



La valutazione delle dimensioni psico-sociali nel paziente trapiantato di rene

Luigi Zerbinati

Sezione di Clinica Psichiatrica,
Dipartimento di Scienze Biomediche e Chirurgico Specialistiche,
Università di Ferrara

Le Nefropatie

- Alta Incidenza (10000 nuovi pz/anno) e Prevalenza (45-49000 pz in dialisi) (Registro Italiano Dialisi e Trapianto 2011-13)
- IRC esita in terapia renale sostitutiva e o trapianto
- OMS «Salute come stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale e non mera assenza di malattia o infermità»

Trattamento Dialitico

- *Catastrofe cognitivo-emotiva, che sconvolge le risorse personali, l'immagine di sé, i legami affettivi e i progetti futuri*
- *Senso di costrizione, obbligo, rassegnazione, dipendenza, con vissuti ambivalenti*
- *Modifica soggettiva del tempo e perdita del suo significato*

Trapianto Renale

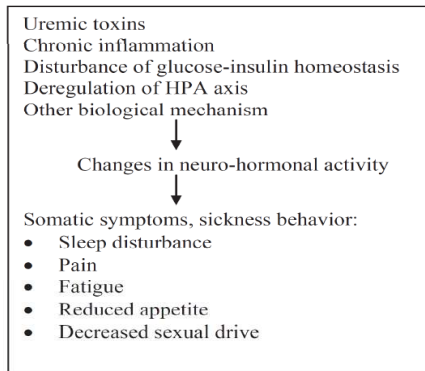
- *Angoscia di infezioni e rigetto*
- *Crisi psicosomatica: adattamento al nuovo organo, alterazione della rappresentazione di Sé e del senso di identità*
- *Integrazione cognitivo-emotiva («trapianto psichico») dei significati simbolici*
- *Ristrutturazione dei propri schemi cognitivo-affettivi e relazionali*

Il rischio di comorbidità psichiatrica nel pz trapiantato renale va dal **20 al 75%** per ogni forma di distress psicologico (Boostani et al, 2014; Muller et al, 2015)

Psicopatologia nelle Nefropatie Croniche

Zalai et al.

Biological factors



Psychological, spiritual factors

- Changes in social roles and self-image
- Decreased autonomy and control
- Loss of freedom
- Hopelessness
- Limited capacity for self-expression, productivity & social involvement
- Negative body image
- Low self-esteem
- Fear of uncertain future, ill health, death and dying, existential questions, meaning of life

Socio-economic factors

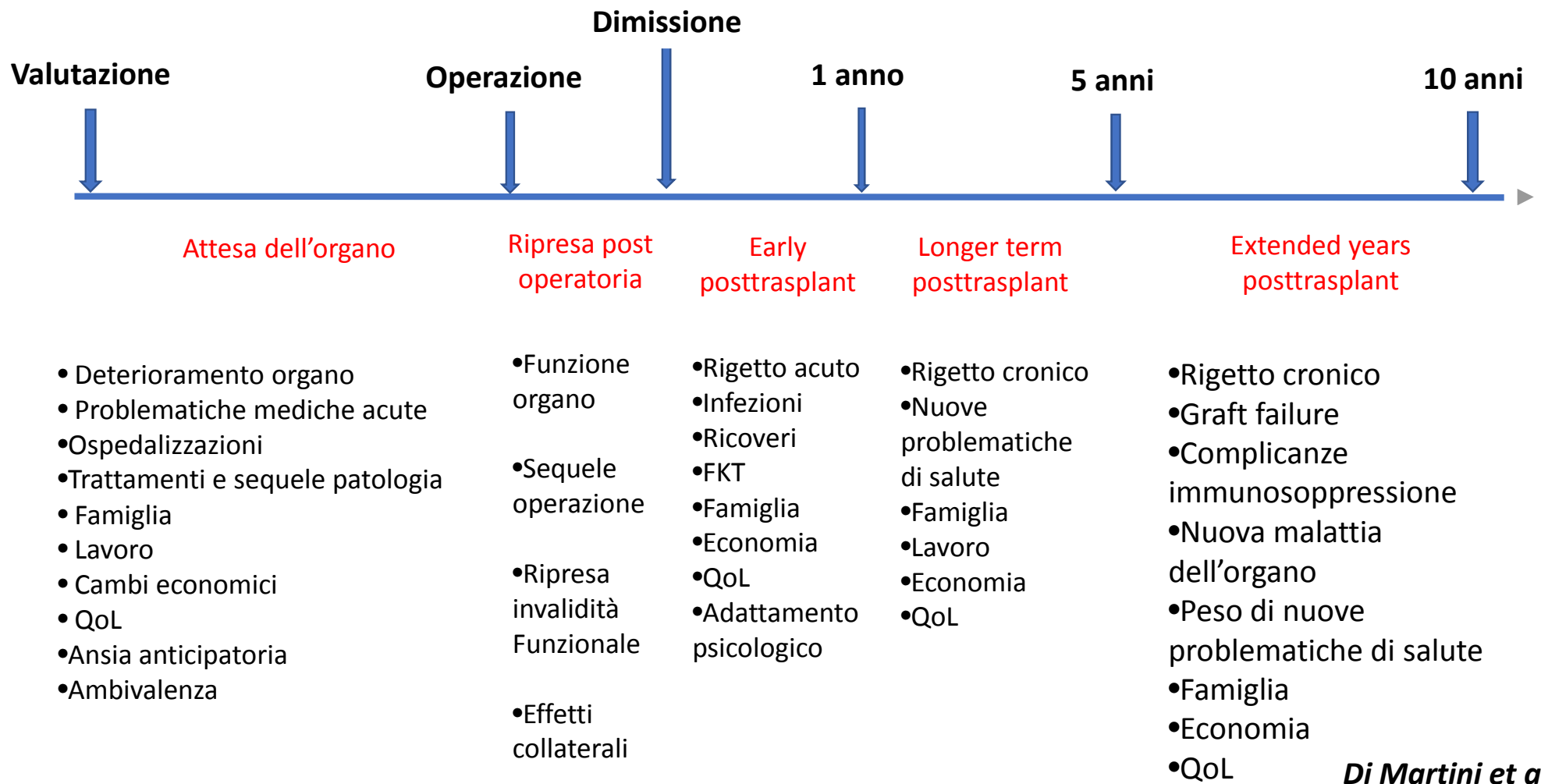
- Younger Age
- Female Gender
- Low perceived social support
- Unemployment
- Low income

Depression

- Disturbi Depressivi da **1.5 a 4 volte** più prevalenti nei pz affetti da patologia organica (Rodin et al, 2005) rispetto alla pop generale
 - 4 volte maggiori nei pz con IR terminale (Egede, 2005)
 - **25% dei pz dializzati; 22% dei pz trapiantati** (Arasaplan, 2004) con aumento della prevalenza di depressione a distanza dal trapianto (Dobbels, 2008)
- Disturbi **ansiosi** fino al **46%** dei pz dializzati (Cukor, 2007); anche depressioni più lievi compromettenti il funzionamento e generanti disabilità (Wells et al, 1992)
 - Nei pz trapiantati: **10% disturbo distimico, 10% sia disturbo ansioso che depressivo, 15% disturbo d'ansia** (Arasaplan, 2004)

Fattori di rischio per ridotta **qualità di vita**, cattivo **outcome e aumentata mortalità post-trapianto** (Zalai D, 2012; Dobbels et al, 2008)
Predittori indipendenti di **sopravvivenza e di morte** (Novak et al, 2010)

Adattamento al trapianto



Di Martini et al. 2007

Valutazione pre-trapianto

- Valutare le variabili psicosociali nel pre-operatorio può predire l'adattamento psichiatrico post-operatorio nella maggior parte dei riceventi (maggior parte tipologie); (Dew et al., 2000);
- Opportunità per identificare potenziali problemi e intervenire prima del trapianto;
- Può richiedere follow-up necessari a chiarire importanti questioni, solidificare relazioni con paziente e familiari, risolvere problemi;
- “Contratti scritti”;
- Piani di trattamento;

Obiettivi di screening psicosociale

- 1. Valutare abilità di coping; intervenire con pazienti che non sembrano in grado di fronteggiare avversità efficacemente;**
- 2. Diagnosticare comorbidità psichiatriche; provvedere a monitoraggio e trattamento pre e post trapianto;**
- 3. (Valutare la capacità di comprendere il processo del trapianto e fornire consenso informato);**
- 4. Valutare la capacità del candidato di collaborare con lo staff e aderire al trattamento;**
- 5. Valutare storia di uso/abuso di sostanze, remissione, abilità di mantenere astinenza nel lungo termine;**

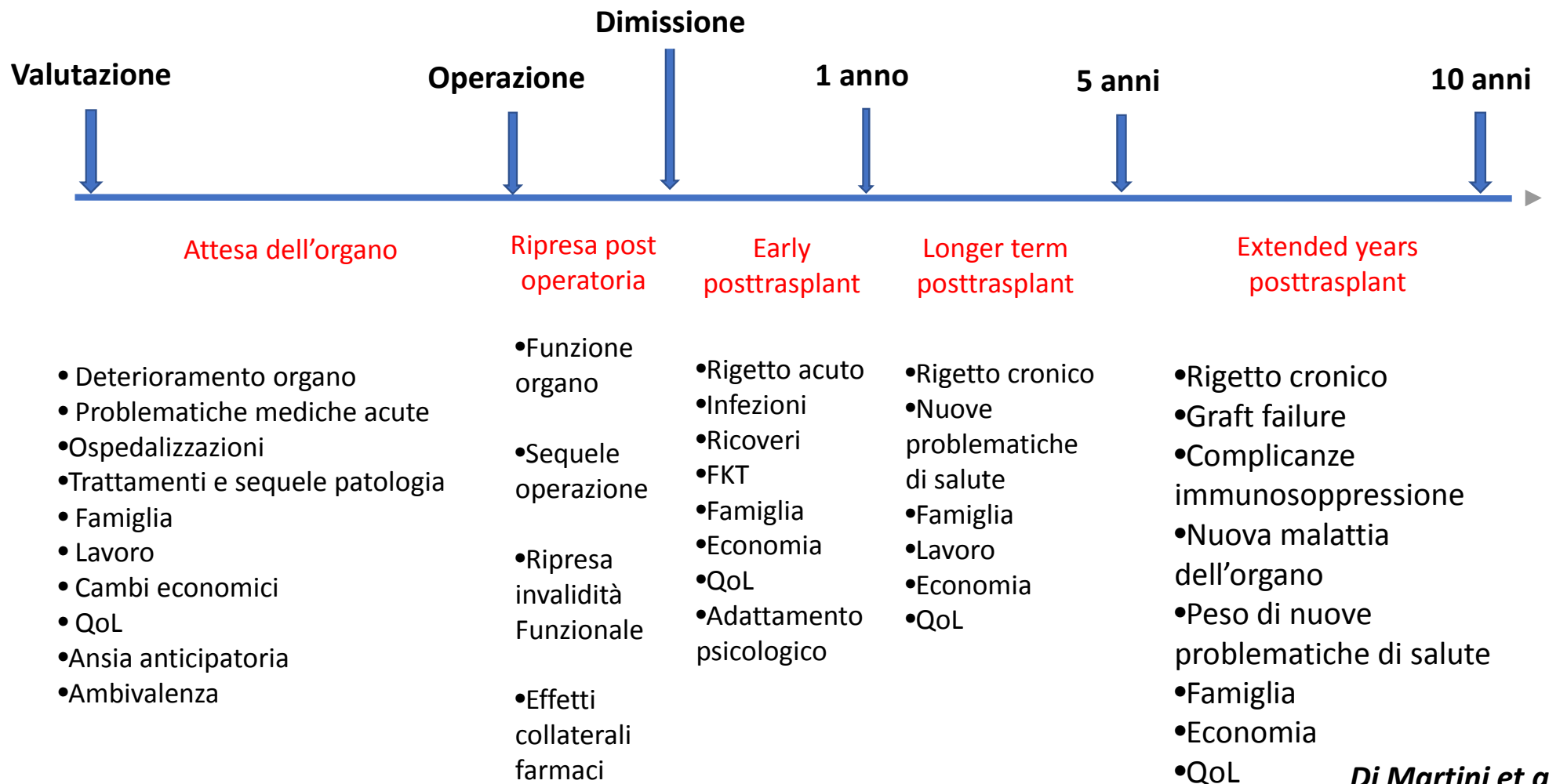
Obiettivi di screening psicosociale

- **6. Identificare comportamenti che possano influire su morbilità e mortalità (es. fumo, esercizio) e valutare l'abilità del candidato di modificare questi comportamenti nel lungo termine;**
- **7. Aiutare lo staff a comprendere meglio il paziente come persona;**
- **8. Valutare i livelli di supporto sociale disponibile nelle fasi pre-post trapianto**
- **9. Determinare i bisogni psicosociali del paziente e dei familiari;**
- **10. Stabilire un livello basale di funzionamento mentale in modo da valutare i cambi nel post-operatorio**

Disturbi psichiatrici nei pazienti trapiantati

- Aumento distress psicologico e aumentato rischio di sviluppare disturbi psichiatrici;
- Prevalenza depressione fino al 20% in trapiantati di rene (Dew 2003);
- Prevalenza PTSD 10% trapiantati di cuore e polmoni;
- Aumento mortalità in pazienti trapiantati di cuore con intensi vissuti depressivi pre-trapianto (associazione significativa anche eliminando fattori somatici e legati agli stili di vita; Havik et al., 2007)

Adattamento al trapianto



Di Martini et al. 2007

Adattamento al trapianto

- Diverse risposte: rabbia, ansia, tristezza, evitamento, negazione, possibile necessità di dover elaborare un lutto;
- Possibile scarsa compliance o assenza a visite/procedure come risposta;

Lunga durata di malattia



- Difficile transizione tra “ruolo di malato” a “stato di salute”
 - Senso di pressione nel sentirsi meglio
- MUS, dolore cronico non spiegabile, disturbi somatoformi, non aderenza

Breve durata di malattia

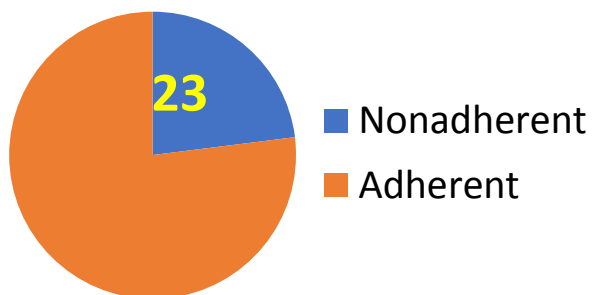


- Aumentato senso di vulnerabilità
 - Negazione della gravità della situazione medica
 - Voglia di ritornare a funzionamento precedente
- Conseguenze salute (es. ritorno precoce a lavoro)

Olbrisch et al., 2002

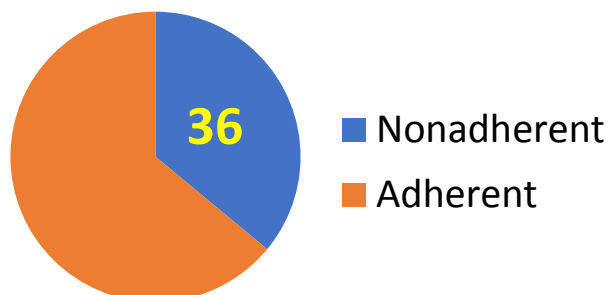
Non compliance

Farmaci



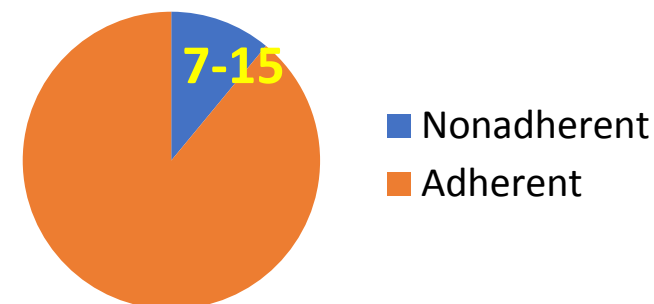
Tutti gli organi (casi/anno)

Immunosoppressori



Trapianto renale (casi/anno)

Immunosoppressori



Tutti gli organi (casi/anno)

Dew et al., 2007

- Ansia
- Ansia-ostilità
- Scarso supporto caregivers
- Scarso supporto dagli amici
- Incapacità strategie coping cognitive attive
- Strategie di coping di tipo evitante



0-1 FR psicosociali NC < 30%
2-3 FR psicosociali NC ~ 50%
4 o + FR psicosociali NC > 80%

Dew et al., 1996

Effetti collaterali neuropsichiatrici dei farmaci immunosoppressivi

- **Ciclosporina**

Lievi: tremori, irrequietezza, cefalea. Più raro (12%): stato confusionale acuto, psicosi, crisi convulsive, aprassia verbale, cecità corticale, coma. Rara: PRES (leucoencefalopatia posteriore reversibile)

- **Tacrolimus**

Simili a ciclosporina: tremore, cefalea, irrequietezza, insonnia, sogni vividi, iperestesia, ansia, agitazione. Meno frequentemente (8.4%): disturbi cognitivi, coma, disartria, delirium, crisi comiziali, acatisia. Rara: PRES.

- **Corticosteroidi**

Effetti collaterali psichiatrici seri infrequenti (5%-6%)

- **Micofenolato mofetile**

Effetti collaterali SNC (>3% fino a <20%): ansia, depressione, delirium, agitazione, crisi convulsive, psicosi, parestesie, neuropatie, sonnolenza

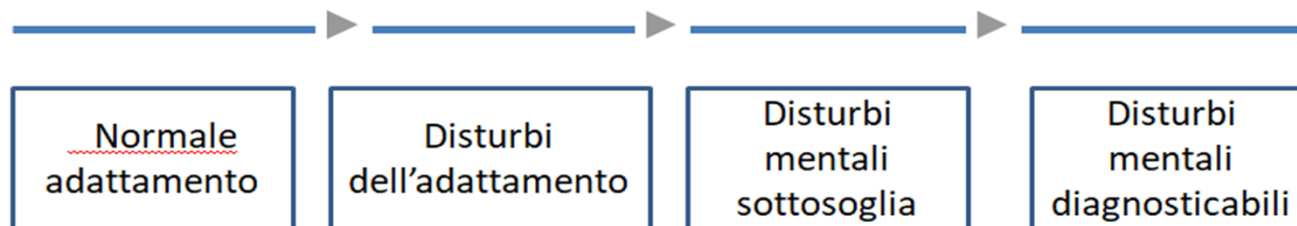
- **Anticorpi monoclonali**

Lievi: cefalea, debolezza, vertigini, tremori, ansia.

Muromonab-CD3: cefalea, tremori, agitazione e depressione più intensi

Distress

Il Distress si estende lungo un continuum che va da normali sentimenti di vulnerabilità, tristezza e paura, a problemi che possono diventare disabilitanti, come depressione, ansia, panico, isolamento sociale, crisi esistenziale e spirituale



Correlati psicologici di malattia a minaccia per la vita

Minaccia all'integrità fisica, psicologica e sociale; minaccia della perdita e della morte; dolore fisico; perdita di funzionamento e cambiamenti di ruolo

- Distress o Sofferenza Esistenziale (Yalom, 1980; Kirk et al, 2010; Shuman-Oliver et al, 2008): perdita di speranza, di significato, d'identità, di autostima
- Depressione e Demoralizzazione
- Benessere Spirituale e Crescita Post-Traumatica

ESAS

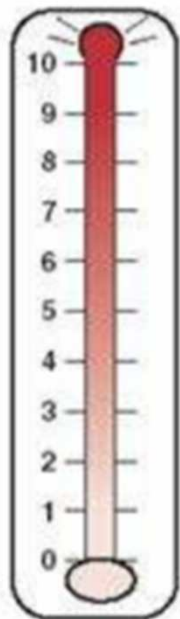
(Edmonton symptom assessment system)

La preghiamo di rispondere a tutte le domande del questionario facendo una crocetta sul numero che meglio descrive la sua situazione in questo momento (esempio : 5)

Dolore	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore dolore possibile
Irritabilità	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore irritabilità possibile
Stanchezza	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore stanchezza possibile
Nausea	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore nausea possibile
Depressione	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore depressione possibile
Ansia	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore ansia possibile
Sonnolenza	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore sonnolenza possibile
Mancanza di appetito	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore inappetenza possibile
Malessere	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore malessere possibile
Difficoltà a respirare	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	La peggiore difficoltà a respirare possibile
Stress (disagio) emozionale	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore disagio possibile
Altro	Per niente	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Il peggiore possibile

- Scala visuo-analogica numerica da 0 a 10, validata inizialmente in pz con cancro (Bruera et al, 1991)
- Screening e monitoraggio longitudinale del carico di distress derivato da sintomi fisici e psicologici in molti gruppi clinici, inclusi i pz dializzati (Richardson et al, 2009; Davison et al, 2010; Gamondi et al, 2013; Hui et al, 2017)
- Distress fisico (ESAS-PHYS); distress psicologico (ESAS-PSY) ; distress globale (ESAS-TOTAL)

Termometro del distress



**10 = MASSIMO DISAGIO EMOTIVO
(MASSIMO STRESS)**

**0 = NESSUN DISAGIO EMOTIVO
(NESSUNO STRESS)**

Canadian problem checklist (CPC)

Please check all of the following items that have been a concern or problem for you in the past week including today:

Emotional:

- Fears / Worries
- Sadness
- Frustration/Anger
- Changes in appearance
- Intimacy / Sexuality
- Coping
- Change in sense of self
- Loss of interest in everyday things

Informational:

- Understanding my illness and/or treatment
- Talking with the health care team
- Making treatment decisions
- Knowing about available resources
- Quitting smoking
- Medications

Social/Family:

- Feeling a burden to others
- Worry about family / friends
- Feeling alone
- Relationship difficulties

Practical:

- Work / School
- Finances
- Getting to and from appointments
- Accommodation
- Child/Family/Elder care

Spiritual:

- Meaning/Purpose of life
- Faith

Physical:

- Concentration/Memory
- Sleep
- Weight
- Constipation / Diarrhea
- Swallowing
- Falling/Loss of balance

Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research (DCPR)

- Alexithymia
- Comportamento di Tipo A
- Umore Irritabile
- Demoralizzazione

Caratteristiche psicologiche e di personalità

- Fobia di Malattia
- Ansia per la Salute
- Tanatofobia
- Diniego di Malattia

Differenti aspetti del comportamento anormale di malattia

- Sintomi Somatici Funzionali
- Somatizzazione Persistente
- Sintomi di Conversione
- Reazione da Anniversario

Condizioni cliniche maggiormente centrate sulla presentazione di sintomi di somatizzazione

• Espansione dei tradizionali modelli di malattia attraverso una traduzione delle variabili psicosociali in strumenti operativi;

• Dati utili per sottotipizzare pazienti, identificare sindromi sottosoglia o non identificate, predire outcome di trattamento, identificare fattori di rischio;

• Solo DCPR, ma non diagnosi DSM-IV, sono riusciti a predire scarso funzionamento psicosociale (Rafanelli, 2010);

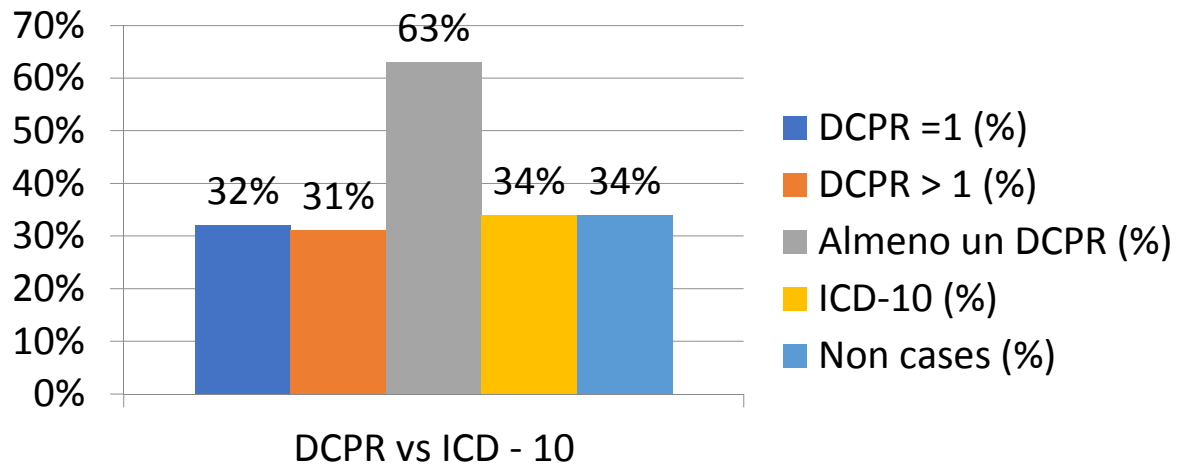
Abnormal Illness Behavior, Alexithymia, Demoralization, and Other Clinically Relevant Psychosocial Syndromes in Kidney Transplant Recipients: A Comparative Study of the Diagnostic Criteria for Psychosomatic Research System versus ICD-10 Psychiatric Nosology

Battaglia Y.^a · Martino E.^b · Piazza G.^b · Cojocaru E.^a · Massarenti S.^b · Peron L.^c · Storari A.^a · Grassi L.^{b,c}

- **134 pazienti trapiantati di rene** reclutati durante le loro visite di controllo routinarie presso l' U. O. di Nefrologia dell'Arcispedale S. Anna di Cona (Fe)
- **Criteri di inclusione:** Karnofsky Performance Status Scale > 50; Assenza disturbi cognitivi (MMSE > 24);
- **Valutazione psichiatrica (2 h):** Intervista semistrutturata basata sui DCPR; Intervista strutturata diagnostica (ICD-10) Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.)
- **Somministrazione di scale:** ESAS + DT, CPC
- **Dati sociodemografici, esami biochimici di routine, funzionalità renale (eGFR)**

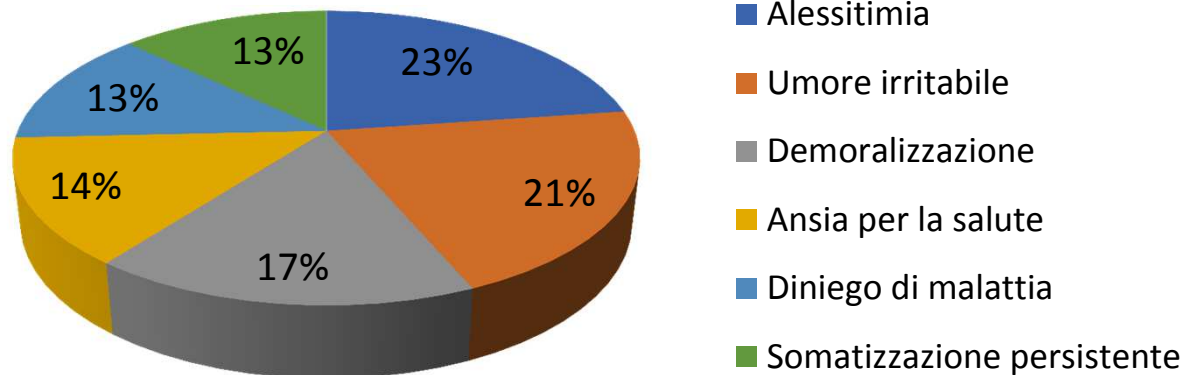
TABELLA CAMPIONE

Variabili Socio-Demografiche		Variabili Cliniche	
<i>Età</i>	56.13 ± 12	<i>Precedenti Psicopatologici</i>	
<i>Scolarità (anni)</i>	11.5 ± 4.52	Sì	41 (30.6%)
		No	93 (69.4%)
<i>Sesso</i>		<i>Patologia Renale</i>	
Maschi	90 (67.2%)	Glomerulonefrite	55 (41%)
Femmine	44 (32.8%)	Mal Renale Policistica	25 (18.7%)
<i>Stato Civile</i>		Autosomica Dominante	
Single	29 (22%)	(ADPKD)	
Sposati	89 (88.7%)	Pielonefrite	6 (4.5%)
Divorziati	10 (7.5%)	Iperensione	6 (4.5%)
Vedovi	6 (4.4%)	Diabete Mellito	6 (4.5%)
		Altro	22 (16.4%)
		Non nota	9 (6.7%)
<i>Situazione Abitativa</i>		<i>Valori Ematici</i>	
Famiglia Propria	93 (69.9)	Hgb	12.4 ± 1.53
Fam. Origine	22 (16.5%)	Calcemia	2.57 ± 1.2
Soli	11 (8.3%)	Fosforemia	3.27 ± 0.65
Con altri	6 (4.4%)	Proteine Tot	6.6 ± 0.71
<i>Occupazione</i>		GFR-MDRD	53.2 ± 17.5
Occupati	42 (31.34%)	Albumina	58.1 ± 4.97
Disoccupati	9 (7%)	Paratormone	84.45 ± 51.14
Pensionati	57 (44.2%)	BMI	24.5 ± 3.5
Casalinghi	3 (2.3%)	PA sistolica	130.45 ± 13.9
Altro	13 (9.4%)	PA diastolica	78.25 ± 7.93



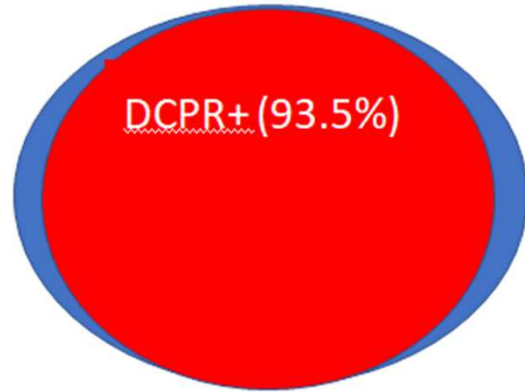
- DCPR =1 (%)
- DCPR > 1 (%)
- Almeno un DCPR (%)
- ICD-10 (%)
- Non cases (%)

DCPR

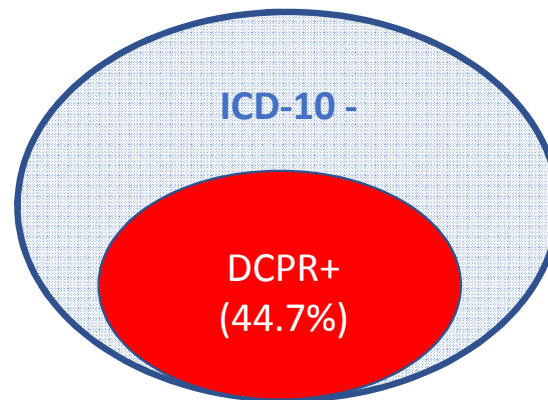
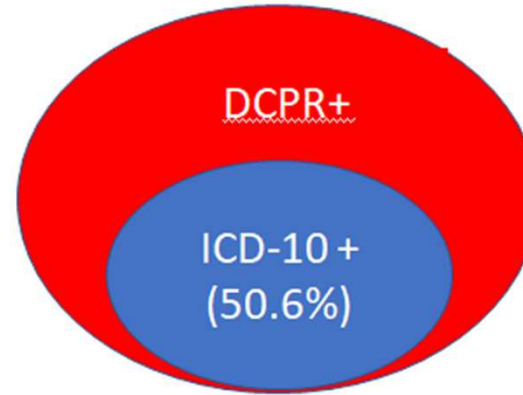


- Alessitimia
- Umore irritabile
- Demoralizzazione
- Ansia per la salute
- Diniego di malattia
- Somatizzazione persistente

43/46 ICD-10 CASES ERANO DCPR CASES

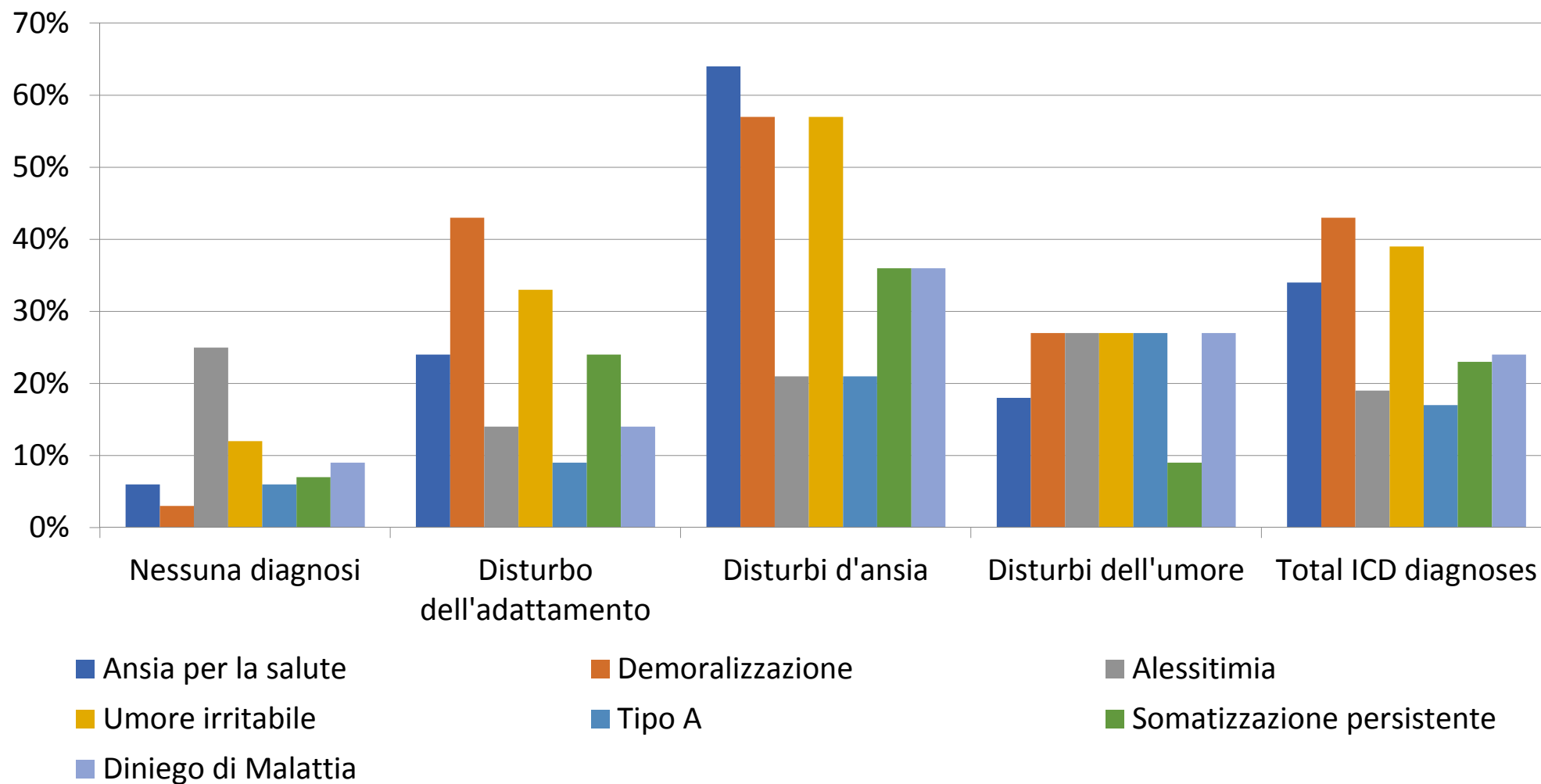


43/85 DCPR CASES ERANO ICD-10 CASES

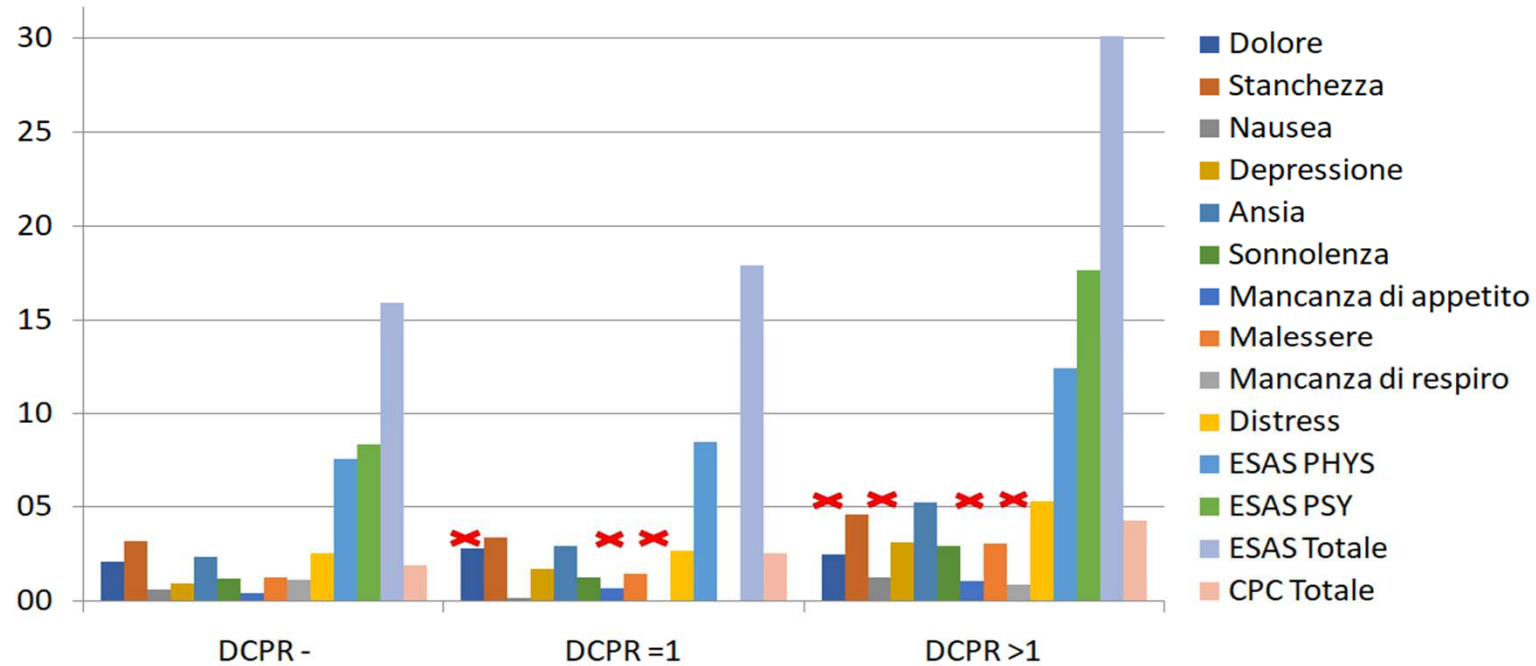


42/88 NON ICD-10 CASES ERANO DCPR CASES (FALSI ICD-10 NEGATIVI)

Sovrapposizione tra DCPR e ICD-10

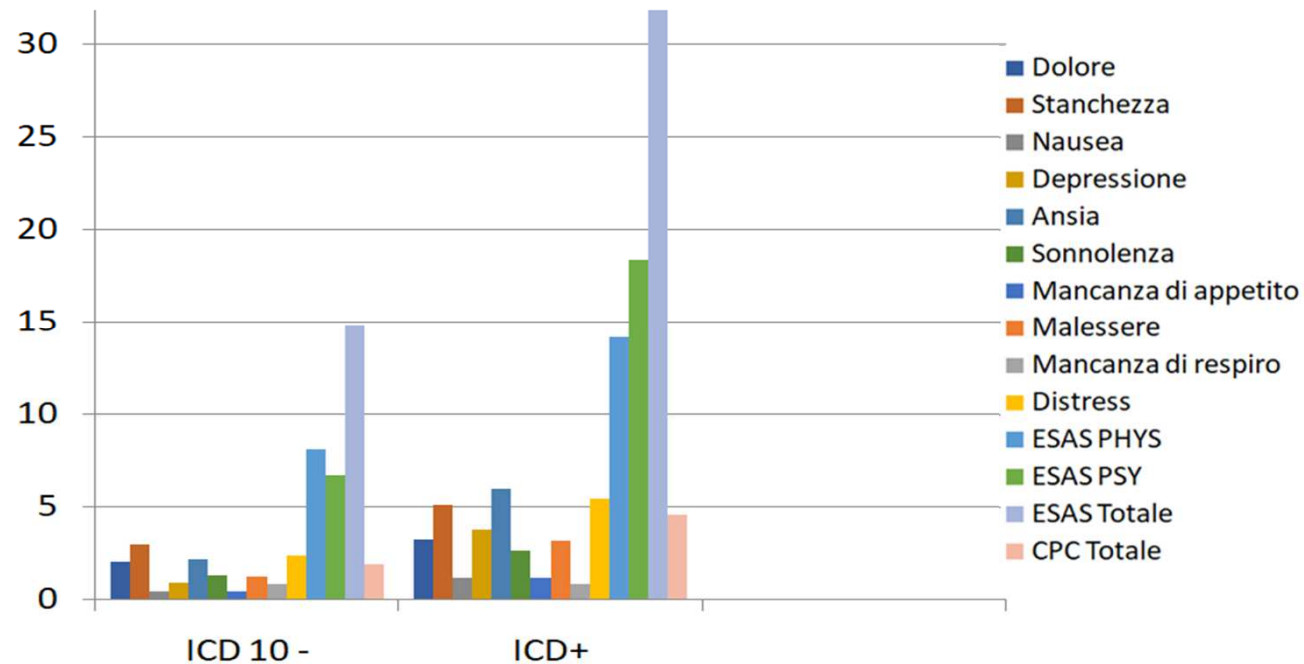


ESAS in DCPR



- DCPR = 1 vs DCPR - : valori più alti in tutti i sintomi dell'ESAS (tranne dolore, mancanza di appetito e respiro);
- DCPR >1 vs DCPR=1 : valori maggiori in tutti i sintomi dell'ESAS (tranne dolore, nausea, mancanza di appetito e respiro)

ESAS: diagnosi ICD-10



Maggiori valori in tutti i sintomi nei pazienti con diagnosi ICD-10

ESAS: ICD-10+ e DCPR+

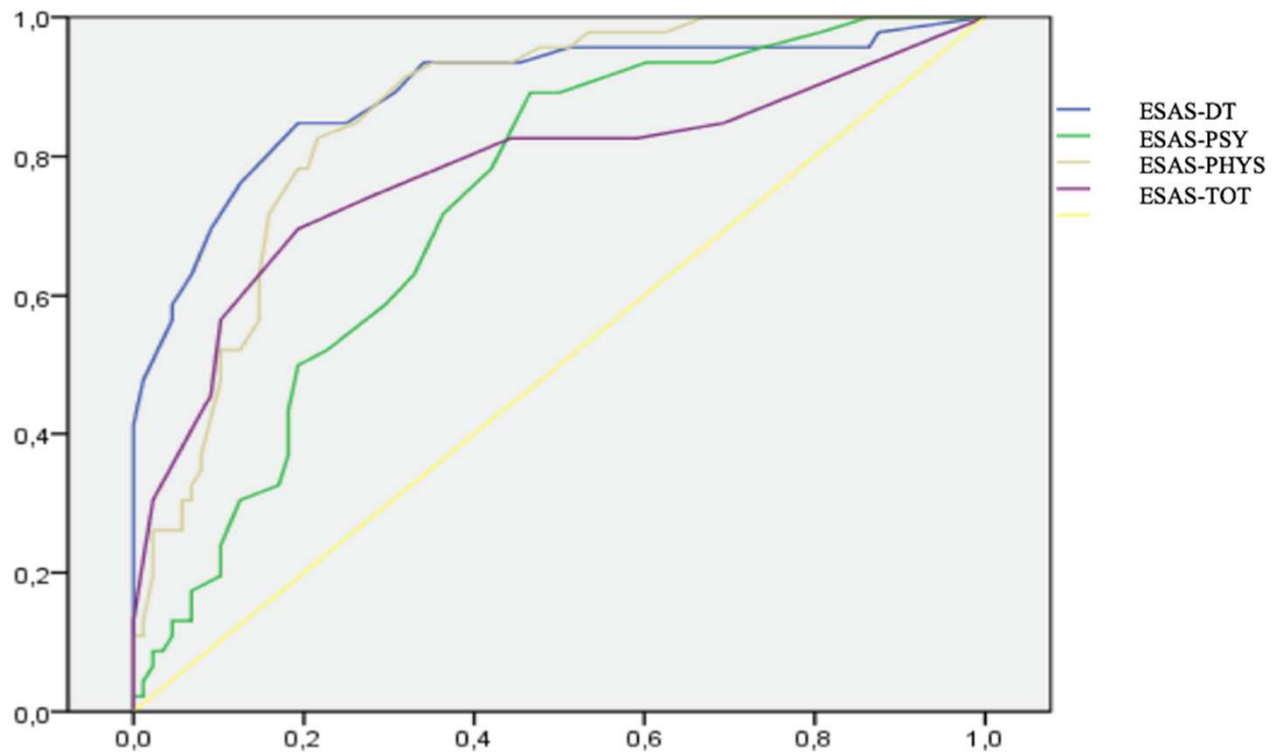
- **ICD-10 cases vs DCPR>1**: non differenze significative
- **DCPR>1/ICD-10+ vs DCPR=1** : valori più elevati in tutte le sottoscale

CANADIAN PROBLEM LIST

- Rispetto a **DCPR -** : **DCPR=1** e **DCPR>1** presentano maggior numero di problematiche, con eccezione di quelle spirituali (più problematiche per DCPR>1)
- Rispetto a **ICD-10 -** , **ICD-10 +** presentano maggior numero di problematiche, con eccezione di quelle spirituali

CONCLUSIONI

- Alta prevalenza disturbi psicosociali in KTR (63,4%)
- Diagnosi DCPR quasi doppie rispetto ICD-10
- DCPR possono identificare dimensioni psicologiche non rilevabili da criteri ICD-10
- Criteri ICD-10 inadeguati a catturare dimensioni psicosociali
- DCPR+ o ICD-10 + : alti punteggi sintomi ESAS e molti problemi vita quotidiana



Battaglia Y et al. NDT 2018

In KTR ESAS presenta ottime capacità di screening nell'identificare casi ICD-10

DEMORALIZATION AND POST TRAUMATIC GROWTH IN KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS FREE

	Loss of meaning and purpose (DS)
Appreciation for the life (PTG)	
Correlaz. di Pearson	-,179
Sign.	,039

the importance of giving a meaning to the motivations that lead patients to kidney transplantation

Apprezzamento della vita (PTGI):

- Item 1: Ho cambiato la scala dei valori della mia vita
- Items 2: Apprezzo di più la vita
- Item 13: Apprezzo di più ogni nuovo giorno

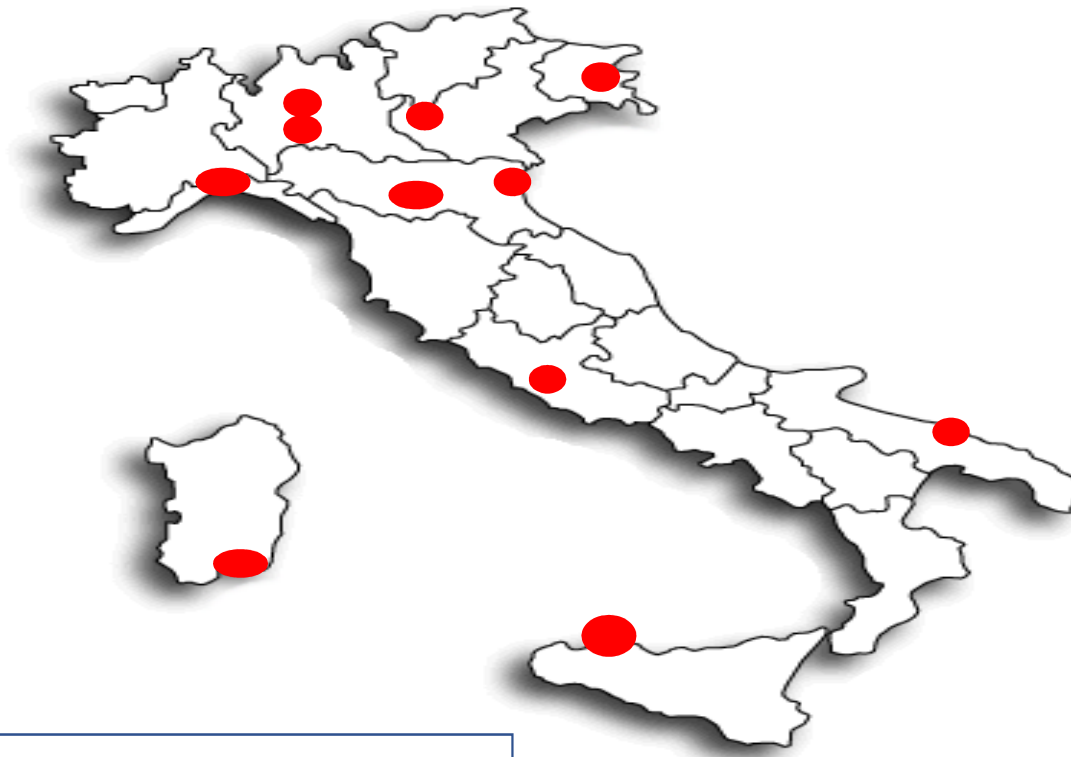
Post traumatic growth inventory

Perdita di significato e scopo (DS):

- Item 3: Non c'è scopo alle attività nella mia vita
- Item 4: Il mio ruolo nella vita è andato perduto
- Item 14: La vita non vale più la pena di essere vissuta
- Item 20: Preferirei non essere vivo
- Item 23: Mi sento piuttosto isolato e solo
- Item 7: Nessuno mi può aiutare
- Item 8: Sento che non riesco ad aiutarmi da solo
- Item 9: Mi sento senza speranza

Demoralization scale

Studio SIPC



psichiatria@unife.it
luigi.grassi@unife.it
luigi.zerbinati@unife.it



psichiatria@unife.it
luigi.grassi@unife.it
luigi.zerbinati@unife.it