

**DISTURBI SOMATOFORMI :
ATTEGGIAMENTO TERAPEUTICO**

Prof.ssa Christa Zimmermann
Dr.ssa Lidia Del Piccolo

Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
Sezione di Psichiatria e Psicologia Clinica



DMSP-PSY

Programma

- Definizione di disturbo somatoforme
- Classificazione dei disturbi somatoformi
- Epidemiologia
- Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo somatoforme e basi neuropsicologiche della somatizzazione
- Interazione con il paziente che somatizza e atteggiamento terapeutico
- Il processo di riattribuzione

DMSP-PSY

Disturbo di somatizzazione: definizione

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)

DMSP-PSY

Disturbo di somatizzazione: definizione (2)

- a) l'attivazione emotiva e psicofisica indotta dalle perturbazioni legate ad eventi o situazioni stressanti viene letta in senso somatico.
- b) Attenzione specifica verso le sensazioni corporee, mediata da precedenti esperienze di malattia personali o familiari e da fattori cognitivi come una tendenza a preoccuparsi eccessivamente e a demoralizzarsi
- c) accompagnata da un modello di malattia inappropriato (ILLNESS ATTRIBUTION)
- d) la risposta che il soggetto attiva è principalmente legata alla ricerca di cura per una malattia (ILLNESS BEHAVIOUR –che persiste nonostante il medico abbia dato delle spiegazioni precise e oggettive sullo stato di salute)

DMSP-PSY

**Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV)
Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)**

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

1948 ICD-6 (OMS) -1952 DSM-I (APA)

Nuovi paradigmi scientifici tra 1950-70
1968 DSM-II definizione operativa
1969 ICD-7 + glossario

Approccio descrittivo e ateorico
1980 DSM-III
1987 DSM-III-R
1994 DSM-IV sistema multiassiale
1994 ICD-10

- **DSM-V** "Complex somatic symptom disorder"

DMSP-PSY

**Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV)
Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)**

Presenza di sintomi fisici che fanno pensare a malattie di natura somatica. Tutti i disturbi somatoformi sono accomunati da:

- attenzione focalizzata su **più sintomi di natura somatica**, riguardanti diversi apparati;
- I sintomi causano **forte disagio e/o limitazioni significative**
- I sintomi **non sono suffragati** da indagini di laboratorio o dall'esame obiettivo medico

Nuovi criteri diagnostici per la ricerca psicosomatica (DCPR, Fava et al., 1995) includono concetti come alestitimia, comportamento di tipo A, umore irritabile non inclusi nel DSM-IV o nell'ICD-10.

DMSP-PSY

**Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV)
Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)**


Disturbo di somatizzazione

Disturbo poli-sintomatico che comincia prima dei 30 anni. Il soggetto chiede l'intervento e il consiglio dei medici, ma non è mai stata trovata alcuna causa organica, e, nel caso in cui essa sia stata trovata, le lamentele fisiche o la menomazione lavorativa e sociale sono sproporzionate.

Sintomi riferiti ad almeno quattro localizzazioni

- due sintomi **gastrointestinali** (nausea, difficoltà digestive, spasmi, gonfiori)
- **Un sintomo sessuale** (dismenorea, dolore durante il rapporto sessuale)
- **Un sintomo pseudo-neurologico** (cefalea, dolori cervicali, lombari, addominali).

- I sintomi non sono prodotti intenzionalmente o simulati.



Diagnosi differenziale

- **Disturbo Fittizio con Segni e Sintomi Fisici Predominanti.** Patologia apparente provocata volontariamente dal paziente stesso e che produce segni clinici simili ad altre malattie. Solitamente i pazienti con disturbi fittizi sono preda di ruminazioni su come convincere il medico a prendere sul serio la propria sofferenza. Il loro tono affettivo prevalente è la superficialità emotiva.
- **Simulazione.** Il paziente esagera sintomi somatici per ottenere un beneficio secondario.

Criteri diagnostici secondo i DCPR

Disturbo di somatizzazione

- Disturbo funzionale medico* (es. dispepsia senza ulcera, colon irritabile, fibromialgia, sindrome da affaticamento cronico) la cui *durata supera i sei mesi*, causi sofferenza o ripetute visite mediche o che peggiori la qualità della vita.
- Sono presenti sintomi aggiuntivi di attivazione autonoma ed effetti collaterali esagerati dopo terapia medica, che indicano *basse soglie di sensibilità al dolore e alta suggestibilità*.
- Non sono riferiti disturbi d'ansia o disturbi dell'umore.



**Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV)
Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)**

Disturbo somatoforme indifferenziato

Una o più lamentele fisiche (stanchezza, perdita di appetito, sintomi gastrointestinali o genito-urinari), per sei mesi o più.




Disturbo algico

Intenso dolore localizzato in uno o più distretti anatomici, il quale causa disagio e menomazione significativi nella vita della persona, compromettendone intere aree, come quella lavorativa, e rendendo il soggetto dipendente da analgesici o tranquillanti.

**Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV)
Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)**

Ipocondria

- 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.
- Il soggetto effettua frequentemente una serie di riti, come per esempio lavarsi le mani o altro, necessari come mezzi strategici difensivi per proteggersi dalle insidie provenienti dall'ambiente che lo circonda. Invalidante se coinvolge tutte le sfere di vita del malato.
- Influenza dai mezzi d'informazione e forti resistenze verso i tentativi di rassicurazione.
- Si rivolge al medico per comunicare che si sente in grave difficoltà e che ha bisogno di attenzione (Barsky, 1996)




**Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV)
Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)**

Disturbo di dismorfismo corporeo

Preoccupazione per un supposto difetto nell'aspetto fisico. Insorge spesso in adolescenza.

Il soggetto prova vergogna, ci pensa continuamente. Le parti del corpo possono anche variare nel tempo. Ricerca attiva di interventi chirurgici.



Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

Disturbo di conversione

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, disturbi della marcia, debolezza, paralisi) o sensitive (anestesia, parestesie agli arti, sordità, cecità e visione a cannocchiale), ad insorgenza rapida e spesso associata a eventi traumatici o gravi problemi relazionali. Si accentuano se si presta loro attenzione.

La diagnosi richiede che all'esordio dei sintomi siano associati fattori psicologici.



DMSP-PSY

Classificazione dei disturbi somatoformi (DSM-IV) Sindromi nevrotiche e somatoformi (ICD-10 F45)

Criteri diagnostici aggiuntivi secondo i DCPR

- 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



DMSP-PSY

Epidemiologia

- I disturbi somatoformi 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 4% della popolazione generale e il 9% dei pazienti in ospedale soffre di disturbi somatoformi cronici.
- La maggior parte sono femmine

DMSP-PSY

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)

DMSP-PSY

Basi neuropsicologiche della somatizzazione

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.

DMSP-PSY

Basi neuropsicologiche della somatizzazione

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

Abbassamento della soglia di percezione del dolore

DMSP-PSY

Basi neuropsicologiche della somatizzazione

Componente attentiva
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.

Fattori coinvolti nello sviluppo del disturbo

Tendenza ad avere una risposta più accentuata a stimoli stressanti dovuta alla precedente esperienza di condizioni simili (facilitato il recupero mnestico di date sensazioni fisiche 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)
Fattori perpetuanti e di mantenimento

Sintomi fisici e distress generale

- 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 coinvolti nello sviluppo del disturbo somatoforme (Deary et al., 2007 Clinical Psychology Review)

Stress fisici ed emotivi causano una cascata ormonale che inizia a livello dell'ipotalamo, passando per l'ipofisi e la ghiandola pituitaria determinano il rilascio dell'ormone adrenocorticotropo che a sua volta agisce sulla produzione di **ormoni glicocorticoidi**, con effetti perciò sul metabolismo, riproduzione, infiammazione, immunità e umore.

Le citochine proinfiammatorie vengono espresse nel Sistema Nervoso Centrale sia naturalmente che in modo inducibile, ovvero in risposta a lesioni o stimolazione del Sistema Immunitario periferico.

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

Fisiologia: stato arousal prolungato

- Alterata risposta allo stress, soglia più bassa di attivazione, dolore e affaticabilità.
- Aumento delle **citochine proinfiammatorie**, mediatori solubili prodotti 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 che, a propria volta, generano disturbi della sfera cognitiva e dell'umore.
- La percezione del **dolore** è fortemente amplificata dalla persistente presenza di citochine proinfiammatorie.

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

Fattori predisponenti

- Esperienze precoci
- neuroticismo
- Eventi, virus, fattori stressanti

Sensibilizzazione fisiologica (Rygh et al., 2005)
Fattori perpetuanti e di mantenimento

Sintomi fisici e distress generale

- 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

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".

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..."

Medico: rassicurazione e non riconoscimento dei segnali
 ↓
 "Dalle analisi non risulta niente... Può stare tranquilla, non c'è niente di grave..."

Paziente: intensificazione dei sintomi per dimostrare che sono "reali" e non "frutto della loro mente" non trovando risposte valide aumenta la preoccupazione
 ↓
 "Io sto male fisicamente... non riesco a fare niente!"

Esami, terapie, interventi → "somatizzazione" dei problemi

DMSP-PSY

"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

DMSP-PSY

Difficoltà e timori che il medico percepisce con il paziente che somatizza

- 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.

DMSP-PSY

Spiegazioni che più spesso i medici danno ai pazienti con sintomi somatoformi

L'analisi qualitativa (Salmon et al., BMJ, 1999; 318: 372-6) del resoconto fatto da 228 pazienti sulla spiegazione fornita dai medici ai loro sintomi ha dimostrato:

- Le spiegazioni offerte dai medici erano spesso in disaccordo con le idee dei pazienti.
- Le spiegazioni erano prevalentemente mirate a negare la realtà dei sintomi presentati dai pazienti.

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

"Secondo il medico non ho niente. Dice che è tutto a posto e che sono depresso. Ma io non sono d'accordo, certo ho problemi di sonno e mi sento stanco, ma non è tutto frutto della mia mente. Io sto male fisicamente..."

DMSP-PSY

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.

DMSP-PSY

Spiegazioni che più spesso i medici danno ai pazienti con sintomi somatoformi

- Tendenza a colludere con le teorie biomediche fornite dai pazienti, senza metterle in discussione, pur di mantenere la relazione terapeutica.

Mi sentivo terribilmente male. Poi mi è capitato di andare in biblioteca e trovarmi tra le mani un libro che spiegava i sintomi che avevo. L'ho portato al medico che mi ha detto che stava pensando alla stessa cosa. E quindi mi ha dato la terapia...Ma come mai non se ne è accorto prima!?

Effetto:

- Atteggiamento acquiescente che rischia di pregiudicare la percezione di competenza del medico.

DMSP-PSY

Quali spiegazioni desiderano i pazienti?

- Salmon et al., (2005, J. Psychosom. Res.) hanno dimostrato che questi pazienti desiderano interventi medici tanto quanto gli altri pazienti, mentre ciò che richiedono più esplicitamente è il supporto emotivo.
- 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")

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.

RIATTRIBUZIONE

Insieme di tecniche per la gestione del paziente che somatizza e che ha associato un problema psichico (D.Goldberg, L. Gask e T O'Dowd, *Journal of Psychosomatic Research*, 1989, 33:689-695).

- A. Sentirsi capito
- B. Ampliare l'agenda
- C. Creare la connessione tra sintomi fisici e disagio emotivo
- D. Negoziare il trattamento

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

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.
- Il pattern con cui si presenta il paziente tende a ripetersi.
- Ipotesi di disagio emotivo.

RIATTRIBUZIONE (A)

A. Sentirsi capito - comprendere

- 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
- 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
- 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)

- Ascoltare**
 - Non-focusing: silenzio, incoraggiamento non-verbale
 - Focusing: commenti riflessivi, sintesi, domande
- Fare domande sulle emozioni**
- Esprimere empatia (NURS)**
 - Dare un nome
 - Comprendere (Understand)
 - Mostrare rispetto
 - Fornire supporto

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

- 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?"
- 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"
- 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.

RIATTRIBUZIONE (A)

A. Sentirsi capito - comprendere

- Fare un breve esame obiettivo mirato al sintomo o al disturbo fisico lamentato.
- Esplorare antecedenti (*pensieri, sensazioni, interazioni, circostanze*) e conseguenze (*comportamenti, pensieri, emozioni*) dei sintomi (analizzare un singolo episodio).
- Proporre un diario settimanale di raccolta dei sintomi sperimentati quotidianamente.
 - Il medico dà il messaggio che prende seriamente in considerazione i sintomi del paziente.
 - "Cos'ha notato tenendo il diario?" sollecita l'autoriflessione facilitando la personale connessione tra sintomi ed emozioni, pensieri, eventi.
 - Fornisce il materiale attraverso il quale costruire la connessione tra sintomi e disagio emotivo

DIARIO per la registrazione di sintomi e problemi

| Registrazione di sintomi/problemi | Lunedì Data: | Martedì Data: | Mercoledì Data: | Giovedì Data: | Venerdì Data: | Sabato Data: | Domenica Data: |
|---|--------------|---------------|-----------------|---------------|---------------|--------------|----------------|
| Mattino (annota i sintomi e l'ora in cui compaiono) | | | | | | | |
| Pomeriggio | | | | | | | |
| Sera | | | | | | | |
| Notte | | | | | | | |

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?

DIARIO per la registrazione di sintomi e problemi

Utile a comprendere i sintomi e la loro gravità

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?

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.
 es. "Vedo che è molto preoccupato dai suoi sintomi. Al momento posso rassicurarla che non c'è nulla di grave in atto, ma se vuole possiamo approfondire l'analisi del suo malessere."
3. Evitare diagnosi fasulle (sindrome virale, un po' di artrite...)

RIATTRIBUZIONE (B)

B. Ampliare l'agenda

"Se non è un problema organico allora la causa va cercata in fattori di ordine psicologico"

Il paziente deve cambiare idea, si è "fissato" "biasimo"

↓

Senso di rifiuto e di impotenza

↓

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

→

Sostenere il senso di auto-efficacia

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

RIATTRIBUZIONE (C)

C. Creare la connessione

1. Tecnica di tipo esplicativo a tre stadi:
 Disagio emotivo ⇒ Alterato meccanismo fisiologico ⇒ 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."

Favorire l'impegno (Smith et al., 2009)

DMSP-PSY

1. Chiedere esplicitamente al paziente di impegnarsi
2. Se necessario
 - a. Esprimere empatia (NURS) per:
 - i. Riconoscere il malessere del paziente
 - ii. Valorizzare piccoli successi
 - iii. Esprimere interesse e mantenere la pazienza
 - b. Negoziare un accordo
3. Evitare di:
 - i. Incolpare il paziente
 - ii. Rinunciare se non si raggiungono i risultati attesi

Stabilire degli obiettivi (Smith et al., 2009)

DMSP-PSY

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

RIATTRIBUZIONE (D)

DMSP-PSY

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)

DMSP-PSY

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)

DMSP-PSY

- 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. Disabituaire all'uso di benzodiazepine o narcotici ("Di quanto ti senti in grado di ridurre la dose di...")

REGOLE GENERALI

DMSP-PSY

- L'incertezza fa parte del lavoro del medico
- Legittimare il vissuto del paziente.
- 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...)