 10%-63% degli *stroke survivor* (Kashi Yafit et al., 2018), che solitamente si verifica

sul lato del corpo colpito dall'ictus. I disturbi alla spalla possono essere causati da diverse condizioni e, nonostante alcuni di essi migliorino con trattamenti mirati, a volte persistono per un lungo periodo. Si parla della cosiddetta spalla congelata, o capsulite, quando, dopo un ictus, la spalla è estremamente rigida e dolorosa da muovere. La spalla è un'articolazione "a sfera", con una forma arrotondata all'estremità superiore del braccio che si inserisce in uno spazio vuoto nella scapola. L'articolazione è circondata da uno strato di tessuto, chiamato capsula, e l'osso del braccio è mantenuto in posizione da muscoli e legamenti. Se i muscoli del braccio sono molto deboli, rigidi o paralizzati, l'effetto della gravità esercita una pressione sui legamenti e sulla capsula. Ciò può causare l'infiammazione, lo stiramento e il danneggiamento di queste parti dell'articolazione della spalla e la debolezza dei muscoli del braccio può contribuire al dolore alla spalla. Un'altra causa di dolore alla spalla è la sublussazione, si tratta di una dislocazione parziale che si ha quando l'estremità arrotondata dell'osso dell'arto superiore si sposta leggermente dalla sua sede e ciò può essere dovuto al fatto che i muscoli che normalmente tengono in posizione l'articolazione sono troppo deboli per farlo correttamente (Stroke Association, 2021).

L'infermiere, per la natura della relazione che instaura con il paziente, ha un ruolo cruciale nella gestione del dolore. Secondo l'IASP, all'infermiere competono azioni, quali l'identificazione del paziente con algia, la valutazione completa del dolore (con strumenti di valutazione validi e affidabili), includendo l'impatto di tale condizione sui familiari e sulla sfera sociale, e la gestione del dolore attraverso interventi che lo controllino e di cui poi viene valutata l'efficacia nel tempo (International Association for the Study of Pain, 2021).

CAPITOLO 3

Materiali e metodi

3.1. Progetto di ricerca

La riabilitazione e la qualità di vita degli *stroke survivor* è fortemente influenzata da condizioni come depressione, ansia, fatigue e dolore e, nonostante siano problematiche molto diffuse dopo l'evento ictale e l'infermiere debba affrontarle nell'assistenza quotidiana, rimangono spesso sottovalutate e poco trattate.

A tal proposito, durante lo svolgimento del terzo anno accademico, mi è stato proposto di partecipare ad un progetto, in ambito diagnostico-terapeutico-assistenziale, sul ruolo e sulla pratica infermieristica nell'ambito della neuroriabilitazione post ictus, andando a studiare l'impatto delle condizioni sopra riportate sulla guarigione del paziente. Il progetto è stato svolto all'interno del Laboratorio di Ricerca Infermieristica in Neuroriabilitazione presso l'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere scientifico (IRCCS) San Camillo di Lido (VE), accreditato dal Ministero della Salute italiano e specializzato nella disciplina di "Neuroriabilitazione motoria, della comunicazione e del comportamento", e consisteva nel partecipare alla stesura di una revisione sistematica (registrata su Prospero) che indagasse sulla correlazione tra Depressione e Ansia con Fatigue e Dolore nel paziente con ictus in neuroriabilitazione.

Ho partecipato a tutte le fasi di progettazione e attuazione della revisione fino alla fase di estrazione dei dati e di valutazione della qualità. Da questo lavoro di revisione sistematica della letteratura, ho approfondito in maniera peculiare e specifica la relazione tra depressione, ansia e dolore e l'impatto di queste condizioni sulla qualità di vita dei pazienti che ne soffrono; per fare ciò, quindi, sono state modificate le stringhe di ricerca originali (andando ad escludere quelle contenenti il termine "fatigue") e i criteri di inclusione ed esclusione, per estrapolare unicamente la letteratura inerente all'obiettivo della tesi.

3.2. Obiettivo e quesito di ricerca

L'obiettivo è cercare in letteratura le evidenze più aggiornate sulla correlazione tra ansia, depressione e dolore nel paziente in riabilitazione post-ictus.

In particolare, i quesiti ai quali si cercherà di rispondere sono:

- Qual è la correlazione tra ansia, depressione e dolore nel paziente in riabilitazione post-ictus?
- Come influiscono sulla qualità di vita del paziente?

È stato creato un quesito clinico utilizzando uno strumento denominato PICO, per costruire una strategia di ricerca adatta a interrogare in modo efficiente le banche dati biomediche e a selezionare in modo appropriato gli articoli relativi all'argomento esaminato nello studio. Esso si focalizza su quattro elementi principali: la popolazione, l'intervento, il confronto e l'esito. (tabella 1 e 2)

| | Parole chiave | keywords |
|----------------------------|--|---|
| P (popolazione) | Pazienti in neuroriabilitazione post ictus | Patients in post-stroke neurorehabilitation |
| I (intervento) | Indagare la correlazione tra ansia, depressione e dolore | To explore the correlation between anxiety, depression and pain |
| C (confronto) | // | // |
| O (outcome) | Come sono correlate le variabili tra di loro | How the variables are related to each other |

Tabella I. PICO primo quesito

| | Parole chiave | keywords |
|----------|--|--|
| P | Pazienti in neuroriabilitazione post ictus | Patients in post-stroke neurorehabilitation |
| I | Correlazione tra ansia, depressione e dolore | Correlation between anxiety, depression and pain |
| C | // | // |
| O | Effetti sulla qualità di vita | Effects on quality of life |

Tabella II. PICO secondo quesito

3.3. Disegno dello studio

È stata condotta una revisione della letteratura.

3.4. Strategie di ricerca

Per rispondere ai quesiti di ricerca, sono state consultate molteplici banche dati biomediche, quali: Pubmed, Cinahl, Scopus ed Embase nei mesi di maggio e giugno 2022 in modo retroattivo di 5 anni.

Tramite il servizio di Auto-Proxy della Biblioteca Pinali dell'Università di Padova, è stato possibile consultare i documenti in versione elettronica.

La ricerca nelle banche dati è stata fatta con termini liberi, utilizzando le seguenti parole chiave: *stroke, rehabilitation, depression, fatigue, pain, anxiety, mood disorder, exhaustion*. Combinandole poi con gli operatori booleani, sono state ottenute le seguenti stringhe di ricerca (tabella 3):

| Database | Stringa di ricerca | Risultati |
|-----------------|--|------------------|
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND depression AND pain | 107 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue | 112 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND fatigue | 66 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND pain | 62 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain | 10 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue | 14 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND exhaustion | 1 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND depression AND exhaustion | 1 articoli |
| Pubmed | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND exhaustion | 0 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND depression AND pain | 29 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue | 42 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND fatigue | 28 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND pain | 13 articoli |

| | | |
|--------|--|--------------|
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain | 0 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue | 0 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND exhaustion | 5 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND depression AND exhaustion | 11 articoli |
| Cinahl | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND exhaustion | 0 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND depression AND pain | 25 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue | 271 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND fatigue | 161 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND pain | 217 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain | 8 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue | 186 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND exhaustion | 2 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND depression AND exhaustion | 7 articoli |
| Embase | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND exhaustion | 0 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND depression AND pain | 108 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND depression AND fatigue | 111 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND fatigue | 74 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND pain | 75 articoli |

| | | |
|--------|--|-------------|
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND pain | 10 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND fatigue | 10 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND anxiety AND exhaustion | 1 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND depression AND exhaustion | 1 articoli |
| Scopus | stroke AND rehabilitation AND mood disorder AND exhaustion | 0 articoli |

Tabella III. Modalità di combinazione delle parole chiave

3.5. Criteri di inclusione degli studi

I criteri di inclusione degli articoli selezionati sono stati:

- Partecipanti: persone con ictus in riabilitazione neurologica, di età compresa tra i 18 e gli 85 anni. Esclusi pazienti con comorbidità neurologiche e psichiatriche presenti prima della diagnosi di ictus;
- Setting: ospedaliero ed extra-ospedaliero;
- Studi: includibili anche gli studi sulle tecniche di neurostimolazione e sui farmaci e studi correlati al Covid;
- Almeno uno dei parametri ansia/depressione, ansia/dolore o depressione/dolore deve essere presente nello studio per essere incluso;
- Lingua: inglese e italiana;
- Studi pubblicati negli ultimi 5 anni.

3.6. Criteri di esclusione degli studi

Sono stati esclusi gli studi:

- Con partecipanti di età non compresa tra i 18 e 85 anni e con comorbidità neurologiche e psichiatriche presenti prima della diagnosi di ictus
- Non contenenti uno dei parametri tra ansia/depressione, ansia/dolore o depressione/dolore;
- Non pubblicati negli ultimi 5 anni

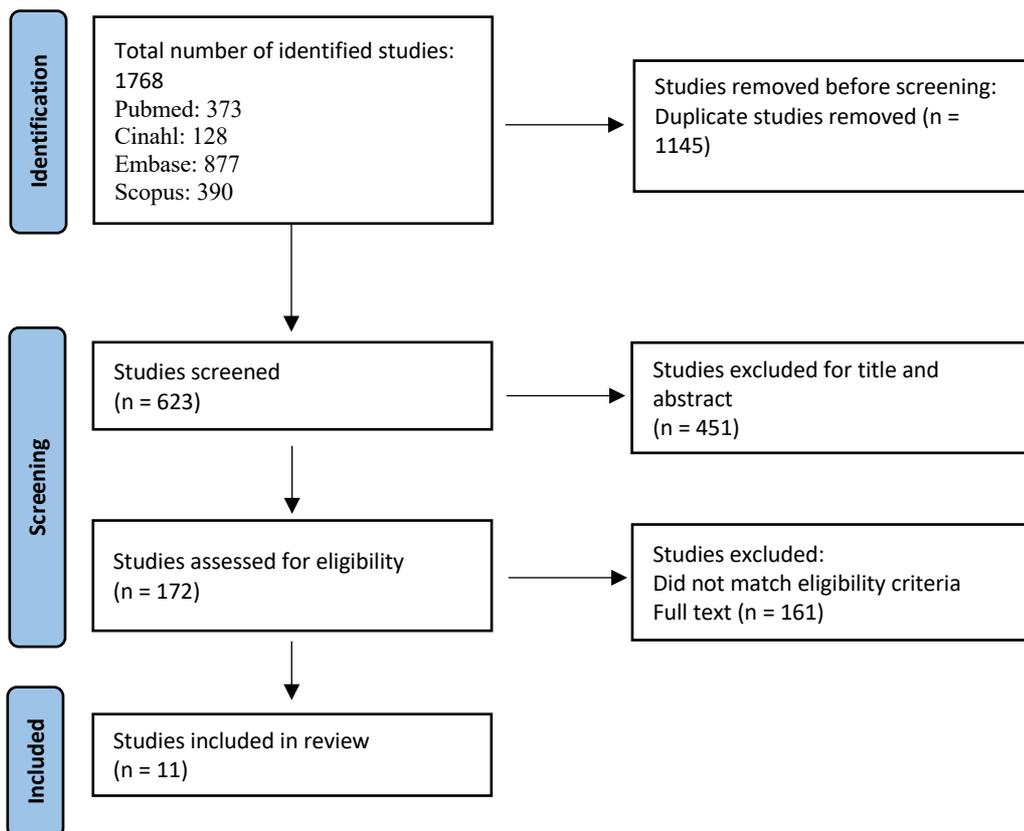
- Non disponibili in modalità full-text

CAPITOLO 4

Risultati

4.1. Diagramma di flusso di selezione degli articoli

Nella *flow chart* riportata di seguito, viene illustrato graficamente il processo che ha condotto alla selezione della documentazione, a partire dai risultati delle varie banche dati fino all'inclusione finale degli articoli nella revisione della letteratura.



Il primo passo della revisione della letteratura è stato, quindi, la consultazione delle banche dati selezionate attraverso le stringhe costruite (vedi capitolo 3.4); successivamente sono stati rimossi gli eventuali articoli duplicati, andando ad effettuare una prima selezione importante. La fase successiva è stata la lettura di titolo e abstract, in questo modo sono stati individuati ed eliminati studi che non rispondevano alla domanda di ricerca e che non rispettavano i criteri di inclusione ed esclusione stabiliti preventivamente alla consultazione delle banche dati. In seguito, gli articoli eleggibili sono stati consultati nella loro interezza (in modalità *full-text*),

permettendo così di analizzare con accuratezza la loro pertinenza all'obiettivo della tesi. Gli studi che sono stati, dunque, inclusi nella revisione della letteratura sono in totale undici (n=11).

4.2. Tabella di estrazione dati

All'interno di questa revisione della letteratura sono stati inclusi undici articoli totali (n=11), le caratteristiche principali di questi studi sono sintetizzate e raccolte nella tabella seguente (tabella 4):

| Autori e Titolo | Anno di pubblicazione | Disegno di studio | Obiettivo | Principali risultati |
|---|------------------------------|---|---|--|
| 1. Fu-Huang Lin et al. <i>Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients</i> | 2019 | An Observational Study | L'obiettivo di questo studio è stato quello di esplorare l'effetto del supporto sociale sulla depressione nei pazienti con ictus cronico e la relazione tra le caratteristiche demografiche e della malattia. | I risultati suggeriscono che la remissione della PSD necessita di almeno 8 settimane di supporto sociale. |
| 2. Tasneem Hartley et al. <i>Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function: A longitudinal cohort study</i> | 2022 | A prospective longitudinal cohort study | Questo studio si proponeva di correlare la HRQoL (Health related quality of life) auto-riferita con le attività della vita quotidiana (ADL) e la gravità dell'ictus. | Sebbene si sia notato un miglioramento della HRQoL, i punteggi della VAS EQ5D tendevano a non migliorare in modo altrettanto significativo, nonostante i miglioramenti significativi della funzione e della gravità dell'ictus. Questi risultati dimostrano la necessità di interventi di supporto psicologico e di gestione del dolore per l'adattamento dopo l'ictus |
| 3. Walaah Khazaal et al. <i>Psychological Complications at 3 Months Following Stroke: Prevalence and Correlates Among Stroke Survivors in Lebanon</i> | 2021 | A prospective observational epidemiological study | L'obiettivo è determinare la prevalenza e le correlazioni delle complicanze psicologiche a 3 mesi dall'ictus. | Occorre prestare particolare attenzione ai pazienti che presentano fattori di rischio per ansia e depressione, come una prolungata sedentarietà, una scarsa attività fisica e un elevato tasso di dolore. Questi eventi psichiatrici rappresentano una complicazione importante di fronte al meccanismo di recupero, dove potrebbero |

| | | | | |
|---|------|---|--|--|
| | | | | portare a una minore compliance ai farmaci, a livelli di affaticamento più elevati e quindi a esiti peggiori. È necessario stabilire i protocolli necessari e condurre un piano d'azione per prevenire, gestire l'ictus e organizzare i servizi di riabilitazione. |
| 4. Neff et al. Ecological Momentary Assessment of Social Interactions: Associations With Depression | 2021 | A Prospective observational study | Lo scopo di questo studio è stato quello di utilizzare l'EMA per esaminare le relazioni in tempo reale tra le interazioni sociali e i sintomi post-ictus di dolore, affaticamento, umore ansioso e umore depresso per porre le basi per lo sviluppo di interventi che affrontino in modo efficace l'isolamento sociale o le sequele dopo l'ictus | Nelle associazioni concomitanti, l'aumento dell'umore depresso è stato associato a valutazioni ridotte di tutti gli aspetti delle interazioni sociali. La stanchezza è stata associata a valutazioni ridotte della soddisfazione e del successo sociale. Nelle associazioni ritardate, l'aumento dell'umore ansioso ha preceduto l'aumento della successiva fiducia sociale. Una maggiore soddisfazione sociale media, fiducia e successo erano correlate a una minore fatica momentanea, a un umore ansioso e a un umore depresso al punto temporale successivo. Per quanto riguarda i fattori clinico-demografici, l'occupazione è stata correlata a maggiori interazioni sociali. Un numero maggiore di comorbilità ha previsto un aumento dei sintomi somatici, ma non dell'umore, al punto temporale successivo |
| 5. Alexandra L. Terrill et al. <i>Best Practices for The Interdisciplinary Rehabilitation Team: A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors</i> | 2018 | A review article | Lo scopo di questo documento è quello di migliorare le pratiche educando i clinici della riabilitazione sui problemi di salute mentale nell'ictus lieve, tra cui la depressione, | I medici devono esaminare attivamente i pazienti con ictus lieve per individuare questi problemi di salute mentale. I pazienti non cercano aiuto e, poiché sono considerati "lievi", non hanno accesso alle risorse. |

| | | | | |
|---|------|--|---|---|
| | | | l'ansia, la fatica e i disturbi del sonno. | Esistono alcuni strumenti di screening che possono essere utilizzati. Sono necessarie ulteriori ricerche per determinare i migliori trattamenti per questi deficit |
| 6. Perna R & Harik L. <i>The role of rehabilitation psychology in stroke care described through case examples.</i> | 2020 | A case study | Questo studio si propone di identificare e descrivere il ruolo della psicologia della riabilitazione nel trattamento di questi comuni disturbi post-ictus e, in ultima analisi, nell'ottimizzazione dei risultati post-ictus attraverso due casi esemplificativi. | Data la natura brusca e significativa dell'ictus che cambia la vita, è spesso necessario gestire una serie di problemi psicologici che spesso non possono essere gestiti semplicemente con farmaci psicotropi. Inoltre, la comprensione dell'adattamento dell'adattamento emotivo e dei problemi dei pazienti può aiutarli a massimizzare la riabilitazione, il recupero e l'integrazione nella comunità. Nei casi discussi, le consulenze psicologiche sono state fondamentali per ottimizzare la riabilitazione e i risultati funzionali dei pazienti |
| 7. Zhao et al. <i>Analgesic Effects of Navigated Repetitive Transcranial Magnetic Stimulation in Patients With Acute Central Poststroke Pain</i> | 2021 | A prospective, randomized, double-blind, two-group parallel clinical study | Valutare gli effetti analgesici della rTMS applicata sull'area della corteccia motoria dell'arto superiore (M1) in pazienti con CPS (Central Post stroke Pain) acuto | Si è verificata una diminuzione dei punteggi delle scale usate per valutare depressione e ansia nel gruppo di intervento, rispetto al gruppo di controllo, ma non si sono riscontrate differenze significative |
| 8. Min Cheol Chang <i>The effects of ultrasound-guided corticosteroid injection for the treatment of hemiplegic shoulder pain on depression and anxiety in patients with chronic stroke</i> | 2017 | An observational study | Indagare gli effetti delle iniezioni di corticosteroidi intraarticolari o della borsa subacromiale guidate da ultrasuoni di corticosteroidi sulla depressione e sull'ansia in pazienti con ictus cronico con HSP oltre a ridurre il dolore alla spalla e la limitazione del ROM | I risultati suggeriscono che i punteggi BDI e STAI sono ridotti nei pazienti con HSP con ictus cronico dopo iniezioni di corticosteroidi intraarticolari o della borsa subacromiale con US. Punteggi BDI e STAI più elevati sono indicativi di depressione e ansia più gravi. Pertanto, i nostri risultati suggeriscono che le iniezioni |

| | | | | |
|--|------|-----------------------------|---|--|
| | | | | di corticosteroidi possono ridurre i sintomi di queste condizioni psicologiche |
| 9. Hannah Payton and Andrew Soundy <i>The Experience of Post-Stroke Pain and The Impact on Quality of Life: An Integrative Review</i> | 2020 | A Review | Fornire una panoramica dei diversi fattori psicologici e fisici che influenzano l'esperienza della PSP e identificare il motivo di tali associazioni. | I risultati degli studi esaminati dimostrano che l'ansia, la depressione e la stanchezza aumentano il dolore. |
| 10. Hui Jie Wong et al. <i>Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study</i> | 2021 | A cross sectional study | Valutare i profili di HRQoL ed esplorare i fattori associati alla dimensione specifica di HRQoL tra i sopravvissuti all'ictus. | Il rischio di malnutrizione (mobilità, attività abituali e cura di sé), gli utenti di sedie a rotelle (cura di sé e attività abituali), la disabilità del linguaggio (attività abituali e dolore/disagio), il numero di episodi di ictus (cura di sé e dolore/disagio), l'indice di massa corporea, il livello di attività fisica e i tipi di ictus (attività abituali), l'età e l'uso di un proxy (ansia/depressione), lo stato lavorativo e di fumatore (mobilità) sono stati fattori associati a dimensioni singole o multiple della HRQoL. |
| 11. Charlotta Hamre et al. <i>Factors Associated with Level of Physical Activity After Minor Stroke</i> | 2021 | A longitudinal cohort study | Esplorare i fattori della fase acuta, e dopo tre e 12 mesi, associati al livello di attività fisica auto-riferito 12 mesi dopo un ictus ischemico minore. | I sintomi neuropsichiatrici di stanchezza, apatia, ansia e depressione erano altamente correlati. Un livello più alto di ciascuno di questi sintomi era associato a una minore attività fisica. |

Tabella IV. Sintesi delle caratteristiche degli studi inclusi nella revisione

CAPITOLO 5

Discussione

5.1. La correlazione tra Depressione, Ansia e Dolore

Conseguenze dell'ictus come depressione, ansia e dolore, sono molto diffuse nei pazienti sia in ambito ospedaliero sia in ambito extraospedaliero ma, nonostante ciò, rimangono problematiche poco affrontate nell'assistenza di tutti i giorni.

Diversi studi analizzano queste condizioni correlate tra di loro, in modo diverso, e indagano l'impatto che hanno sulla qualità di vita dei pazienti che ne soffrono.

Qual è la correlazione tra ansia, depressione e dolore nel paziente in riabilitazione post-ictus?

In questa revisione, 6 studi trattano la relazione che intercorre tra depressione, ansia e dolore. Quattro degli studi analizzati dimostrano una significativa correlazione tra queste 3 problematiche.

- Khazaal Walaa et al. (2021), nel loro studio epidemiologico prospettico osservazionale tra i pazienti sopravvissuti all'ictus ricoverati in otto ospedali del Monte Libano e di Beirut, tra cui l'Hôtel-Dieu De France, la Clinique Du Levant, il Monte Libano, il Middle East Institute of Health, l'Al Sahel General, l'Al Zahraa, la Rafic Al Hariri University e l'Al Hayat, dimostrano che dolore, depressione e ansia sono tre condizioni significativamente correlate tra di loro. Viene riportato che i pazienti depressi sono più soggetti alla comparsa di dolore e, viceversa, il dolore può essere un fattore causale della depressione, in quanto può portare a disabilità, favorendo l'isolamento e quindi la depressione. Per quanto riguarda la correlazione tra ansia e dolore, lo studio afferma che i pazienti con dolore neuropatico sono più predisposti a sviluppare ansia, rispetto ai pazienti che non ce l'hanno. Ciò potrebbe spiegarsi con il fatto che le persone che hanno avuto un ictus e provano dolore prestano in genere maggiore attenzione ai pericoli, il che aumenta i loro livelli di ansia quando svolgono un lavoro fisico. Lo studio condotto da Perna R & Harik L. (2020), individua tra i predittori dell'ansia post-ictus il trattamento della depressione e che queste due condizioni sono significativamente correlate. Chang Min Cheol (2017) ha condotto uno studio osservazionale in cui va ad indagare gli effetti dell'iniezione di corticosteroidi, guidata da ultrasuoni per il

trattamento del dolore emiplegico alla spalla, sulla depressione e sull'ansia nei pazienti con ictus, valutando l'intensità del dolore con la scala NRS e depressione e ansia, rispettivamente, con le scale "The Beck Depression Inventory" (BDI) e "Spielberger State-Trait Anxiety Inventory" (STAI). Si è concluso che esiste una stretta correlazione tra i risultati della valutazione psicologica (punteggi BDI e STAI) e i punteggi NRS e che, pertanto, la gestione del dolore sembra necessaria per controllare condizioni psicologiche come la depressione e l'ansia. Gli studi esaminati nella revisione condotta da Hannah Payton and Andrew Soundy (2020) hanno riscontrato una significativa relazione tra depressione, ansia generalizzata e ansia specifica per l'evento ictale. Hanno, inoltre, rilevato che l'ansia e la depressione accentuano il dolore dopo l'ictus.

Due degli studi analizzati non dimostrano una significativa correlazione tra depressione, ansia e dolore.

- Nello studio osservazionale di Lin Fu-Huang et al. (2019) si riporta che il 33,6% degli *stroke survivors* prova più di un tipo di dolore 6 mesi dopo l'ictus e che il punteggio medio di depressione dei pazienti con dolore è di 0,71 punti ($P = .07$) superiore a quello dei pazienti senza dolore, ma non vi è alcuna differenza significativa nonostante i punteggi di depressione siano associati al dolore. Zhao et al. (2021), nel loro trial clinico randomizzato, hanno valutato gli effetti analgesici della stimolazione magnetica transcranica ripetitiva sul dolore acuto centrale post ictus, rispetto a condizioni quali ansia e depressione. Lo studio evidenzia che si è verificata una diminuzione dei punteggi delle scale usate per valutare depressione e ansia nel gruppo di intervento, rispetto al gruppo di controllo, ma non si sono riscontrate differenze significative.

5.2. Depressione, Ansia, Dolore e qualità di vita

Come influiscono sulla qualità di vita del paziente?

Lin Fu-Huang et al. (2019) hanno riscontrato che la depressione è fortemente correlata alla qualità di vita e che è influenzata dallo stato economico del paziente, dalla soddisfazione nel tempo libero e dalla presenza o meno di un caregiver. Hanno osservato, inoltre, una riduzione della PSD dopo otto settimane di supporto sociale effettuate sul gruppo di intervento, rispetto al gruppo di controllo che ha ricevuto cure abituali. Hartley Tasneem et al. (2022), nel loro studio longitudinale, hanno dimostrato che ansia e depressione sono strettamente collegate ad una minore qualità di vita sia sul piano fisico sia sul piano psicologico, esse riducono il ritorno alle attività abituali, con conseguente perdita di produttività, compromettendo anche le relazioni sociali e personali. Nello studio osservazionale prospettico condotto da Khazaal Walaa et al. (2021) emerge che depressione, ansia e dolore, non solo riducono la qualità di vita dei pazienti nel post-ictus, ma peggiorano anche gli esiti della riabilitazione.

Neff et al. (2021) analizzano la relazione tra le sequele post-ictus e le interazioni sociali, mostrando che l'umore depresso è associato all'isolamento sociale e che quando le interazioni sociali migliorano, l'ansia e la depressione diminuiscono.

Terrill Alexandra L. et al. (2018) hanno riscontrato che i pazienti con PSD hanno meno probabilità di recuperare lo stato di salute precedente all'ictus rispetto alle persone che non soffrono di questa patologia psichiatrica; inoltre, viene riportata la difficoltà a svolgere le attività di vita quotidiane in autonomia, condizione che implica una maggior dipendenza dai caregiver, portando, di conseguenza, a cambiamenti nelle relazioni, nei ruoli sociali e ad un'alterazione della percezione di sé, riducendo la qualità di vita. Lo studio condotto da Perna R & Harik L. (2020) riporta che la depressione post ictus è associata a maggiore disabilità, aumento della mortalità, sia a breve che a lungo termine, a un aumento del rischio di cadute e a un peggiore esito della riabilitazione. Per quanto concerne l'ansia post ictus, è stato dimostrato che PSA a tre mesi predice la qualità della vita a dieci anni di follow-up.

Nella revisione sistematica condotta da Hannah Payton and Andrew Soundy (2020), emerge dagli studi che la depressione post ictus è un fattore predittivo di ridotta qualità di vita e che il dolore ha conseguenze emotive e comportamentali che influiscono sulla qualità di vita dei pazienti. Wong Hui Jie et al. (2021) individuano il dolore, l'ansia e

la depressione tra i fattori associati alla qualità di vita dei pazienti post-ictus; in particolare afferma che queste condizioni possono influenzare l'assunzione del cibo, andando, quindi, ad influire anche sullo stato nutrizionale.

Hamre Charlotta et al. (2021) hanno riscontrato che, oltre ai fattori fisici come la gravità dell'ictus o l'età del paziente, anche i sintomi neuropsichiatrici possono influire sul livello di attività fisica: un livello più elevato di ciascuno di questi sintomi è stato associato a una minore attività fisica.

CONCLUSIONE

La presente tesi ha permesso di redigere una sintesi di quanto la ricerca ha prodotto, negli ultimi cinque anni, in merito alla correlazione tra ansia, depressione e dolore nel paziente in riabilitazione post ictus e all'impatto di queste condizioni sulla qualità di vita dei pazienti che ne soffrono. Per quanto riguarda il primo quesito della tesi, ovvero la correlazione tra le tre condizioni sopra riportate, dalla letteratura sono emersi risultati contrastanti. Nello specifico, in quattro studi su sei, che rispondono a questa domanda, si evidenzia come la depressione e l'ansia post-ictus aumentino la percezione del dolore e come quest'ultimo sia un predittore, a sua volta, delle conseguenze sul piano psicologico sopra riportate. Al contrario, nei due studi rimanenti, non viene evidenziata una differenza significativa tra risultati positivi e negativi.

Per quanto concerne, invece, il secondo quesito della tesi, ovvero l'impatto di depressione, ansia e dolore sulla qualità di vita dei pazienti, tutti gli studi inclusi nella revisione dimostrano che queste condizioni influiscono negativamente su di essa. Dai nove studi che rispondono a questa domanda emerge che le problematiche oggetto di tesi, non solo riducono la qualità della vita, ma peggiorano anche gli outcomes della riabilitazione, le attività di vita quotidiane e anche la partecipazione alla vita sociale, compromettendo le relazioni personali e sociali.

In conclusione, i risultati della revisione dimostrano che il campo d'indagine di queste variabili è ancora molto ampio e che sono necessari interventi di supporto psicologico e di gestione del dolore per l'adattamento post-ictus: l'implementazione di questi servizi potrebbe essere la chiave per migliorare la qualità di vita dei pazienti. Per poter trattare delle patologie, prima di tutto bisogna che siano individuate ed è importante che in primis il personale sanitario sia consapevole dei fattori che possono influire sulla valutazione di depressione, ansia e dolore, per poter garantire la migliore assistenza necessaria. Sarebbe utile per l'infermiere l'utilizzo di strumenti di screening della depressione, in particolare degli strumenti specifici che vadano a valutarla tenendo conto della possibile influenza da parte di ansia e dolore. Come discusso in precedenza, anche la percezione del dolore può essere compromessa, a sua volta, da depressione e ansia, quindi, si dimostra necessaria una migliore valutazione di questa variabile attraverso strumenti appropriati e validi, con scale precise che vadano a

considerare le diverse tipologie di dolore che si possono presentare dopo un evento ictale e i molteplici fattori influenzanti. Ai fini dell'assistenza infermieristica, è importante educare i pazienti sui motivi per cui possono provare dolore e fornire indicazioni per ridurre ansia e depressione.

Dovrebbero, inoltre, essere studiati interventi per affrontare non solo le sequele dei sintomi, ma anche per promuovere la partecipazione alle attività di vita sociale post-ictus. La riabilitazione è un processo che deve essere considerato nel suo contesto più ampio e deve includere, con la stessa attenzione, gli aspetti fisici, psicologici e sociali.

BIBLIOGRAFIA

Betancur Daniel Fernando Arias et al., *Central Post-Stroke Pain: An Integrative Review of Somatotopic Damage, Clinical Symptoms, and Neurophysiological Measures*, *Frontiers in neurology*, 2021, 12.

Cai Wa et al., *Post stroke depression and risk of stroke recurrence and mortality: a systematic review and meta-analysis*, *Ageing Research Reviews*, 2019, 50, 102-109.

Chang Min Cheol, *The effects of ultrasound-guided corticosteroid injection for the treatment of hemiplegic shoulder pain on depression and anxiety in patients with chronic stroke*, *International Journal of neuroscience*, 2017, 127(11), 958-964.

Christiansen Lene Kjaerhauge et al., *Quickly home again: patients' experiences of early discharge after minor stroke*, 2020, 35(4):1187-1195

Clare Christopher Stephen, *Role of the nurse in stroke rehabilitation*, *Nursing Standard*, 2018, 33(7), 59-66.

Ezekiel Leisle et al., *Factors Associated With Participation in Life Situations for Adults With Stroke: A Systematic Review*, 2018, 100(5):945-955.

Groeneveld Iris Frieda et al., *Value-Based Stroke Rehabilitation: Feasibility and Results of Patient-Reported Outcome Measures in the First Year After Stroke*, 2019, 28(2)

Guo Jianglong et al., *The advances of post-stroke depression: 2021 update*, *Journal of Neurology*, 2021, 269 (3), 1236-1249.

Hamre Charlotta et al., *Factors associated with level of physical activity after minor stroke*, *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 2021, 30(4).

Hartley Tasneem et al., *Post stroke health-related quality of life, stroke severity and function: a long cohort study*, *AfricanJournal Disability*, 2022, 11.

Im Hyo Won et al., *Prevalence of Worsening Problems Using Post-Stroke Checklist and Associations with Quality of Life in Patients with Stroke*, 2020, 29(12):105406.

Kashi Yafit et al., *Deficient Pain Modulation in Patients with Chronic Hemiplegic Shoulder Pain*, *Pain Practice*, 2018, 18(6), 716-728.

Khazaal Walaa et al., *Psychological complications at 3 months following stroke: prevalence and correlates among stroke survivors in Lebanon*, *Frontiers in psychology*, 2021, 12.

Kobyłańska Marzena et al., *The role of biopsychosocial factors in the rehabilitation process of individuals with a stroke*, 2018, 61(4):523-535

Kwah Li Khim et al., *National institutes of health stroke scale (NIHSS)*, Journal of Physiotherapy, 2014, 60(1), 61.

Lin Fu-Huang et al., *Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients*, Medicine (Baltimore), 2019, 98(44).

Maddali Aditya et al., *Validation of the Cincinnati prehospital stroke scale*, Journal of emergencies, trauma, and shock, 2018, 11(2), 111–114.

Mahendran Niruthikha et al., *Which impairments, activity limitations and personal factors at hospital discharge predict walking activity across the first 6 months poststroke?*, 2020, 42(6):763-769

Medeiros Gustavo C et al., *Post-stroke depression: a 2020 update review*, General Hospital Psychiatry, 2020, 66, 70-80.

Neff Anna J et al., *Ecological momentary assessment of social interactions: associations with depression, anxiety, pain and fatigue in individuals with mild stroke*, Archives of physical medicine and rehabilitation, 2021, 102(3), 395-405.

Payton Hannah et al., *The experience of post-stroke pain and the impact on quality of life: an integrative review*, Behavioral Sciences (Basel), 2020, 10(8), 128.

Perna Robert et al., *The role of rehabilitation psychology in stroke care described through case examples*, NeuroRehabilitation, 2020, 46(2), 195-204.

Terrill Alexandra L et al., *Best Practices for The Interdisciplinary Rehabilitation Team: A Review of Mental Health Issues in Mild Stroke Survivors*, Stroke Research and treatment, 2018.

Unsworth David J. Et al., *Preliminary Screening Recommendations for Patients at Risk of Depression and/or Anxiety more than 1 year Poststroke*, 2019, 28(6):1519-1528

Van Rijsbergen Mariëlle W A et al., *Psychological factors and subjective cognitive complaints after stroke: Beyond depression and anxiety*, 2018, 29(10):1671-1684

Vindbjerg Erik et al., *Cross-Cultural Psychometric Properties of the Hamilton Depression Rating Scale*, 2019, 64(1):39-46

Wang Jirui et al., *Post-stroke Anxiety Analysis via Machine Learning Methods*, Frontier in Aging Neuroscience, 2021, 13

Wongergem Roderick et al., *The Course of Activities in Daily Living: Who Is at Risk for Decline after First Ever Stroke?*, 2017, 43(1-2):1-8

Wong Hui Jie et al., *Health-related quality of life profiles and their dimension-specific associated factors among Malaysian stroke survivors: a cross sectional study*, Health and Quality of Life Outcomes, 2021, 19(1).

Zhao Chen-Guang et al., *Analgesic effects of navigated repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with acute central poststroke pain*, Pain and Therapy, 2021, 10, 1085-1100.

SITOGRAFIA

Depression, World Health Organization, 13/09/2021, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>, 08/11/2022.

Generalized anxiety disorder: when worry gets out of control, National institute of mental health, 2022, <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/generalized-anxiety-disorder-gad>, 10/11/2022.

IASP curriculum outline on pain for nursing, IASP (international association for the study of pain), 2019, <https://www.iasp-pain.org/education/curricula/iasp-curriculum-outline-on-pain-for-nursing/>, 05/11/2022.

Ictus, Alleanza italiana per le malattie cardio-cerebrovascolari, Ministero della Salute, 27/09/2022, <https://www.salute.gov.it/portale/alleanzaCardioCerebrovascolari/dettaglioSchedeAlleanzaCardioCerebrovascolari.jsp?lingua=italiano&id=28&area=Alleanza%20italiana%20per%20le%20malattie%20cardiocerebrovascolari&menu=malattie#:~:text=In%20Italia%20l'ictus%20%C3%A8,cui%20il%2020%25%20sono%20recidive>, 27/09/2022.

Pain after stroke, Stroke association, 02/2021, <https://www.stroke.org.uk/effects-of-stroke/physical-effects-stroke/pain-after-stroke#Shoulder%20pain%20after%20stroke>, 05/11/2022.