

Corso integrato di **Fisiopatologia del parto e
neonatologia**

DEFINIZIONE E APLLICAZIONE DELLA PSICOLOGIA CLINICA

Prof. ROSSI Elena

DEFINIZIONE E APLICAZIONE DELLA PSICOLOGIA CLINICA

La psicologia clinica è una disciplina che comprende l'insieme delle conoscenze e delle competenze psicologiche utilizzate per affrontare i problemi dell'adattamento e i disturbi del comportamento.

OBIETTIVO DELLA PSICOLOGIA CLINICA

Analizzare e comprendere il comportamento della persona umana in relazione ai problemi di salute e malattia

FOCUS DELLA PSICOLOGIA CLINICA

La psicologia clinica focalizza l'attenzione sugli stati di malessere e di sofferenza psicologica espressa sia a livello mentale (disturbi psichici) sia a livello corporeo (disturbi psicosomatici).

LE COMPETENZE DELLA PSICOLOGIA CLINICA

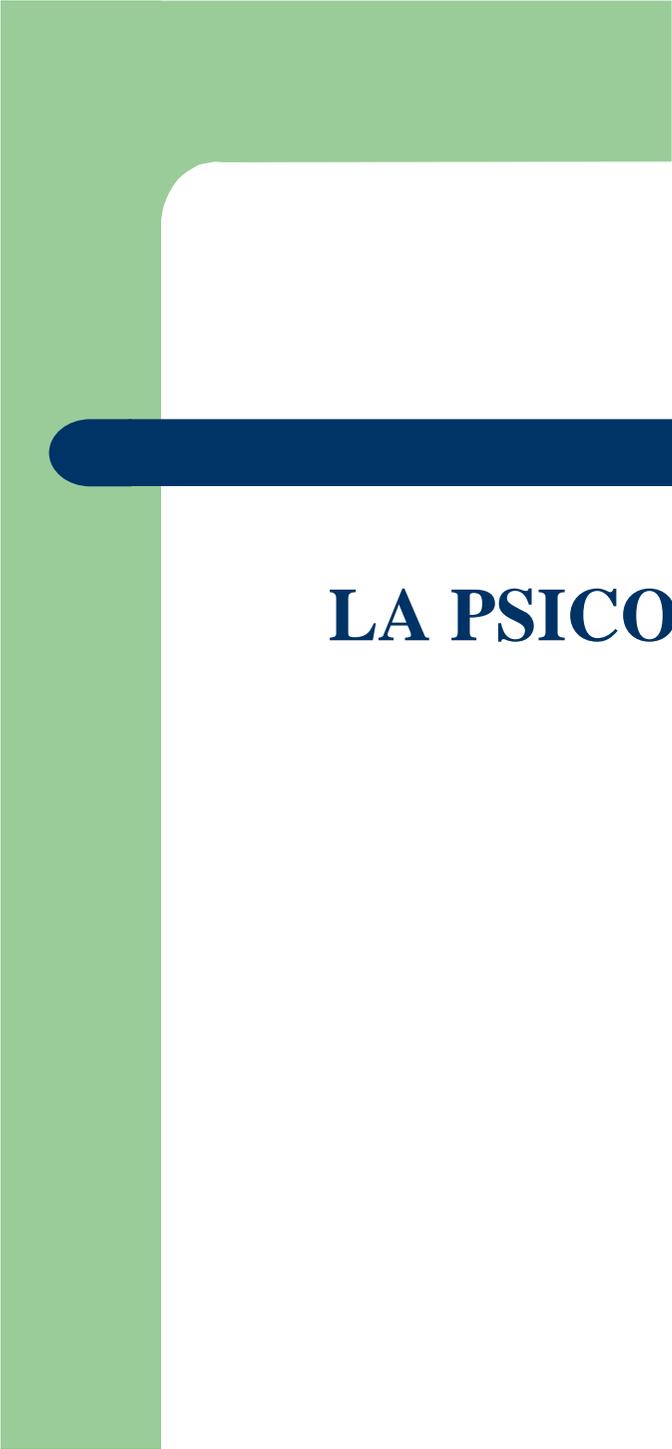
Psicodiagnostica: individuare e spiegare le diverse forme di disagio psicologico (es. depressione - ansia);

Psicoterapeutica: fornire interventi curativi;

Preventiva: prevenire l'insorgenza o il peggioramento degli stati di disadattamento promuovendo e favorendo quelli adattativi e salutari

PSICOLOGIA CLINICA E VISIONE DEL PAZIENTE

Il corpo del paziente è un *corpo biologico* ed un *corpo vissuto* dove il sintomo è connotato emotivamente ed esprime un significato esistenziale - relazionale e comunicativo (sia se di natura essenzialmente psichica che organica) che si coglie nella relazione tra operatore sanitario e paziente.



LA PSICOSOMATICA NELLA PRATICA CLINICA

Prof. Elena ROSSI

CORPO O MENTE

Ma di quale “male” stiamo parlando?

1^a premessa:

psicosomatica



Metaparadigma che permette l'integrazione
intesa in un'ottica multidimensionale e
disciplinare

La Psicosomatica

“Branca della medicina che si occupa di disturbi organici che, non rivelando alla base una lesione anatomica o un difetto funzionale, sono ricondotti a un’origine psicologica” (J.C. Heinroth, 1818)

DUALISMO → OLISMO → BIO-PSICO-SOCIALE

La Medicina Psicosomatica

II^a premessa: la **MP** è una corrente di pensiero i cui obiettivi sono:

- riumanizzare il rapporto medico-paziente;
- focalizzare più sul malato che sulla malattia;
- restituire dignità a chi soffre e a chi cura;
- Integrare per saper guardare alla complessità umana

La Medicina Psicosomatica

- **Patologia** → possibile conseguenza di stress psicosociali
- **Risposta**
Psicofisiologica → Espressione della suscettibilità del sogg.

Il Consensus Statement su Medicina Psicosomatica e Formazione Psicologica Del Medico (Parma, 1997)

È il documento unico di identificazione e legittimazione della medicina psicosomatica e della formazione psicologica del medico.

- GRP (2004) : Gruppo per la Ricerca in Psicosomatica
- SIMP (1966): Società Italiana di Medicina Psicosomatica

Il Consensus Statement

- “La MP è lo studio delle reciproche interferenze tra vita emotiva e fisiopatologia umana”
- “È psicosomatico qualunque evento fisiopatologico che sia in rapporto con la psiche” (Weiss e English)

LA PSICOSOMATICA NELLA PRATICA CLINICA

La psicosomatica è una disciplina che, oltrepassando il dualismo psicofisico che, secondo il modello cartesiano, separa il corpo dalla mente, guarda all'uomo come un tutto unitario dove la malattia si manifesta a livello organico come sintomo e a livello psicologico come disagio.

OBIETTIVO DELLA PSICOSOMATICA

Individuare e spiegare i meccanismi che mediano le relazioni tra soma e vita emozionale. I sistemi muscolo scheletrico, neurovegetativo, neuroendocrino, neuroimmunitario, sono considerati i *canali di rapporto mente corpo*.

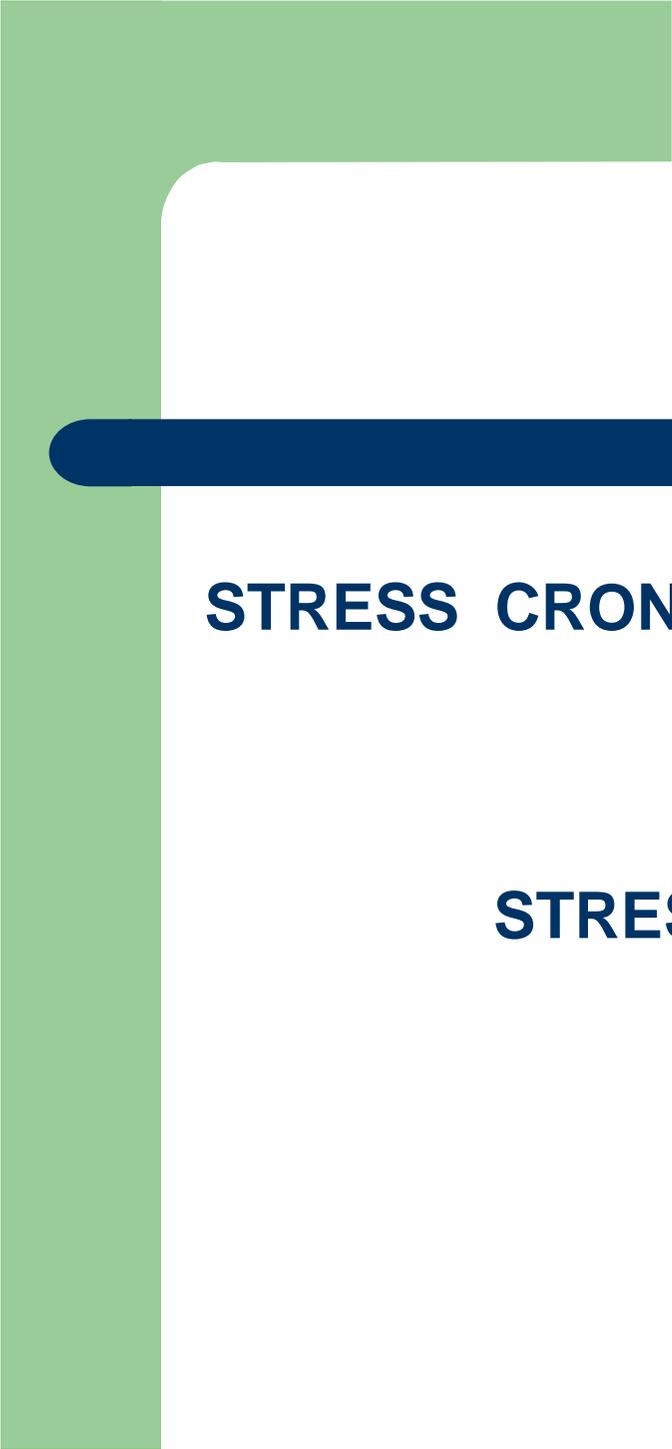
FOCUS DELLA PSICOSOMATICA

Nell'eziopatogenesi della malattia, la psicosomatica focalizza l'attenzione sulle due componenti: componente *somatica*, componente *psicosociale*. L'approccio al paziente è di stampo *biopsicosociale*.

Nella psicosomatica il concetto di *stress* assume principale rilevanza nell'influenzare lo stato di benessere dell'uomo.

DEFINIZIONE DI STRESS

Lo *stress* è la risposta non specifica (va oltre l'adattamento) dell'organismo ad ogni richiesta effettuata su di esso. *Stressor* è il fattore che ha provocato la risposta. Il rapporto tra benessere e stress è messo in evidenza dagli studi di psiconeuroendocrinologia, psiconeuroimmunologia.



**STRESS CRONICO ED ASSE IPOTALAMO – IPOFISI –
GONADI**

STRESS CRONICO E PROLATTINA

Prof. Elena ROSSI

**STRESS
STRESSOR**
(cambiamento + o -)

REAZIONE FISICA

**ADATTIVA
(specifica)**

**DISADATTIVA
(non specifica)**

A. ipotalamo ipofisi gonadi

Prolattina

STRESS CRONICO ED ASSE IPOTALAMO IPOFISI GONADI UOMO

Life stressor ipotalamo
 - GnRH

+ CRH = GnRH
- LH
- GnRH = - testosterone dalle
 cellule di Leydig

I glucocorticoidi (CRH) aumentando inibiscono la produzione di testosterone da parte delle cellule di Leydig e i peptidi oppioidi influiscono negativamente sulla gametogenesi testicolare.

Stress cronico = alterata secrezione degli androgeni.

ESPERIMENTI

Christian: ratti in crescita costretti in uno spazio ristretto hanno avuto una diminuzione del peso testicolare e delle vescicole seminali.

Mason: scimmie rhesus poste in condizioni di non evitare uno stimolo nocivo hanno avuto un abbassamento dei livelli urinari di testosterone.

Rose: militari in addestramento per truppe speciali destinate alla guerra in Vietnam hanno avuto un abbassamento dei livelli urinari di testosterone.

Ayers: in atleti sportivi (30-80 miglia alla settimana) lo stress cronico fa diminuire i livelli di testosterone nelle urine senza effetti sulla spermiogenesi

Aspetti clinici: l'esordio clinico dell'alterazione sessuale causato dallo stress può essere improvviso ed influenzato da fattori esterni (tensione, conflitti nel lavoro, fatica).

L'importanza dell'alterazione è intermittente, mantenendo le erezioni mattutine e notturne. Può esserci eiaculazione precoce o incapacità ad eiaculare in vagina con diminuzione della libido. Indicativi sono: l'abbassamento del livello di testosterone, e i livelli delle gonadotropine sono normali o bassi; è presente una disritmia dei polsi di LH.

Terapia: si ottengono buoni risultati con la somministrazione pulsatile di LH. Il naloxone (antagonista oppioide) aumenta la secrezione di LH e anche dei polsi LH.

STRESS CRONICO ED ASSE IPOTALAMO IPOFISI GONADI DONNA

Life stressor

ipotalamo
- GnRH

= + CRH
- FSH
- LH

Diminuisce la secrezione pulsatile di GnRH, LH, FSH ed aumentano gli oppioidi ipotalamici. Lo stress influenza il metabolismo del CRH (+) e dei neurotrasmettitori ipotalamici (beta - endorfine) influenzati a loro volta dagli estrogeni.

Lo stress cronico (atlete, anoressiche) comporta una amenorrea di natura ipotalamica (senza lesioni organiche); una anaovulazione cronica; nelle pazienti con sindrome dell'ovaio policistico è presente un eccesso di androgeni.

Stress cronico = alterata secrezione gonadotropinica

Aspetti clinici

Un quadro clinico è dato dall'infertilità da anaovulazione (- LH) in cui la secrezione ovarica di estrogeni è costante, ma diminuisce quella di progesterone (non compare il corpo luteo) portando eventualmente ad una iperfollicolinemia. Se entrambe le gonadotropine (LH ed FSH) diminuiscono, cala anche la produzione di estrogeni comportando spaniomenorrea ed amenorrea. In un quadro severo in cui gli estrogeni urinari e il livello plasmatico di estradiolo sono molto bassi, si può avere una regressione dei caratteri sessuali secondari e nel tempo atrofia del tratto genitale.

Terapia:

Se risponde al progesterone significa che la produzione di estrogeni è normale; se l'amenorrea da stress non è sensibile alla produzione di

progesterone evidenzia che c'è una diminuzione di entrambe le gonadotropine con una severa insufficienza ipotalamo-ipofisaria e la rimozione dello stress può correggere l'amenorrea solo allo stadio iniziale.

In presenza di stress cronico l'attività ovarica si ristabilizza con somministrazione pulsatile di LH e FSH ogni 90 minuti oppure con clomifene citrato che a livello ipotalamico agisce in competizione con l'estradiolo. I cicli sostitutivi con estrogeni e progesterone, correggono l'amenorrea ma non ristabilizzano le gonadotropine e quindi si ristabilisce il ciclo mestruale ma non l'ovulazione e dunque la fertilità resta compromessa.

STRESS CRONICO E PROLATTINA

STRESSOR



+ PROLATTINA PRL (anteroipofisi)

- GnRH = - gonadotropine

La produzione di PRL è mediata dalla dopamina e dai numerosi peptidi contenuti nei neuroni PVC (neuroni delle regioni mediali parvocellulari del nucleo paraventricolare ipotalamico) che hanno attività PRL stimolante.

La risposta della prolattina allo stress deve assicurarsi dell'integrità dei PVC perché in caso di lesioni ai PVC si ha una diminuzione della PRL per lesione organica, del 62%.

L'aumento della prolattina può esserci a seguito di minimi fattori stressanti come ad esempio: svenimento, prelievo del sangue, ipoglicemia, stress da calore, lancio con paracadute, intervento chirurgico, stato d'ansia.

Dimostrazioni

In donne sottoposte ad intervento chirurgico, il livello di PRL aumenta di tre volte rispetto ai livelli normali;

uomini che si auto stimolano il seno non hanno un aumento di PRL contrariamente a quando il loro seno è stimolato dalle donne in cui si ha un'aumento della PRL di 4 volte superiore al livello normale. (pertanto i fattori psicologici giocano un ruolo molto importante nella produzione di PRL).

Aspetti clinici: l'iperprolattinemia provoca galattorrea e impotenza nel maschio e alterazioni del ciclo mestruale nella donna.

STRESS CRONICO ED EFFETTI SUL SISTEMA ENDOCRINO

novità-cambiamento

Eventi di vita significativi, **life stressor**, provocano disagio emotivo (**distress**) e possono essere seguiti da una malattia fisica ed anche dalla morte. Gli eventi stressanti hanno stimolato ed originato la **psicosomatica** che studia lo stress che il cambiamento di vita e il disadattamento comportano. Studi dimostrano che lo stress coinvolge tutti gli assi endocrini tanto che negli anni 70 nasce la **psiconeuroendocrinologia**.

STRESS → **STRESSOR (sensoriale-psicologico-sociale-patologico)**

GLI EVENTI STRESSANTI SONO DA VALUTARE SULLA BASE DI TRE ASPETTI:

- 1. Tipo di evento (cambia il modello di vita dell'individuo che può essere positivo o negativo). L'attenzione non è posta sull'aspetto negativo o positivo dell'evento perché questo varia da cultura a cultura e in base alle norme di gruppo che sono modificabili nel tempo, ma sul cambiamento.**

- 2. Disposizione personale e modalità di reazione (stessa situazione e reazione diversa degli individui: dipende dalla predisposizione personale.**

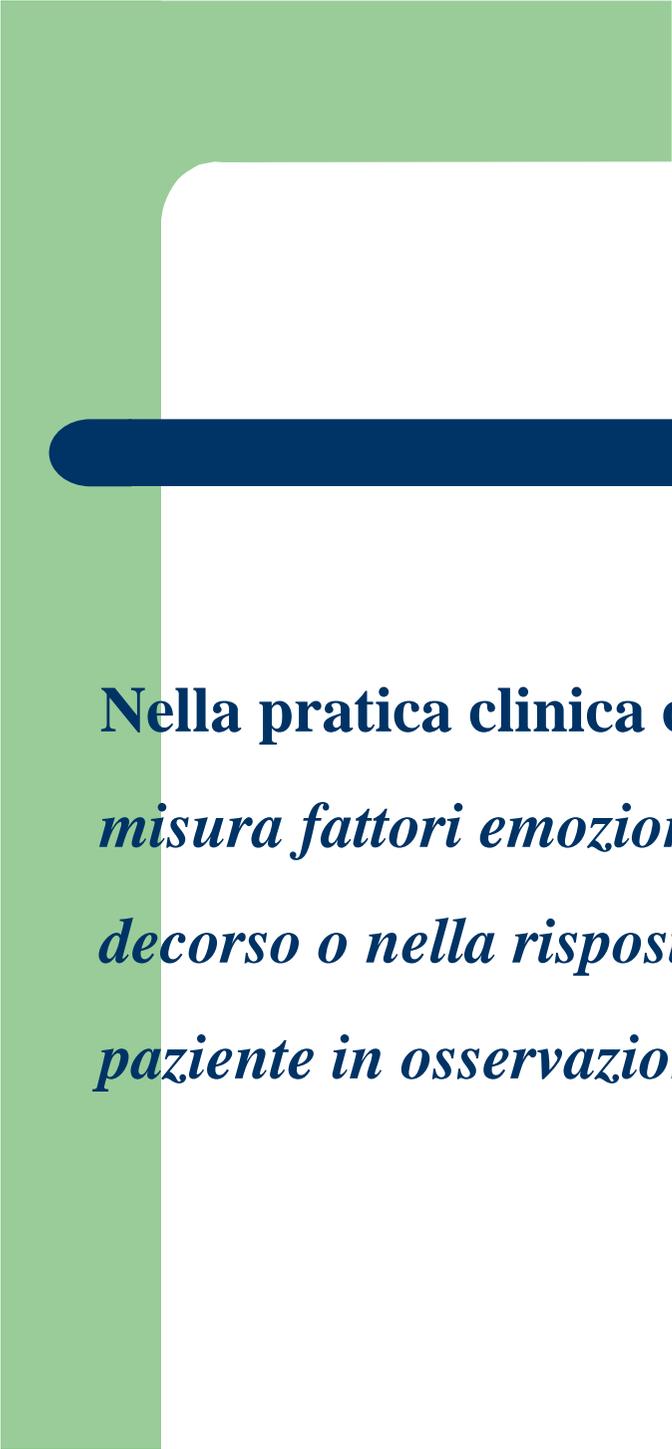
Ad esempio persone del tipo A sono predisposte più delle persone di tipo B a sviluppare malattie cardiovascolari. Intervengono variabili biologiche, psicologiche, sociali e fisiche a mediare gli eventi stressanti.

- 3. Condizione sociale (stato socio economico e supporto interpersonale disponibile).**

Palmore ed Ardman osservano che gli adulti si adattano bene ad un singolo evento come il pensionamento o la vedovanza ma meno quando due eventi o più si accavallano. I problemi emergenti nelle ricerche di

psiconeuroendocrinologia riguardano la classificazione e valutazione degli eventi stressanti dunque sono dovuti alla specificità delle misure e delle scale proposte e alla precisione di tali valutazioni.

L'esposizione cronica allo stress aumenta i fattori di rischio di malattia provocando una complessa reazione neuroendocrina; lo stress cronico favorisce la malattia che a sua volta provoca stress innescando un circolo vizioso.



Nella pratica clinica ci si deve sempre domandare : *se e in che misura fattori emozionali intervengono nella patogenesi, nel decorso o nella risposta alla terapia di uno specifico disturbo nel paziente in osservazione.*



COLLOQUIO PSICOSOMATICO

Prof. Elena ROSSI

COLLOQUIO PSICOSOMATICO

Setting: ambiente riservato, accogliente, comodo, privo di stimoli disturbanti, 30-40 minuti. Adottare un gergo adeguato al livello culturale del paziente.

Fase iniziale: Rompere il ghiaccio con domande generali per inquadrare la persona del tipo: dove vive? con chi? quanti anni ha? che lavoro fa?..

Fase centrale: Punti da esplorare con 10 domande pratiche tab. 1; **Il paziente e la sua situazione (stato oggettivo e soggettivo) tab.2.1_tab 2.2;**

Fase finale: Restituzione e comunicazione della diagnosi psicosomatica; Invio ad un collega.

Punti da esplorare con 10 domande pratiche
(fase centrale) [Tab. 1]

- 1) Con chi vive?**
- 2) Come vanno le cose in casa (ci sono stati cambiamenti)?**
- 3) Come vanno le cose sul lavoro?**
- 4) Come vanno le cose nella vita affettiva?**
- 5) Quali sono le persone importanti nella sua vita?**
- 6) Ci sono stati cambiamenti e avvenimenti recenti che lo hanno colpito (fonti di stress e tensioni)?**
- 7) Che idea si è fatto sulla sua malattia (quali pensa siano le cause)?**
- 8) Che effetto ha avuto la malattia sul suo assetto di vita, sui suoi rapporti interpersonali, affettivi e sul lavoro?**
- 9) Come hanno reagito e reagiscono le persone intorno?**
- 10) Che si aspetta, come vede il suo futuro?**

Il paziente e la sua situazione
(fase centrale) [Tab. 2.1]

- Quando, come è nato e come si è sviluppato il disturbo?**
- Che rapporto è rilevabile tra fatti, eventi, cambiamenti di vita e sviluppo del disturbo somatico?**
- Come ha reagito il paziente e come ha gestito l'evento o la situazione?**
- In che misura sono presenti ansia e depressione(sintomi fisici e psichici)?**
- In che misura sono vissute ed espresse aggressività e rabbia?**
- Quali fonti di supporto e sostegno emozionale ha la persona?**

Stato oggettivo: cosa ricercare ed osservare:

-Avvenimenti di perdita affettiva (morte di persone care, divorzio, allontanamento dei figli , pensionamento, traslochi, furti in casa);

-Eventi di vita che hanno prodotto importanti cambiamenti nell'assetto di vita (licenziamento, lavoro, famiglia, traslochi, malattia di un familiare);

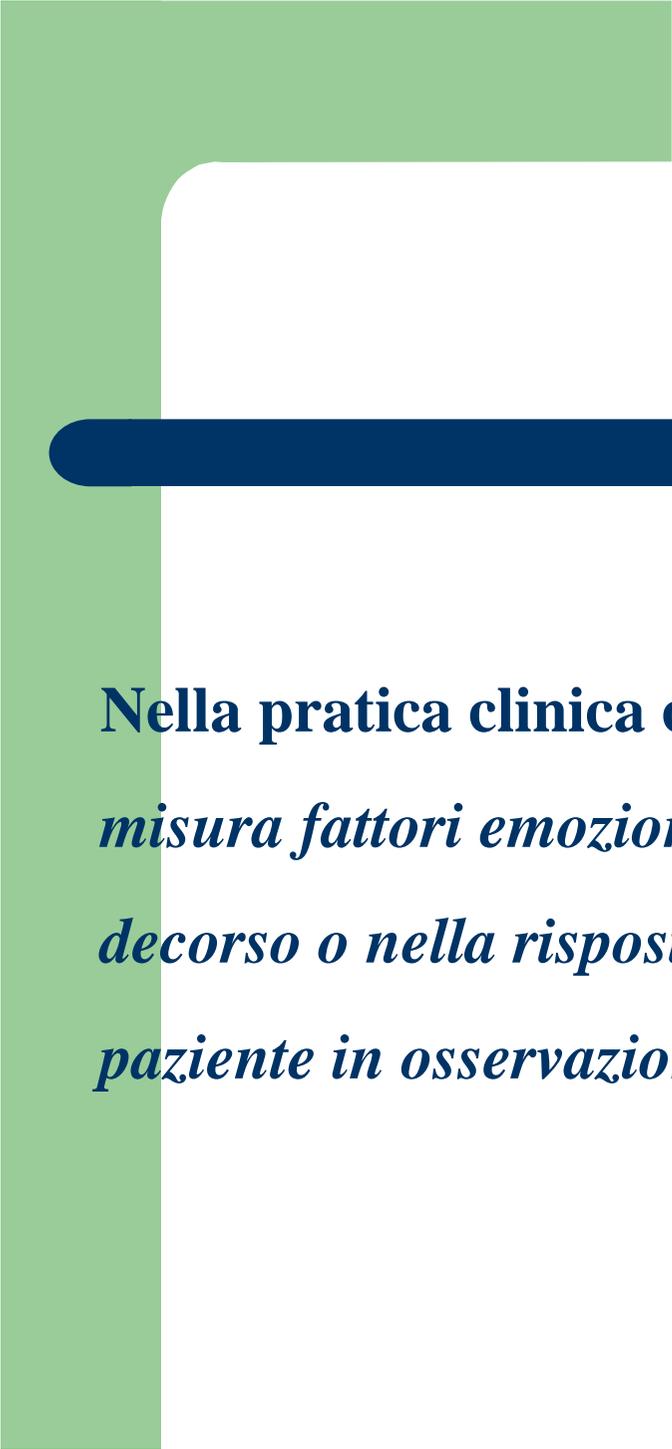
-Nuovi assetti di vita (matrimonio, , nascita di un figlio, nuovo lavoro....).

[Tab. 2.2]

Stato soggettivo: cosa ricercare ed osservare:

- Indagare il vissuto dell'evento o situazione (sentimento verso evento o situazione o in seguito ad essi);**
- Come reagisce e gestisce situazioni che generano tensione e stress;**
- Prestare attenzione a eventi e situazioni caratterizzati dal *non poter reagire*, a reazioni emozionali soffocate o all'opposto a reazioni emotive eccessivamente espresse;**
- Quali fonti di supporto emotivo e sociale (persone su cui contare) e quali occasioni di distrazione, relax e piacere ha la persona (come passa il tempo libero).**

[Tab. 2.2]



Nella pratica clinica ci si deve sempre domandare : *se e in che misura fattori emozionali intervengono nella patogenesi, nel decorso o nella risposta alla terapia di uno specifico disturbo nel paziente in osservazione.*



Clinica Psicologica Psicopatologia Psicosomatica

Psicosomatica
pediatrica

Prof. Elena ROSSI



La Psicossomatica in età evolutiva

- Sviluppo psicossomatico del bambino
- Disturbi psicossomatici

Lo Sviluppo psicosomatico del bambino

- **b/o** → complessità in via di organizzazione
- **senso** → integrazione psicosomatica del Sè
- **equilibrio psicosomatico** → ruolo delle esperienze corporee ed affettive

La nascita biologica e psicologica del bambino

M.Mahler → autismo fisiologico (prime sett)
fase simbiotica (2m)
f.individuazione (5-6m)
f.sperimentazione (1-2a)*

- * .crisi del riavvicinamento;
- .fase della costanza dell'oggetto;
- .superamento tappe fisiologiche

La Fase Simbiotica

- **Gli oggetti sono percepiti come parte di sé**
→
- **Le sensazioni somatiche sopperiscono, in modo primitivo, all'assenza materna**
- **Interiorizzazione dell'oggetto**
- **Il bambino riesce a tollerare l'assenza della madre**

La Fase Simbiotica: difficoltà di superamento

- Gravi carenze affettivo/educative;
- Malattie;
- Separazioni traumatiche;
- Perdita di un genitore

La Fase Simbiotica: mancato superamento

memoria → b/o riattiva le sensazioni
biologica corporee legate alla
mancanza della madre



**sviluppo di una predisposizione alla
somatizzazione ***

* comportamento alterato di malattia (età adulta)

Lo squilibrio psicosomatico

- Personalità della madre
 - Temperamento b/o
 - Oggetti transizionali mancanti
-
- Separazione aspetti affettivi/ percezioni somatiche
 - Costituzione di un falso Sé *
- * I piccoli adulti predisposti a problemi relazionali

I sintomi psicosomatici

- Risultati di meccanismi di difesa primitivi
- Segnali di una disfunzionalità all'interno della diade

I disturbi psicosomatici

- Gli scompensi psicosomatici, e le relative modificazioni corporee, non implicano necessariamente condizioni di malattia
- I processi fisiologici legati alle emozioni e agli stress sono, anzi, tendenzialmente reversibili e privi di gravi conseguenze patologiche

I disturbi psicosomatici

- La patologia insorge come difesa contro:
- situazioni ritenute troppo intense;
- condizioni di stress prolungato;
- ulteriori agenti patogeni;
- rottura dell'equilibrio omeostatico

I disturbi psicosomatici pediatrici

Difesa tipica del linguaggio pre-verbale e pre-simbolico

VS

Difficoltà presenti nel rapporto madre-bambino

I disturbi psicosomatici pediatrici

La specificità dei disturbi comporta una tale complessità nell'individuare un'ipotetica correlazione fra questi e le tipologie di personalità che ne soffrano o potrebbero soffrire

I disturbi psicosomatici pediatrici

Dalle ricerche sulla personalità delle madri e sulle caratteristiche degli ambienti familiari in cui la diade vive, non risulta affatto quanto tali fattori influiscano sui disturbi e, per giunta, se siano da considerarsi causa o conseguenza degli stessi

I disturbi psicosomatici pediatrici

- Le cure materne ricoprono la funzione indispensabile di “Regolatore biologico e comportamentale”
- Una madre sufficientemente buona fa sì che il suo bambino sviluppi una sana percezione di sé

L'integrazione psicosomatica nel bambino

D.Winnicott → preoccupazione materna primaria

Se la madre attribuisce un significato emotivo alle necessità del figlio, offre la base per processi psicologici evoluti quali:

- **Capacità simbolica**
- **Pensiero**
- **Sogni**

L'integrazione psicosomatica nel bambino

Anche la figura paterna, gli altri membri della famiglia e il contesto sociale contribuiscono, con la loro presenza attiva, a realizzare l'ambiente idoneo alla maturazione del rapporto madre-bambino da fusionale ad autonomo e allo sviluppo di un proprio stile d'attaccamento

I disturbi più riscontrabili

- colica idiopatica (I° trimestre);
- ruminazione (I° trimestre);
- laringospasmi (II° trimestre);
- dermatite atopica (dal II° trimestre);
- anoressia nel lattante (I° anno);
- asma bronchiale (II° anno);
- enuresi (dai 4 anni)

I disturbi più riscontrabili

- alessitimia;
- ansia;
- cefalea idiopatica precoce;
- dermatopatie (acne, alopecia areata, dermatite atopica, orticaria, vitiligine);
- fobia della scuola

COMPLIANCE

Prof. Elena Rossi



COMPLIANCE = aderenza del paziente alle prescrizioni mediche

- **Numerosi studi hanno accertato che percentuali oscillanti dal 33% fino all'82% dei pazienti non segue correttamente o non segue affatto la terapia prescritta, determinandone una riduzione globale dell'efficacia.**
- **Una scarsa compliance può inoltre invalidare seriamente ricerche su farmaci sperimentali in cui si sono trascurate l'aderenza e la cooperatività del paziente.**
- **E' dunque importante per l'operatore sanitario conoscere la portata del problema compliance, gli elementi che possono contribuire a ridurla, assicurandosi una piena collaborazione da parte del paziente.**

I FATTORI CHE INCIDONO SULLA COMPLIANCE

Caratteristiche del regime terapeutico

Trattamenti complessi, costituiti dalla prescrizione di più farmaci, dieta, programmi di rieducazione e profilassi (anziani-bambini 9%); effetti collaterali dei farmaci (no troppe o poche informazioni) , durata del trattamento, informazioni.

Atteggiamento del medico

Atteggiamento empatico e familiarizzante; presenza sempre dello stesso medico; compilazione della ricetta (poca importanza);

Il livello ed il tipo di informazione sulla malattia

Pazienti con patologie croniche quando stanno meglio tendono a sospendere la terapia; necessarie informazioni adeguate e semplici.

Paziente a rischio di bassa compliance

Bambini, anziani, pazienti con patologie croniche, pazienti con tratti di personalità ossessivi, paranoidei o ipocondriaci; è sempre difficile,
anche per gli psichiatri prevedere quali pazienti assumeranno correttamente la terapia.

Supporto sociale e familiare

Partner e famiglia sono coinvolti e responsabili nell'adeguamento del paziente alle prescrizioni, lo incoraggiano e supportano a seguire le terapie del caso; se la responsabilizzazione è eccessiva, si compromette la percezione del paziente di autosufficienza, autonomia.

Fattori ambientali

Il setting e l'organizzazione dello studio medico riguardano il tempo di attesa per essere visitati, la prenotazione delle visite, la presenza dell'operatore sanitario, medica.

COME MIGLIORARE LA COMPLIANCE: LE STRATEGIE D'INTERVENTO

Ridurre la complessità del regime terapeutico

Ridurre al minimo indispensabile il numero di farmaci prescritti; se oltre l'assunzione di farmaci, sono necessarie restrizioni dietetiche, l'attuazione di un programma di riabilitazione o di profilassi, è necessario dare le relative informazioni gradualmente per permettere al paziente di accettarle adeguandovisi; evitare inoltre orari rigidi per assumere la farmacoterapia (ottimi i preparati retard).

Atteggiamento dell'operatore sanitario e modalità di prescrizione

Oltre la terapia deve fornire ulteriori informazioni relativa alla sua azione, tempo di assunzione, effetti attesi; routine quotidiana del paziente per decidere tempi e modi di somministrazione; sdrammatizzare gli effetti collaterali (non esistono medicine perfette); indagare la compliance nel passato; atteggiamento empatico e familiarizzante; non rimproverarlo se non compliant ma indagarne i perché.

Migliorare l'informazione sulla malattia

Parole semplici adatte al livello culturale del paziente, richiami mnemonici, esempi figurati, linguaggio del paziente (solo trattamento a breve termine).

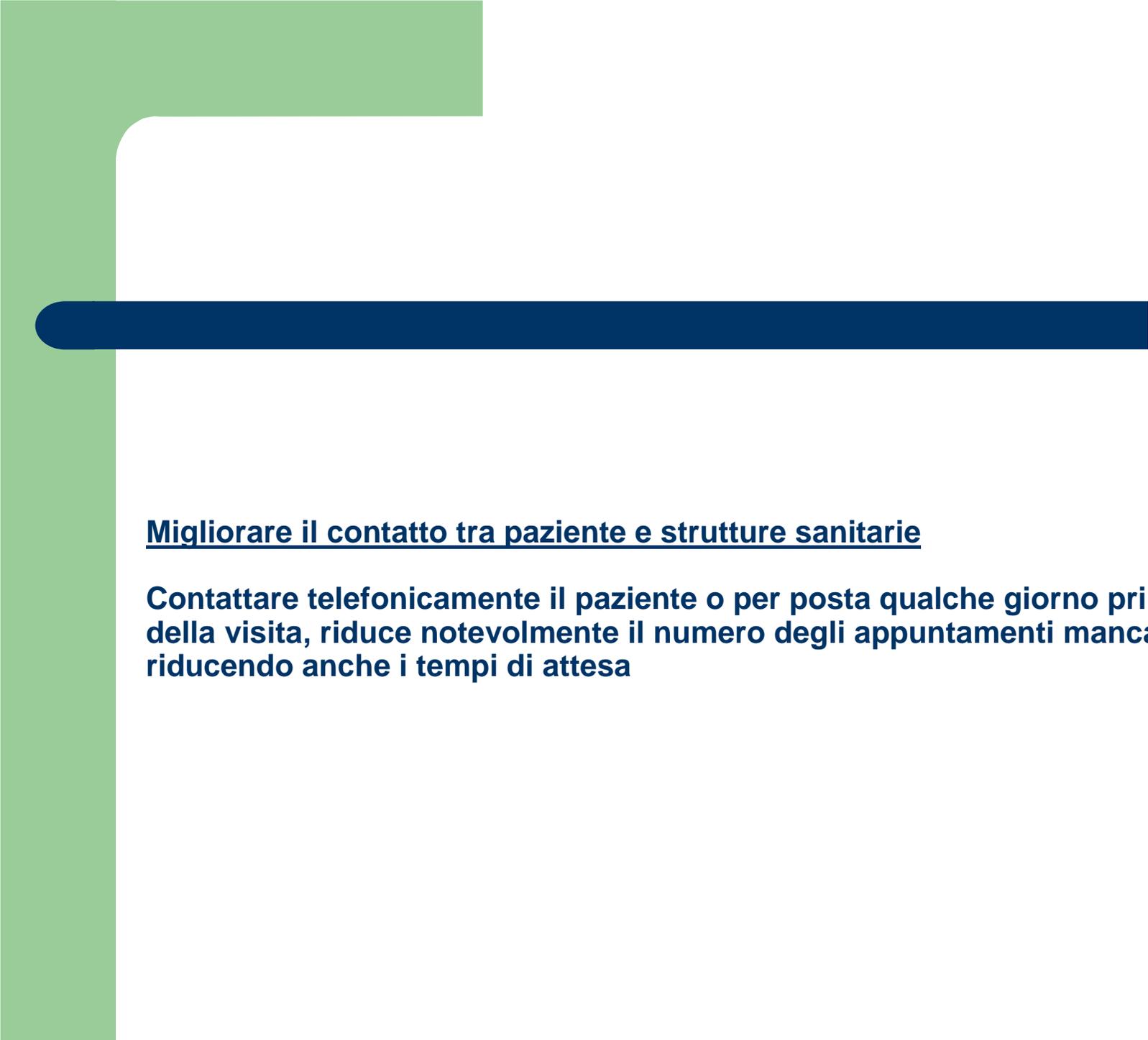
Introdurre speciali strategie per i pazienti a rischio

Psicoterapia comportamentale (**borderline; dinamiche familiari alterate; atteggiamenti negativi e oppositivi**).

Chiarire gli obiettivi della terapia

l'operatore sanitario tende a prevenire (es. nel diabete) **le complicanze**

a lungo termine i familiari di controllare gli effetti acuti in corso di trattamento (alta compliance perché genitori molto attenti); **attenzione alla sospensione della cura da parte del paziente che sente di stare meglio; esplicitare bene gli scopi del trattamento al paziente, gli obiettivi, coinvolgendo il paziente nel raggiungerli.**



Migliorare il contatto tra paziente e strutture sanitarie

Contattare telefonicamente il paziente o per posta qualche giorno prima della visita, riduce notevolmente il numero degli appuntamenti mancati, riducendo anche i tempi di attesa