

ASPETTI PSICOLOGICI DELL'ASMA GRAVE

C. Mazzarella

Spec. Psicologia Clinica, dello Sviluppo e Neuropsicologia

Università degli Studi di Milano - Bicocca

Introduzione

Vi sono numerose prove a sostegno del fatto che fattori psicologici e sociali possano influenzare differenti patologie. Per lungo tempo l'Asma bronchiale è stata considerata una malattia psicosomatica, in cui i cambiamenti di umore e le emozioni giocano un ruolo importante nell'esacerbazione del sintomo (1,2). In particolare fattori psicologici sembrano influenzare l'espressione dei sintomi ed il management dell' asma e numerosi sono i pathways che possono contribuire alla correlazione tra asma e disturbi psichiatrici come la depressione. Da molti anni lo Stress è riconosciuto come fattore causale nelle riacutizzazioni asmatiche, inoltre depressione ed ansia sono disturbi molto più comuni tra i soggetti asmatici rispetto alla popolazione generale (1,2,3).

La maggior parte dei pazienti con asma presenta livelli di gravità di malattia lieve-moderato, controllabili mediante l' uso regolare di steroidi inalatori e broncodilatatori. Ma vi è ancora un piccolo sottogruppo di pazienti con asma che rimangono sintomatici nonostante un'adeguata terapia farmacologica ed incorrono in frequenti riacutizzazioni. Questi pazienti sono spesso etichettati come affetti da asma 'grave', 'difficile da trattare', 'steroido resistente' o 'steroido dipendente' (4). Fatal e near fatal asma rappresentano la manifestazione più estrema dell' asma grave. Le caratteristiche fisiopatologiche connesse con le esacerbazioni di asma grave sono in gran parte sconosciute; alcuni studi suggeriscono in questi pazienti una ridotta percezione della dispnea, una maggiore reattività delle vie aeree e maggiore tendenza all'airtrapping con chiusura precoce delle vie aeree (4,5).

Asma e disturbo depressivo

La prevalenza di disturbo depressivo è maggiore nei pazienti con asma rispetto alla popolazione generale. Individui atopici, infatti, sembrano avere un rischio aumentato di sviluppare un disturbo depressivo e la depressione influisce negativamente sul controllo della malattia asmatica. Molti studi suggeriscono che la depressione possa essere un fattore di rischio per morbilità e mortalità asma-correlate. Allen et al (1994) documentarono un rischio 3,5 volte superiore di sviluppare sintomi respiratori acuti in pazienti affetti da depressione ed asma rispetto ai pazienti asmatici senza sintomi depressivi; una possibile spiegazione potrebbe essere rappresentata dalla non-aderenza al trattamento. I pazienti depressi sembrano percepire i

sintomi di asma come in maniera accentuata e questo, potrebbe spiegare, almeno in parte, l'associazione tra depressione ed asma grave (3,7).

La correlazione tra asma e depressione è tuttora indagata: sono state avanzate differenti ipotesi . Una delle possibili spiegazioni sarebbe che la ridotta funzione respiratoria e l'impatto sulla qualità della vita, secondario alla malattia cronica, conduca alla depressione. Questo modello giustificherebbe l'associazione di forme più gravi di asma più grave con disturbi depressivi maggiori . Un'altra possibile spiegazione è che qualche fattore biologico non ancora identificato (es.predisposizione genetica) si traduca nella vulnerabilità per entrambi i disordini. Un' altra teoria chiama in causa una disregolazione del sistema colinergico, in quanto la broncocostrizione può essere mediata da vie colinergiche la cui regolazione è influenzata dallo stress e dalle variazioni dell'umore. (8,9).

Asma e disturbo d'ansia

Numerosi studi hanno, inoltre dimostrato che i sintomi d'ansia sono associati con l'aumento della gravità dell'asma, pertanto il riconoscimento ed il trattamento dei disturbi d'ansia potrebbe migliorare il controllo della sintomatologia asmatica e la riduzione della morbilità e della mortalità. Altri studi hanno documentato la maggiore probabilità nei pazienti con disturbo d'ansia di andare incontro a riacutizzazioni di asma grave e questo, a sua volta, alimenta i sintomi d'ansia (10,11). L'ansia è inoltre correlata ad un maggiore utilizzo di farmaci d'emergenza e ad un maggiore tasso di ospedalizzazioni.

In uno studio inglese pubblicato nel 2007 è stata utilizzata una scala di valutazione validata, la HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), che ha permesso di registrare punteggi più elevati relativi a sintomi d'ansia e depressione in adulti con diagnosi di asma rispetto alla popolazione generale, in particolare in pazienti di età > 45 anni e donne (6,12).

In seguito all'inquadramento della patologia presso un ambulatorio dedicato e, quindi, all'introduzione di una terapia adeguata, il numero di esacerbazioni diminuisce sensibilmente, non solo come conseguenza di un buon controllo dell'asma, ma anche di un maggiore controllo dei sintomi d'ansia. Dall'analisi delle casistiche raccolte in vari studi è evidente che il supporto familiare e di medici "in sintonia empatica" con i pazienti è di fondamentale importanza nella gestione quotidiana della malattia ed anche durante la fase acuta (3).

Conclusioni

Recenti studi pilota hanno dimostrato un miglioramento dell' outcome in pazienti affetti da asma grave sottoposti a programmi specifici per il controllo dei disturbi ansioso-depressivi; tali studi, eseguiti su casistiche piuttosto esigue, necessitano di conferme (6). Ulteriori studi sono necessari per chiarire i

meccanismi alla base della relazione tra asma ed eventi cognitivi ed emotivi e per consentire lo sviluppo di nuove e più efficaci strategie farmacologiche e non farmacologiche per il controllo dell'asma grave.

Riferimenti bibliografici

- 1) Brown, E.S. (2003). *Asthma, Social and Psychological Factors and Psychosomatic Syndromes*. New York: Karger.
- 2) Brown, E.S., Khan, D.A., & Mahadi, S. (2000). Psychiatric diagnosis in inner city outpatients with moderate to severe asthma. *International Journal Psychiatry Medicine*. 30; 319-327
- 3) Psychological Factors in Asthma. Ryan J. Van Lieshout, MD and Glenda MacQueen, MD, PhD, FRCPC. *Allergy, Asthma, and Clinical Immunology*, Vol 4, No 1 (Spring), 2008: pp 12–28
- 4) Bel, E.H. (2006). Severe asthma. *Breathe*. Dec, Vol 3, No 2, 129-139.
- 5) Robinson, D.S., Campbell, D.A., Durham, S.R., Pfeffer, J., Barnes, P.J., & Chung, K.F. (2003). Systematic assessment of difficult to treat asthma. *European Respiratory Journal*. 22; 478-488.
- 6) Mike Thomas, Anne Brutonb, Mandy Moffattc, Jennifer Clelandd. *Asthma and psychological dysfunction*. *Prim Care Respir J* 2011;
- 7) Centanni S, Di Marco F, Castagna F, et al. Psychological issues in the treatment of asthmatic patients. *Respir Med* 2000;94:742–9.
- 8) Carr, R.E., Lehrer, P.M., Hochron, S.M., & Jackson, A. (1996). Effect of psychological stress on airway impedance in individuals with asthma and panic disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 105; 137-141.
- 9) Miller, B.D., & Wood, B.L. (1997). Influence of specific emotional states on autonomic reactivity and pulmonary function in asthmatic children. *Journal of the American Academy of Childhood Adolescent Psychiatry*.36; 669-677.
- 10) Kolbe, J., Fergusson, W., Vamos, M., & Garrett, J. (2002). Case-control study of severe life threatening asthma (SLTA) in adults; psychological factors. *Thorax*. 57; 317-322.

- 11) Greaves, C.J., Eiser, C., Seamark, D., & Halpin, D.M.G. (2002). Attack context, an important mediator of the relationship between psychological status and asthma outcomes. *Thorax*. 57; 217-221.

- 12) Cooper CL, Parry DG, Saul C, et al. Anxiety and panic fear in adults with asthma: prevalence in primary care. *BMC Fam Prat* 2007;8:62.