

Gestione del paziente con disturbo da sintomi somatici (*disturbo somatoforme*) La sindrome del Burnout

Prof.ssa Lidia Del Piccolo
Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica
Sezione di Psicologia Clinica
Università degli Studi di Verona



Programma



1. Definizione e classificazione dei disturbi da sintomi somatici
2. Fattori coinvolti nello sviluppo dei disturbi da sintomi somatici
3. Interazione con il paziente
4. Il processo di riattribuzione
5. Definizione di Burn-out (Compassion fatigue)
6. Fattori che portano al burn-out
7. Prevenire il burn-out



Disturbo di somatizzazione

Per somatizzazione (Stekel, 1908) si intende la tendenza a sperimentare e comunicare distress fisico e sofferenza personale o sociale attraverso disturbi somatici per i quali non è individuabile una chiara causa organica o una base patofisiologica, e la conseguente persistente richiesta di intervento medico.

(Lipowski, Am J Psychiatry 1988; 145:1358-68)





Classificazione dei disturbi da sintomi somatici (DSM-V) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

- **DSM V** (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders, APA)
- **ICD 10** (International Classification of Disease, WHO)

Tutti i disturbi da sintomi somatici e disturbi correlati sono accomunati da:

- attenzione focalizzata su **più sintomi di natura somatica**, riguardanti diversi apparati;
- I sintomi causano **forte disagio e/o limitazioni significative**
- Centrali non sono i sintomi ma la loro **presentazione e interpretazione da parte del paziente**

Disturbo da sintomi somatici (DSM-V)



A. Uno o più sintomi somatici (specifici/aspecifici) che procurano disagio o portano ad alterazioni significative de vita quotidiana.

B. Pensieri, sentimenti o comportamenti eccessivi, correlati a sintomi somatici o associati a preoccupazioni relative alla salute, connotati da:

- **Pensieri sproporzionati e persistenti** circa la gravità dei propri sintomi
- **Livello costantemente elevato di ansia** per la salute o per i sintomi.
- **Tempo ed energie eccessivi** dedicati a questi sintomi o a preoccupazioni riguardanti la salute.

C. Sebbene possa non essere continuamente presente uno dei sintomi, la condizione di essere sintomatici è persistente (6 mesi o più)



Disturbo da sintomi somatici



Specificare se:

- **Con dolore predominante:** individui con sintomi somatici rappresentati prevalentemente da dolore
- **Persistente:** sintomi gravi, marcata compromissione e lunga durata (più di 6 mesi)
- **Gravità attuale:** lieve, moderata, grave

La sofferenza portata è autentica, spiegabile o meno che sia dal punto di vista medico.

Vi è spesso un elevato utilizzo di cure mediche, che di rado allevia le preoccupazioni del paziente. Sensibilità agli effetti collaterali dei farmaci.

La rassicurazione ha efficacia breve



Disturbo da ansia di malattia (DSM-V) (*ipochondria*)



- A. **Eccessiva ed inappropriata paura** di avere o sviluppare una malattia fisica. In primo piano non sono i sintomi ma la preoccupazione di avere una grave malattia. Persiste al di là di esami e visite.
- B. I sintomi somatici, se presenti, sono di lieve entità.
- C. E' presente un elevato livello di ansia riguardo la salute e l'individuo si allarma facilmente riguardo il proprio stato di salute
- D. Il soggetto attua eccessivi comportamenti correlati alla salute (es. riti, come per esempio lavarsi le mani o altro, controlli) o presenta un evitamento disadattivo.
- E. La preoccupazione per la malattia è presente da almeno 6 mesi. La patologia temuta può cambiare nel corso del tempo
- F. La preoccupazione per la malattia non è spiegata da un altro disturbo mentale.

Influenza dai mezzi d'informazione e forti resistenze verso i tentativi di rassicurazione.



Disturbo di conversione (DSM-V)

Disturbo da sintomi neurologici funzionali

Noto anche come 'isteria' o 'nevrosi isterica' è caratterizzato dalla presenza di uno o più sintomi neurologici (ad es., paralisi, cecità e parestesie) che non possono essere spiegati da una malattia neurologica o internistica nota (le vie sensitive o motorie sono integre).



I sintomi/deficit sono relativi alle funzioni motorie volontarie (movimenti abnormi, anomali, disturbi della marcia, postura anormale degli arti, debolezza, paralisi) o sensitive (anestesia, parestesie agli arti, sordità, cecità e visione a cannocchiale), possono associarsi a apparente compromissione o perdita di coscienza e sintomi dissociativi.

I sintomi hanno insorgenza rapida e spesso associata a eventi traumatici o gravi problemi relazionali. Si accentuano se si presta loro attenzione.

Criteri diagnostici aggiuntivi secondo il DCPR (Fava et al., 1995)

a. Sono presenti almeno due delle seguenti caratteristiche:

1. Ambivalenza in rapporto al sintomo (*la belle indifférence*)
2. Personalità istrionica (drammatizzazione, dipendenza emotiva, suggestionabilità, rapidi cambi d'umore)
3. Precipitazione dei sintomi in relazione a stress psicologico
4. Storia di sintomi fisici simili, osservati in qualcun altro o desiderati in qualcun altro



Fattori psicologici che influenzano altre condizioni mediche



A. E' presente un **sintomo o una condizione medica**

B. **Fattori psicologici o comportamentali** influenzano negativamente la condizione medica

- **Per una stretta relazione temporale** tra i fattori psicologici e l'insorgenza o l'aggravamento della condizione medica, o la sua ritardata guarigione
- Influiscono con il trattamento della condizione medica (es. manipolazione insulina in diabetico che desidera perdere peso)
- Costituiscono ulteriori rischi accertati per la condizione dell'individuo
- Influenzano la fisiopatologia sottostante

C. I fattori psicologici o comportamentali **non soddisfano i criteri per un disturbo mentale**

Gravità: lieve, moderata, grave, estrema



Disturbo fittizio (DSM-V)



Disturbo Fittizio provocato a sè.

- Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici o autoinduzione di un infortunio o di una malattia, associata a inganno accertato
- L'individuo presenta se stesso agli altri come menomato, malato o ferito
- Il comportamento ingannevole è presente anche in assenza di evidenti vantaggi esterni
- Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale

Episodio singolo

Episodi ricorrenti

Disturbo fittizio



Disturbo Fittizio provocato ad altri (sindrome di Münchausen per procura).

- Falsificazione di segni o sintomi fisici o psicologici o induzione di un infortunio o di una malattia ad altro individuo, associata a inganno accertato
- L'individuo presenta un'altra persona agli altri come menomata, malata o ferita
- Il comportamento ingannevole è presente anche in assenza di evidenti vantaggi esterni
- Il comportamento non è meglio spiegato da un altro disturbo mentale

Episodio singolo, Episodi ricorrenti

≠ **Simulazione** (beneficio secondario è evidente).





Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10)

F45 - Disturbi somatoformi :

F45.0 - Disturbo da somatizzazione

F45.1 - Disturbo somatoforme indifferenziato

F45.2 - Disturbo ipocondriaco

F45.3 - Disfunzione vegetativa somatoforme

F45.4 - Disturbo somatoforme da dolore persistente (disturbo algico)

F45.8 - Altri disturbi somatoformi



Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10)

F45 - Disturbi somatoformi :

F45.0 - Disturbo da somatizzazione

F45.1 - Disturbo somatoforme indifferenziato

Le caratteristiche principali sono costituite da sintomi somatici molteplici, ricorrenti e frequentemente mutevoli della durata di almeno due anni. La maggioranza dei pazienti ha avuto una lunga e complicata storia di contatti con servizi di medicina sia generale che specialistica, nel corso dei quali possono essere state effettuate molte indagini negative o operazioni esplorative inutili.

I sintomi possono essere riferiti a qualsiasi parte o sistema del corpo. Il decorso del disturbo è cronico o fluttuante, e spesso è associato con una compromissione del comportamento sociale, interpersonale e familiare. I quadri caratterizzati da sintomi di breve durata (meno di due anni) e di minore intensità sono meglio compresi nell'ambito del disturbo somatoforme indifferenziato (F45.1).

Epidemiologia

- I disturbi da sintomi somatici rappresentano una delle forme più comuni di disagio presenti nella medicina generale (22% Escobar et al., 1998, Psychosom. Med. 20% Barsky et al., 2005, Arch. Gen Psych.)
- Il 5-7% della popolazione generale e il 9% dei pazienti in ospedale soffre di disturbi da sintomi somatici cronici.
- La maggior parte sono femmine
- Esordio nella prima età adulta e mezza età



Epidemiologia

- Sono suscettibili di effetti iatrogeni legati ad eccesso di esami clinici e prescrizioni farmacologiche (Fink, 1992; Deyo, 2000).
- Hanno una qualità di vita povera (Maiden et al., 2003)
- Inducono elevati costi sociali (assenze dal lavoro) e sanitari (esami numerosi e spesso inutili)
- Dal 44% (Leiknes et al. 2010) al 50% dei pazienti che soffre di disturbi somatoformi soffre anche di distimia, depressione o ansia (Fink et al. 2002)



Come si presenta un paziente che somatizza?

- Ha sintomi vaghi, atipici (es. affaticamento, mal di testa, tensione muscolare, dolori alla schiena, dolori al petto, debolezza)
- Fa fatica a fornire dettagli sui sintomi (intensità, cronologia, qualità)
- L'attenzione del paziente è rivolta alla sofferenza personale e agli effetti collaterali dei sintomi sulla vita quotidiana e desidera che queste preoccupazioni siano "validate".
- Sintomi sottostimati negli anziani. Nei bambini prevale la presentazione somatica



Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo da sintomi somatici (Deary et al., 2007 Clinical Psychology Review)



Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo da

Tendenza ad avere una risposta più accentuata a stimoli stressanti dovuta alla precedente esperienza di condizioni simili (facilitato il recupero mnestico di sensazioni fisiche già sperimentate rispetto ad altre). In genere la risposta fisiologica a stimoli stressanti è accresciuta se i fattori stressanti iniziali erano incontrollabili e imprevedibili

Sensibilizzazione fisiologica (Rygh et al., 2005)

**distress generale espresso
con sintomi fisici**

Processi cognitivi:
Attenzione
Attribuzione
ruminazioni

Fisiologia:
Arousal, asse
Ipotalamo
-ipofisi-surrene,
Citochine

Comportamenti
Attribuzione
prevalente sintomi
somatici
Evitamento

Fattori sociali:
Incertezza,
mancanza
di spiegazioni,
esami

Fattori perpetuanti e di mantenimento

Attenzione a sensazioni propriocettive negative (dolore)

Dolore: esperienza sensoriale ed emozionale spiacevole associata a danno tissutale, in atto o potenziale.

Si compone di:

- una parte percettiva (la **nocicezione**) che costituisce la modalità sensoriale che permette la ricezione ed il trasporto al sistema nervoso centrale di stimoli potenzialmente lesivi per l'organismo. E' costituita da un circuito a tre neuroni che convoglia lo stimolo doloroso dalla periferia alla corteccia cerebrale mediante le **vie spino-talamiche**;
- una parte **percettiva** (influenzata dallo stato psichico) che è responsabile della valutazione critica dell'impulso algogeno. E' monitorata dalla **corteccia cerebrale** e dalla **formazione reticolare** e permette di discriminare l'intensità, la qualità e il punto di provenienza dello stimolo nocivo; da queste strutture vengono modulate le risposte reattive.



Abbassamento della soglia di percezione del dolore

Barsky **”somatic amplification”**, (1992) gli stimoli afferenti al cervello non vengono soppressi anche quando sono di lieve intensità - Intensificazione delle sensazioni propriocettive che induce a interpretare gli stimoli somatici come pericolosi e intensi

Bischoff **“inaccurate myogen perception”**, (1989) Problema di filtro e giudizio sulla percezione della tensione muscolare



Componente attenta

(James et al., 1989, Compr Psychiatry, 30: 84-89)

Potenziali evocati da EEG;

Confronto 10 pazienti somatizzatori con 10 pazienti normali sulla base della Mismatch Negativity (differenza fra i potenziali evocati da stimoli di sfondo - in questo caso un rumore di fondo - e i potenziali evocati da uno stimolo target - stimolo sonoro). Il paradigma richiede non solo attenzione selettiva per lo stimolo da riconoscere ma anche la contemporanea soppressione di stimoli di sfondo.

I pazienti che somatizzano mostrano valori di MMN inferiori rispetto ai soggetti di controllo.

Tendenza dei soggetti somatizzatori a rispondere in modo simile a stimoli rilevanti e irrilevanti e quindi a manifestare una maggiore difficoltà a sopprimere informazioni sensoriali irrilevanti.



Processo di attribuzione somatica



**ALTERAZIONI
PROPRIOCETTIVE**

**BODY-
FOCUSED
ATTENTIONAL
BIAS**

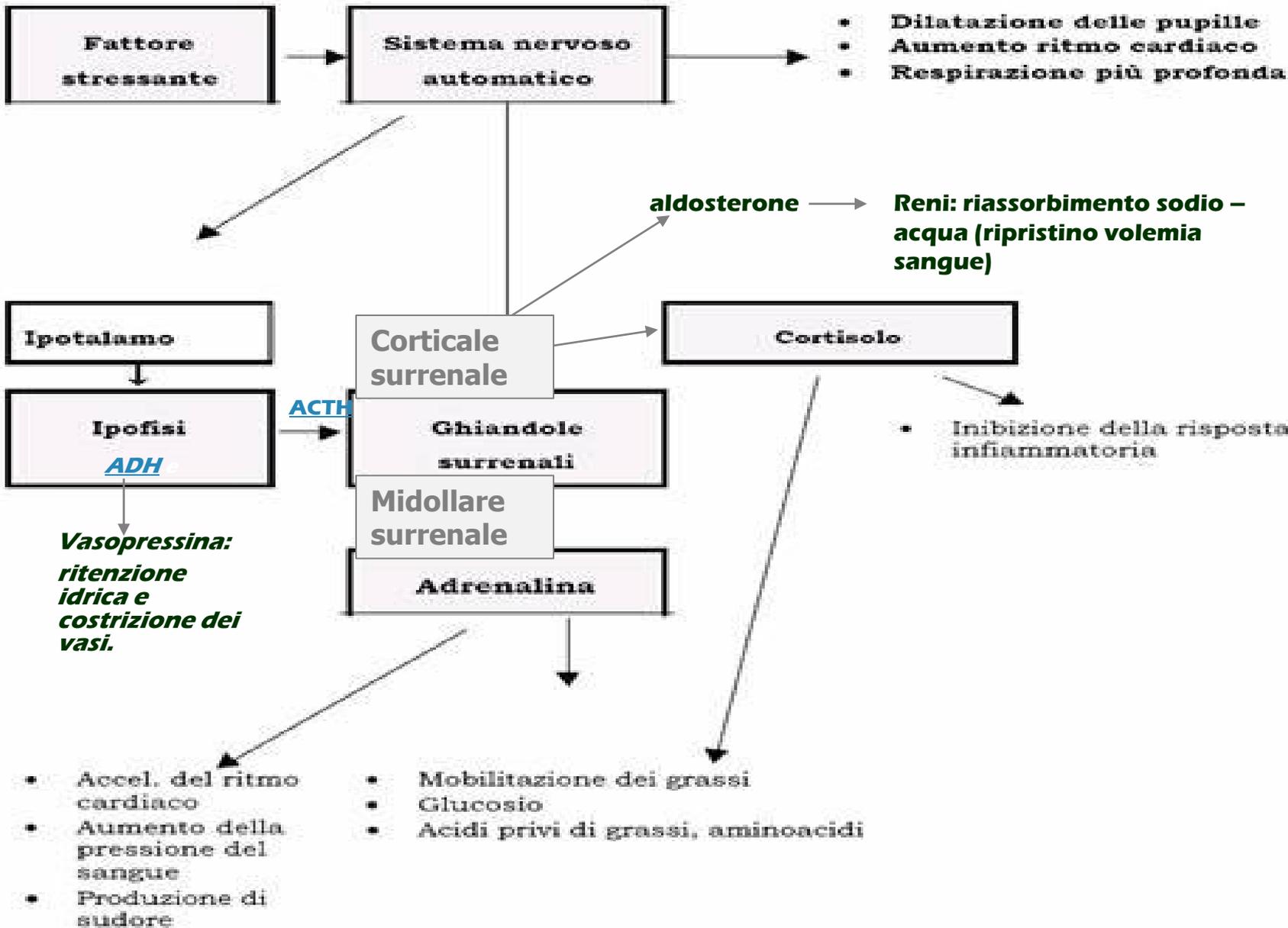
**ATTIVAZIONE
EMOTIVA**

**ATTENZIONE AGLI STIMOLI PROPRIOCETTIVI NEGATIVI
DA PARTE DEL SISTEMA ATTENTIVO PRIMARIO**

**SISTEMA ATTENTIVO SECONDARIO INTERPRETA
COME SINTOMI sulla base di esperienze
precedenti, preoccupazioni eccessive, ruminazioni**



Fisiologia: Asse Ipotalamo-ipofisi-surrene-citochine



Aumento delle **citochine proinfiammatorie**, prodotte da cellule del Sistema Immunitario.

- Favoriscono la comparsa di una risposta infiammatoria.
- Se prodotte in eccesso o per lunghi periodi possono produrre alterazioni cognitive e dell'affettività
- Amplificano la percezione del **dolore**



Cosa succede durante la consultazione medica (Salmon, 2006)?

Paziente: bisogno di comprendere i sintomi
+ segnali di disagio psico-sociale in un linguaggio imbevuto di metafore psico-fisiche



“La mia pancia è tesa e gonfia come un pallone... e' tutto un groviglio dentro. Sto male!”

Medico indotto ad agire, cerca di rassicurare il paziente



“Dalle analisi non risulta niente... Può stare tranquilla, non c'è niente di grave...”

Paziente: intensifica la presentazione dei sintomi per dimostrare che sono “reali” e non “frutto della sua mente”
non trovando risposte valide aumenta la preoccupazione



“Io sto male fisicamente... non riesco a fare niente!”

Esami, terapie, interventi



“somatizzazione” dei problemi





“Cercare di convincere il proprio medico che qualcosa non va è incompatibile con la possibilità di guarire”.

Hadler NM. (1996). *“If you have to prove you are ill, you can't get well”* Spine, 21: 2397



Effetto

- I pazienti restano preoccupati perché non riescono a spiegarsi come un corpo normale possa coesistere con continui sintomi (McDonald et al., 1996).
- Pensano che deve essere sfuggito qualcosa di serio o che si sta indagando nel "posto" sbagliato.
- Le continue indagini fanno supporre che forse qualcosa di serio c'è. Questo induce anche effetti di autosuggestione (Barsky & Borus, 1999).
- La rassicurazione non ha effetto duraturo.
es. il medico ha affermato:
"è improbabile che si tratti di tumore nel suo caso"
A distanza di tempo il paziente ricorda:
"il medico ha detto che c'è ancora una probabilità minima che si tratti di un tumore"
Ciò evidenzia l'interazione tra distorsioni mnestiche e ansia.



Difficoltà e timori che il medico percepisce con il paziente con disturbo da sintomi somatici

- ✎ Timore di sbagliare diagnosi
- ✎ Timore di essere biasimato dal paziente: esami hanno una funzione difensiva (io ho fatto tutto il possibile)
- ✎ Tendenza del medico ad attribuire a se stesso solo la cura del corpo e degli aspetti biomedici, difficoltà a cogliere il disagio emotivo sottostante.
- ✎ Diniego della realtà dei sintomi proposti (non è un problema organico, allora è un problema psicologico)
- ✎ Timore di non avere abbastanza tempo per gestire eventuali aspetti emotivi e timore di aprire un "vaso di Pandora" che non si è più in grado di gestire.
- ✎ Sensazione di essere "sotto pressione" per la domanda di supporto implicita nelle richieste del paziente.



RIATTRIBUZIONE

Insieme di tecniche per la gestione del paziente con disturbo da sintomi somatici (D.Goldberg, L. Gask e T O'Dowd, *Journal of Psychosomatic Research*, 1989, 33:689-695).

Fink et al. TERM "The Extended Reattribution Model" (*Psychosom.*, 2002, 43:93-131)

A. Sentirsi capito

B. Ampliare l'agenda

C. Creare la connessione tra sintomi fisici e disagio emotivo

D. Negoziare il trattamento (Fink et al., 2002)

Blankenstein et al. (*Pat Educ Couns*, 2002, 47:229-235)

Bass e May (*BMJ*, 2002, 325:323-326)

Mayou e Farmer (*BMJ*, 2002, 325:265-268)



Quando applicare le tecniche di riattribuzione

- La frequenza di consultazione medica è elevata.
- La soglia dei sintomi che inducono a consultare il medico è bassa.
- La condizione appare cronica e il paziente non sembra rispondere ai trattamenti.
- Il pattern con cui si presenta il paziente tende a ripetersi.
- Ipotesi di disagio emotivo.





RIATTRIBUZIONE (A)

A. Sentirsi capito - comprendere

1. Farsi raccontare tutta la storia del dolore o del sintomo fisico lamentato dal paziente
chiarificazioni,
identificare sintomi correlati,
farsi descrivere l'andamento del sintomo durante la giornata
farsi descrivere il sintomo che crea più preoccupazione
Riconoscere la veridicità del malessere fisico. Atteggiamento collaborante verso l'identificazione del problema, senza cadere nella tentazione di fornire spiegazioni premature
2. Rispondere ai "segnali" del paziente relativi alla sua situazione psicosociale
chiarire i disturbi emotivi eventualmente riferiti,
domande aperte per accertare la presenza dei correlati fisici di disagio psichico e quindi le componenti affettive,
commenti empatici
3. Esplorare i fattori sociali e familiari (*eventi di vita, stress, contesto lavorativo, cosa dicono i familiari del problema*)

Stabilire una relazione positiva con il paziente (Smith et al., 2009)

1. Ascoltare

1. Non-focusing: silenzio, incoraggiamento non-verbale
2. Focusing: commenti riflessivi, sintesi, domande

2. Fare domande sulle emozioni

3. Esprimere empatia (NURS)

1. Dare un **nome**
2. Comprendere (**U**nderstand)
3. Mostrare **rispetto**
4. Fornire **s**upporto

"E' comprensibile che in questo momento sia molto preoccupato per questi dolori che non le passano, nonostante gli antidolorifici"



La tecnica BATHE

Background: "Cosa sta succedendo nella sua vita?"

Affect: "Come si sente riguardo a questo?"

Trouble: "Che cosa la preoccupa di più rispetto alla situazione che ha descritto?"

Handle: "Che cosa l'aiuta a fronteggiare la situazione?"

Empathy: "Immagino che la situazione che mi ha descritto sia difficile da vivere e dal suo punto di vista questa reazione può essere comprensibile..."

Adattato da Lieberman JA. The fifteen minute hour: applied psychotherapy for the primary care physician. 2d ed. Westport, Conn.: Praeger, 1993.



RIATTRIBUZIONE (A)

A. Sentirsi capito - comprendere

4. Valutare gli aspetti funzionali a livello fisico, psicologico, sociale: CEPAE (Contesto, Emozione, Preoccupazione, Affrontare, Empatia)

es. "Che difficoltà le creano questi disturbi nella vita di tutti i giorni?"

5. Esplorare le aspettative del paziente rispetto al trattamento e alle indagini diagnostiche.

Irrealistiche ("se sono visitato accuratamente, scopriranno perché sto male e mi daranno il trattamento giusto, così potrò stare di nuovo bene") – "doctor shopping"

6. Esplorare le conoscenze di tipo medico del paziente

es. "Che idea si è fatto di..."

cosa è stato detto al paziente in passato da altri medici, precedenti esperienze di malattia e di contatto con servizi sanitari.



DIARIO per la registrazione di sintomi e problemi

Utile a comprendere i sintomi e la loro gravità

Data e ora	Sintomo (dolore 0-10)	Situazione (cosa stavi facendo o pensando)	Come ti sei sentito (sensazione di disagio 0-10)	Cos'hai pensato

Descrizione dei sintomi e della loro intensità.
0=assenza di sintomi
10=sintomi al massimo del dolore possibile

Descrizione della situazione in cui sono comparsi i sintomi.
Possono essere situazioni specifiche, collegate a sensazioni spiacevoli o pensieri che hanno indotto preoccupazione

Descrivere le emozioni provate: tristezza, rabbia, malinconia, solitudine, ansia, infelicità.
Non riportare pensieri (frasi che diciamo a noi stessi)

Che pensieri hai avuto in relazione alla situazione?



RIATTRIBUZIONE (A)

A. Sentirsi capito - comprendere

7. Fare un breve esame obiettivo mirato al sintomo o al disturbo fisico lamentato.
8. Esplorare antecedenti (*pensieri, sensazioni, interazioni, circostanze*) e conseguenze (*comportamenti, pensieri, emozioni*) dei sintomi (analizzare un singolo episodio).
9. Proporre il diario settimanale di raccolta dei sintomi sperimentati quotidianamente. Utile a comprendere i sintomi e la loro gravità



DIARIO per la registrazione di sintomi e problemi

Quali sono le condizioni in cui i sintomi peggiorano?

Quali sono le condizioni in cui prova sollievo?

In che modo i sintomi condizionano il funzionamento del paziente?

Come funziona il paziente quando sono presenti i sintomi?

- a. *Il medico dà il messaggio che prende seriamente in considerazione i sintomi del paziente.*
- b. *“Cos’ha notato tenendo il diario?” sollecita l’autoriflessione facilitando la personale connessione tra sintomi ed emozioni, pensieri, eventi.*
- c. *Fornisce il materiale attraverso il quale costruire la connessione tra sintomi e disagio emotivo*



RIATTRIBUZIONE (B)

B. Ampliare l'agenda

1. Dare *feedback* sui risultati dell'esame obiettivo. Non comunicare che “non c'è niente”, bensì usare una formulazione “positiva” dei risultati:

es. “Ho esaminato com'è lo stomaco e non ho rilevato variazioni significative che possano spiegare i suoi dolori. La sensibilità che mi indica qui sulla sinistra è spesso associata a tensione muscolare.”

2. Riconoscere la realtà del dolore o del sintomo fisico lamentato dal paziente.

Riformulare il sintomo dandogli un nuovo significato nel contesto di vita del paziente, facendo in modo che sia il paziente a trarre alcune conclusioni

Es. “in effetti il mal di testa aumenta quando sono a casa il fine settimana”

3. Evitare diagnosi fasulle (sindrome virale, un po' di artrite...)





RIATTRIBUZIONE (C)

C. Creare la connessione

1. Tecnica di tipo esplicativo a tre stadi:

Disagio emotivo \Rightarrow Alterato meccanismo fisiologico \Rightarrow Sintomo fisico

Es: “Quando si è in ansia c’è un aumento nella secrezione di un ormone che si chiama adrenalina e questo fa sì che il cuore batta più rapidamente”.

Es: “Quando si è impauriti o stressati si tende a mantenere i muscoli in tensione. Questo può dare luogo a dolori che a loro volta possono aumentare la tensione e quindi accentuare ancora di più il dolore.”

Es: “Quando si è sotto stress i sintomi fisici si sentono in modo più intenso perché si abbassa la soglia con cui sentiamo il dolore, per cui si sente con maggiore intensità tutto ciò che succede al nostro corpo”

2. Tecnica del qui ed ora:

Chiedere al paziente qual è l’intensità del dolore in questo momento e collegarlo a come si sente ora.

RIATTRIBUZIONE (C)

C. Creare la connessione

3. Tecnica della dimostrazione pratica:

Es: I dolori muscolari che derivano da tensione, possono essere dimostrati chiedendo al paziente di sostenere un libro tenendo le braccia tese e sollevate. Dopo poco proverà dolore. Per similitudine questo significa che una condizione di tensione persistente accentua il senso di dolore.

Es: A pazienti che soffrono di emicrania muscolotensiva si possono premere i muscoli occipitali per fargli constatare la tensione in atto

Es: Esplicitare il legame tra la comparsa di sintomi ed eventi concomitanti.

4. Tecnica della proiezione:

Chiedere se c'è qualcun altro in famiglia che soffre degli stessi disturbi e descrivere com'è l'andamento della sintomatologia di questa persona (insight).



RIATTRIBUZIONE (C)

C. Creare la connessione

5. Dare una spiegazione neurobiologica per preparare l'introduzione di un trattamento farmacologico della depressione o dell'ansia.

Es: “Qualche volta le persone stanno male per così tanto tempo che il loro assetto chimico cambia: non dormono più bene, si sentono stanche, si dimenticano le cose e non provano più piacere. Questo dà luogo a quello che noi chiamiamo depressione.”

6. Dare una spiegazione dei fenomeni attentivi impliciti nei processi di somatizzazione.

Es: “Numerosi studi indicano che vi sono persone che sotto stress diventano più sensibili di altre alle sensazioni fisiche, per cui soffrono di un maggior numero di sintomi. Ad esempio, succede spesso che quando si parla di pidocchi e pulci, aumenta la sensazione di prurito. Le sensazioni e l'attenzione vengono modificati anche quando si è sotto stress.”



Educare (Smith et al., 2009)

Processo: chiedi – informa – chiedi
es. cosa pensa non funzioni?

Contenuto:

- i. I disturbi non sono gravi
- ii. I disturbi sono reali – non nella testa
- iii. Non servono ulteriori esami
- iv. Fornire meccanismi esplicativi plausibili
- v. Non esiste una terapia sintomatica, ma il malessere può essere gestito



Quali spiegazioni funzionano di più?

- spiegazioni concrete, coinvolgenti tutti gli aspetti della vita del paziente.

Mi sentivo terribilmente giù e distrutto fisicamente. Il medico mi ha spiegato che quando ci si trova in questo stato è possibile che si verifichi un'alterazione a livello di alcune sostanze chimiche del cervello e questo provochi una depressione clinica. Il miglioramento della depressione influisce anche sulle sensazioni fisiche.

- Spiegazioni funzionali

Il suo sistema nervoso è particolarmente sensibile alle sensazioni negative che avverte nel corpo (es. tensione muscolare, il battito cardiaco, il respiro...). La soglia con cui lei percepisce il dolore è più bassa delle persone comuni, per cui fatica a ignorare sintomi a cui altri non fanno caso.

- Spiegazioni che prendano in considerazione la teoria che ha in mente il paziente e che confermino la realtà del sintomo (legittimazione).
- Le spiegazioni devono “discolpare” il paziente per la malattia (dire che è una “causa” psicologica implica “debolezza mentale”, “i sintomi sono inventati” o “simulati”)



RIATTRIBUZIONE (D)

D. Negoziare le modalità di trattamento

- Non mettere in atto uno stile confrontazionale. Esplorare il punto di vista del paziente su ciò che ritiene utile.
- Riprendere i punti sui quali c'è accordo.
- Concordare su un obiettivo comune. Suggestire che esistono diversi modi per affrontare i sintomi portati dal paziente e valutare assieme qual è l'obiettivo più appropriato e come raggiungerlo.
- Cogliere le evidenze oggettive di malattie che potrebbero spiegare i sintomi ma spostare allo stesso tempo gli obiettivi di guarigione verso **obiettivi riabilitativi** o verso il recupero funzionale. "Come il paziente funziona nonostante i sintomi".
- **Valutare l'efficacia rispetto al funzionamento**, non rispetto alla riduzione della sintomatologia. Indagare con il paziente cos'altro potrebbe fare per mantenersi attivo e sentirsi meglio





RIATTRIBUZIONE (D)

D. Negoziare le modalità di trattamento

- Usare test, accertamenti, medicine ed effettuare invii allo specialista con grande cautela.
- Medicine mai al bisogno, ma ad orari fissi. Specificare per quanto tempo il farmaco dovrà presumibilmente essere assunto.
- Sospendere le medicine se non migliorano il funzionamento.
- Fissare visite di controllo regolari (ogni 2-6 settimane) in modo da non essere “reattivi” (rispondere alla richiesta di cura determinata dal paziente), bensì “pro-attivi” (prevenire le richieste di cura, slegando la visita dall’emergenza del sintomo).
- Nelle visite di controllo soffermarsi sui sintomi fisici e sul raggiungimento degli obiettivi condivisi. Lavorare sul qui e ora, valorizzando le abilità messe in atto dal paziente (autoefficacia).
- evidenziare che il paziente può essere in grado di aiutare se stesso e convivere con i sintomi

Negoziare (Smith et al., 2009)

a. Trattamento non-farmacologico

- i. Visite regolari (settimanali, bisettimanali, da diradare successivamente)
- ii. Non consentire auto-invio
- iii. Esercizio fisico
- iv. Rilassamento (rilassamento muscolare secondo Jacobson, "training autogeno di Shultz)
- v. Coinvolgimento di altre figure significative (familiari...)

b. Trattamento farmacologico

- i. SSRI ("chiunque in questa situazione si sentirebbe depresso")
- ii. Disabituare all'uso di benzodiazepine o narcotici
("Di quanto ti senti in grado di ridurre la dose di...")



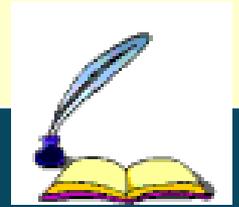
Stabilire degli obiettivi (Smith et al., 2009)

Cosa riesci a fare nonostante questi sintomi?

- Stabilire obiettivi realistici a lungo termine
(es. andare al lavoro tutti i giorni, dedicare del tempo al rilassamento....)
- Stabilire 1-2 obiettivi a breve termine da raggiungere per l'appuntamento successivo
- Verificare il raggiungimento degli obiettivi concordati ad ogni appuntamento
- Riassumere e registrare ad ogni appuntamento
- Non assumersi la responsabilità della malattia del paziente



REGOLE GENERALI



- ✦ L'incertezza fa parte del lavoro del medico
- ✦ Gestire stili comunicativi difficili (sofferenza, ostilità, dipendenza). Riconoscere il peso della sofferenza. Accettare l'ostilità come parte della malattia che però può interferire con la cura.
- ✦ Adottare un ritmo più lento – adattandolo ai tempi del paziente. Evitare connessioni o spiegazioni premature che il paziente non sia in grado di comprendere.
- ✦ Scoraggiare la dipendenza.
- ✦ Ragionare in termini di "coping" e non di cura – sollecitare la capacità di fronteggiare i disturbi fisici, incoraggiando il paziente a continuare a svolgere le proprie attività quotidiane (lavoro...)





La sindrome del BURN OUT

DSPMC - PSY



Definizione

Deriva dal gergo sportivo: atleta che dopo molti successi si esaurisce, si brucia, non ottiene più risultati

- “Progressiva perdita di idealismo, energia, motivazione ed interesse come risultato delle condizioni di lavoro” (Edelwich & Brodsky, 1980)
“Uno stato di fatica o frustrazione nato dalla devozione ad una causa, da uno stile di vita o da una relazione che ha mancato di produrre la ricompensa attesa” (Freudenberger & Richelson, 1980)
“Disturbo caratterizzato da esaurimento fisico, sentimenti d’impotenza e disperazione, svuotamento emotivo, e dallo sviluppo di un concetto di sé negativo e di atteggiamenti negativi verso il lavoro, la vita e gli altri(...) un senso d’afflizione, scontentezza e fallimento nella ricerca di un ideale” (Pines, Aronson & Kafry, 1981)



Sindrome costituita da tre componenti (Maslach, 1982)

- **Esaurimento emozionale:** svuotamento di risorse emotive personali e sensazione di non avere più nulla da offrire sul piano personale
- **Ridotta realizzazione personale:** percezione di essere inadeguati al lavoro, cui segue un calo dell'autostima e dell'ambizione - inefficienza
- **Spersonalizzazione:** atteggiamento di distacco, assenza di partecipazione emotiva, cinismo, ostilità nei confronti di pazienti e loro familiari

Maslach burnout inventory



Categorie a rischio di burn-out

PROFESSIONI SOCIO-SANITARIE

- medici
- infermieri
- assistenti sociali
- psicologi
- operatori sanitari

PROFESSIONI EDUCATIVE E DIDATTICHE

- insegnanti
- educatori/operatori

ALTRE PROFESSIONI

- poliziotti
- amministratori e dirigenti
- sacerdoti e parroci
- controllori di volo
- operatori informatici
- operai catena di montaggio



Come si arriva al burn-out

Fase dello stress lavorativo

Squilibrio tra richieste ambientali e risorse personali:
Sovraccarico di lavoro, mancanza di controllo sulla struttura, non riconoscimento, crollo del senso di appartenenza, conflitto di valori

Fase dell'esaurimento

Tensione emotiva, ansia, irritabilità, oppure noia, disinteresse, apatia.

Fase della conclusione difensiva

Perdita di entusiasmo, interesse e senso di responsabilità. Si lavora in maniera rigida e impersonale. L'operatore sposta le finalità personali verso l'istituzione, anziché gli utenti



SINTOMI individuali del BOURN-OUT



- Aumentata pressione arteriosa
- Umore depresso
- Abuso d'alcool
- Irritabilità
- dolori toracici
- insonnia
- disturbi gastrointestinali
- senso d'impotenza
- negativismo
- isolamento
- senso di colpa
- paranoia
- rigidità di pensiero
- scarsa fiducia in sé
- scarsa empatia e disponibilità all'ascolto
- cinismo
- apatia

Malattie individuo

Maggiore vulnerabilità per:

- Patologie coronarie
- Patologie gastrointestinali
- Malattie mentali
- Dolori



FATTORI SOCIO ORGANIZZATIVI

RUOLI lavorativi

- CONFLITTI (sovraccarico, incompatibilità, non consenso)
- AMBIGUITA' INCERTEZZA
- SENTIMENTO DI INADEGUATEZZA NEL RAPPORTO PERSONA-RUOLO
- SCARSA COMUNICAZIONE E SUPPORTO DAL GRUPPO

COMPITI

- COMPITI POCO INTERESSANTI, MONOTONI
- SOTTO - SOVRACCARICO LAVORATIVO
- NON E' PERMESSA UNA CRESCITA PROFESSIONALE, SCARSA FORMAZIONE
- NON VIENE FORNITO FEED-BACK SULLA RIUSCITA

Struttura di POTERE

- SCARSA AUTONOMIA
- SCARSA POSSIBILITA' DI PARTECIPARE ALLE DECISIONI
- LEADERSHIP INEFFICACE

R
I
D
U
Z
I
O
N
E

S
T
A
G
N
A
Z
I
O
N
E

F
R
U
S
T
A
Z
I
O
N
E

A
P
A
T
I
A

D
E
M
O
T
I
V
A
Z
I
O
N
E

B
U
R
N
O
U
T



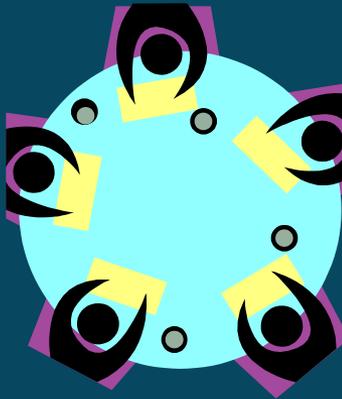
SINTOMI del BOURN-OUT

Sintomi dell'organizzazione

- difficoltà a livello dell'organizzazione
- assenteismo
- alti turnover
- scarso controllo di qualità
- ritardi frequenti
- chiusura al dialogo
- tendenza ad evitare contatti telefonici
- tendenza a rinviare gli appuntamenti
- scarsa creatività
- uso di procedure stereotipate

Malattie organizzazione

- Scioperi
- Incidenti frequenti e gravi
- Perdita di clienti



Fattori coinvolti nella comparsa del fenomeno del burn-out

Fattori predisponenti

Fattori di personalità

Motivazioni e aspettative personali

Approccio al lavoro

Locus of control

Strategie di adattamento

Fattori organizzativi

Fattori protettivi

Supporto del gruppo

Riflessioni sulla propria esperienza

Riduzione degli aspetti routinari

Formazione

Vita esterna al lavoro

Sesso, età, anni di esperienza





Fattori di personalità



- **Ambizione e motivazione al successo**, con massiccio coinvolgimento nel lavoro e forte competitività sociale;
- Tendenza a **trascurare gli aspetti piacevoli della vita**, come quelli affettivi e familiari.
- Tendenza a **disperdere le proprie energie** (forte impulso ad impegnarsi, in assenza tuttavia di scopi chiari e definiti)
- Anche se sono raggiunti buoni risultati, la persona è spesso insoddisfatta, **poco gratificata dai giudizi positivi, ma ipersensibile anche alle più piccole critiche.**
- Continuo **senso di impazienza**, con urgenza di fare più cose in breve tempo.

*In order to
burn out, a
person needs
to have been
on fire*





Burn Out

Profilo di personalità dell'operatore a maggior rischio:

- passivo nelle relazioni
- intollerante e impaziente
- bassa autostima
- tende a rassegnarsi alle situazioni anziché cercare di essere più efficace
- prova frustrazione e collera di fronte agli ostacoli
- difficoltà nel controllo emotivo
- ansioso, teme il coinvolgimento nella relazione
- tende a proiettare i suoi sentimenti sugli utenti
- la stima che ha di sé dipende dall'accettazione e approvazione degli altri

(Gann 1979; Heckman 1980; Sirigatti, et al1988)

Strategie di prevenzione del burnout centrate sulla persona

- **Autoconsapevolezza** – bisogno di compiacere, aspettative proprie e altrui, accettazione dei propri limiti, definire le priorità
- Chiarificazione degli **obiettivi personali e professionali**
- Identificazione dei fattori di stress e dei sintomi di esaurimento delle risorse
- **Mindfulness-Based-Stress-Reduction** (Kabat-Zinn, 1982)
- Miglioramento della competenza comunicativo-relazionali (es. comunicazione assertiva)
- Trovare il giusto equilibrio tra vita lavorativa e extralavorativa
- Strategie basate sul rilassamento
- Sviluppo di abilità di coping e della creatività
- **Rete di supporto**





Il sostegno sociale

- Cobb (1976) definisce il sostegno sociale come una condizione che consente agli individui di essere fiduciosi del fatto che sono tenuti in considerazione, amati, stimati, valutati e che fanno parte di una rete di comunicazione.
- Il sostegno dei colleghi e dei superiori, o in ambito extralavorativo, attenua il livello di pressione delle richieste lavorative e il rischio di stress:
 - **pratico**: dare informazioni corrette
 - **affettivo**: rinforzi e incoraggiamenti emozionali

Strategie istituzionali di prevenzione del burnout

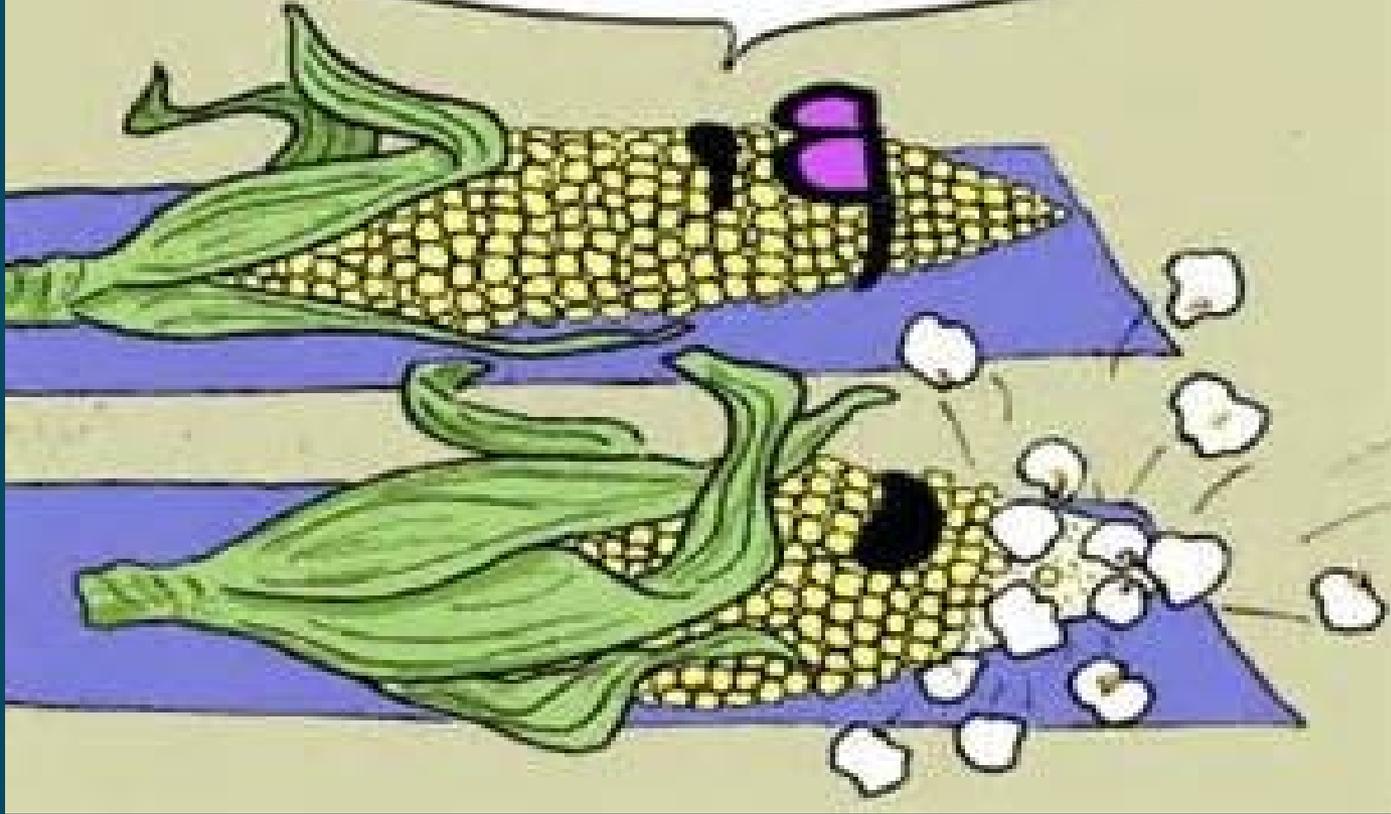


- Organizzazione del lavoro evitando sovraccarico lavorativo e percezione di ingiustizia
- Miglioramento del clima sociale e del senso di appartenenza, rafforzando le relazioni tra i vari membri del gruppo: formazione del personale e promozione della comunicazione interna
- Valorizzazione finanziaria e riconoscimento dei progetti e del contributo personale
- Assicurare che le persone abbiano una percezione di autonomia e responsabilità
- Eventuale supporto da parte di altri colleghi per “casi difficili”
- Concordanza tra valori personali e valori dell'organizzazione



DSPMC - PSY

Te l'avevo detto di mettere la crema solare protettiva.



Buona Estate!