13 APRILE 2024

La gestione clinica dei disturbi psichici correlati allo stress lavorativo.

Gianfranco Del Buono
Psichiatra-psicoterapeuta
AZIENDA OSPEDALIERA UNIVERSITARIA
San Giovanni di Dio Ruggi d'Aragona - Salerno

Il Burn-out secondo l'OMS (2019)

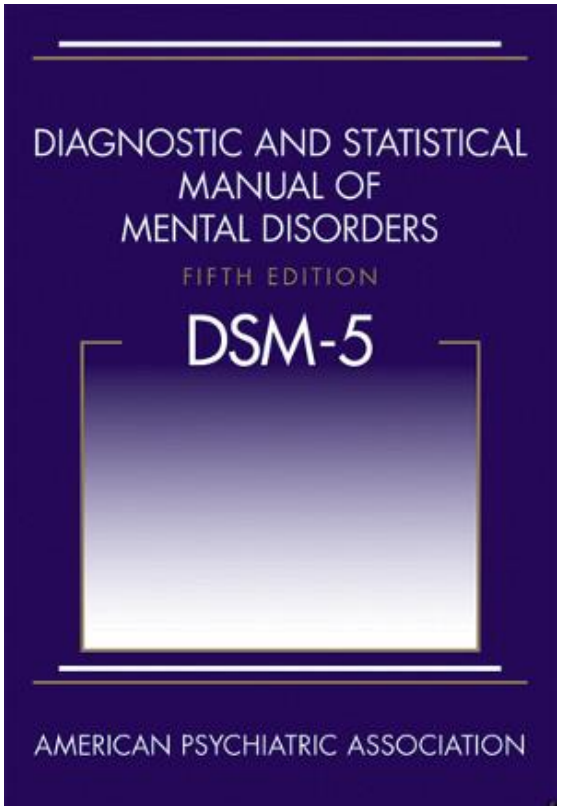
«Il Burn-out è una sindrome che deriva da uno stress cronico sul posto di lavoro, che non è stato gestito adeguatamente».
È un fenomeno del mondo del lavoro.
Non è classificato come una condizione medica.

È caratterizzata da 3 dimensioni:

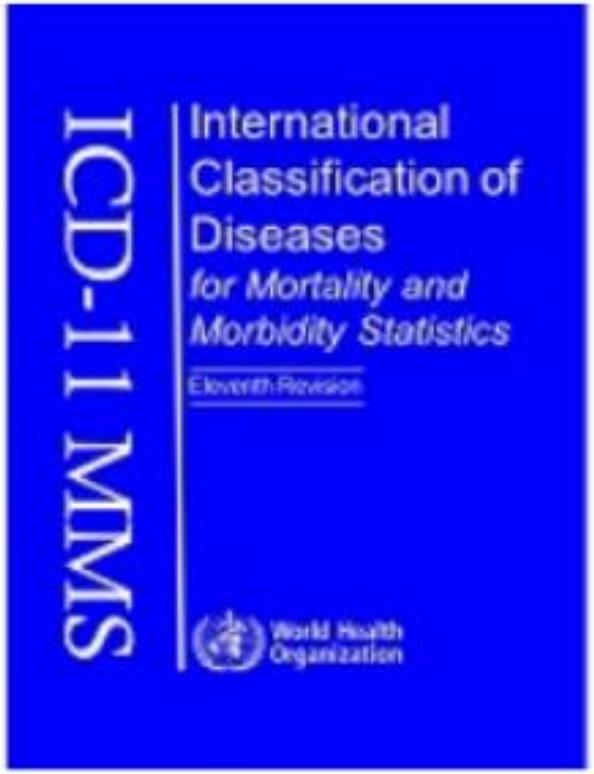
1. Sensazioni di perdita di energie o esaurimento.
2. Accresciuta distanza mentale dal proprio lavoro, oppure sentimenti di negatività, e cinismo correlati al lavoro.
3. Ridotta efficacia personale.

Principali riferimenti diagnostici in Psichiatria

DSM-5-TR
APA, 2023



DSM-5
APA, 2013



ICD-11
OMS, 2019, 2022

Ma dobbiamo ricordare che …

Il Ministero della Sanità utilizza i codici dell'ICD-9-CM (2007)

… Quindi le diagnosi vanno espresse con i codici dell'ICD-9-CM

MINISTERO DEL LAVORO, DELLA SALUTE
E DELLE POLITICHE SOCIALI

DIPARTIMENTO DELLA QUALITA'

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,
DEI LIVELLI ESSENZIALI DI ASSISTENZA
E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA

CLASSIFICAZIONE DELLE MALATTIE,
DEI TRAUMATISMI,
DEGLI INTERVENTI CHIRURGICI
E DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICHE
E TERAPEUTICHE

VERSIONE ITALIANA DELLA ICD-9-CM
"International Classification of Diseases – 9th revision – Clinical Modification"
2007

ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO
LIBRERIA DELLO STATO

CHE CONFUSIONE !

Alcuni esempi

Disturbo mentale	Codici ICD-9-CM	Codici ICD-11	Codici DSM-5
Schizofrenia	295.90	F20.90	295.90
Disturbo bipolare, Episodio maniacale, non specificato	296.40	F31.9	296.40
Disturbo di panico	300.01	F41.0	300.01
Disturbo delirante	297.1	F.22	297.1

Disturbo depressivo maggiore	Codici ICD-9-CM	Codici ICD-11	Codici DSM-5
lieve	296.21	F32.0	296.21
moderato	296.22	F32.1	296.22
grave	296.23	F32.2	296.23

DSM-5

Capitoli diagnostici del DSM-5

1	Disturbi del neuro sviluppo	11	Disturbi da eliminazione
2	Spettro schizofrenico ed altri disturbi psicotici	12	Disturbi del ritmo sonno-veglia
3	Disturbi bipolari e correlati	13	Disfunzioni sessuali
4	Disturbi depressivi	14	Disforia di genere
5	Disturbi d'ansia	15	Disturbi distruttivi, del controllo degli impulsi, e della condotta
6	Disturbi ossessivo-compulsivi e correlati	16	Disturbi da uso di sostanze e additivi
7	**Disturbi correlati a trauma e stressors**	17	Disturbi neuro cognitivi
8	Disturbi dissociativi	18	Disturbi di personalità
9	Disturbi da sintomi somatici e correlati	19	Altri disturbi mentali
10	Disturbi dell'alimentazione e della nutrizione	20	Disturbi del movimento ed altre reazioni avverse dovute a farmaci

Perché un solo capitolo ?

- "È comune per i disturbi mentali essere esacerbati o scatenati da esperienze di vita stressanti. Inoltre, molti disturbi mentali possono includere sintomi come reazioni maladattive allo stress, preoccupazioni verso lo stress eccessiva ruminazione sui fattori stressanti e l'incapacità ad adattarsi".

- "Non si dovrebbe porre una diagnosi separata di un disturbo correlato a stress in presenza di un altro disturbo mentale, che può spiegare i sintomi, anche se un evento stressante può esacerbare quegli stessi sintomi."

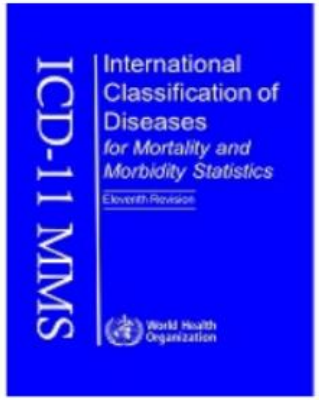
ICD-11

DSM-5
DSM-5-TR

Disturbi correlati a trauma e stressors

- Disturbo reattivo dell'attaccamento
- Disturbo da coinvolgimento sociale disinibito
- Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)
- Disturbo acuto da stress
- Disturbi dell'adattamento

ICD-11



Disturbi associati in maniera specifica allo stress.

- PTSD
- **PTSD Complesso**
- **Disturbo da lutto prolungato**
- Disturbo dell'adattamento
- Disturbo reattivo dell'attaccamento
- Disturbo da coinvolgimento sociale disinibito
- Reazione acuta da stress

1. Disturbo reattivo dell'attaccamento

2. Disturbo da coinvolgimento («engagement») sociale disinibito

Riguardano i bambini

1. Disturbo da stress post-traumatico (PTSD)

2. Disturbo acuto da stress

3. Disturbi dell'adattamento

Riguardano gli adulti

Quali sintomi psicologici può provocare uno stress, un evento o un trauma ?

Il PTSD (Disturbo Post-Traumatico da Stress) rappresenta il modello di disturbo psichiatrico generato da un trauma stressante

Epidemiologia

- Sebbene molte persone siano esposte ad eventi traumatici in qualche momento della loro vita, la maggior parte ritorna a godere di un livello di funzionamento pre-trauma.

Prevalenza life-time	
Uomini	**6,2-8,2 %**
Donne	**13-20,4 %**

PTSD
susseguente
a disastri naturali:

5-10%

PTSD
susseguente
a violenze sessuali:

oltre il 40%

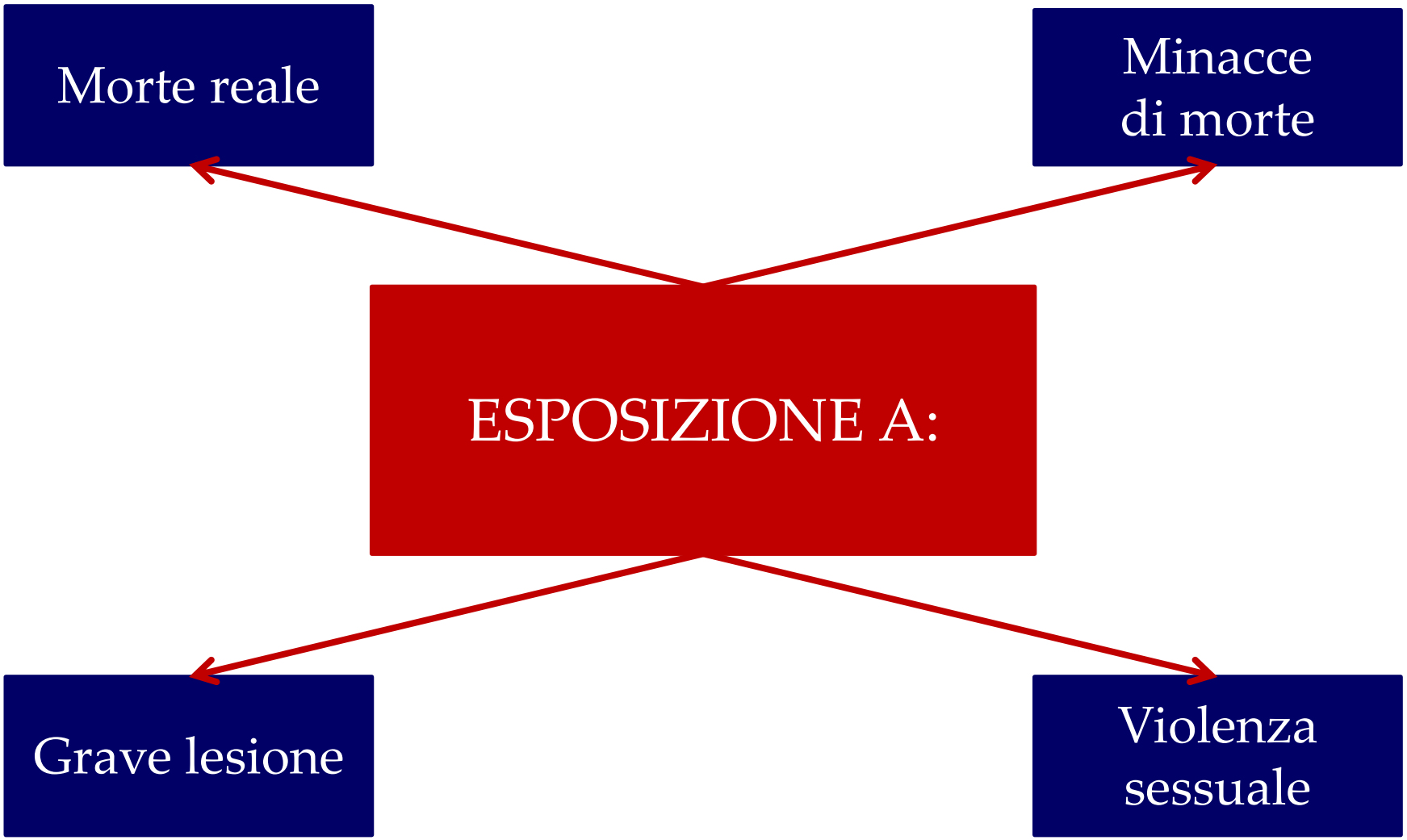
Globalmente la violenza interpersonale porta ai più alti tassi di PTSD , e la tortura è il fattore più frequentemente associato al PTSD, seguito dall'esposizione continuativa a eventi potenzialmente traumatici.

Definizione di evento traumatico

Esperienza di particolare gravità che:

- supera le normali capacità di adattamento emotivo dell'individuo
- implica una sensazione di minaccia improvvisa ed inaspettata
- compromette il senso di stabilità e di continuità fisica e/o psichica della persona
- incrina le convinzioni consolidate sulla prevedibilità del mondo esterno
- sconvolge i normali processi di discriminazione e di filtro della mente dell'individuo
- determina sensazioni di vulnerabilità, di impotenza e di perdita di controllo
- comporta emozioni intense di paura e/o dolore

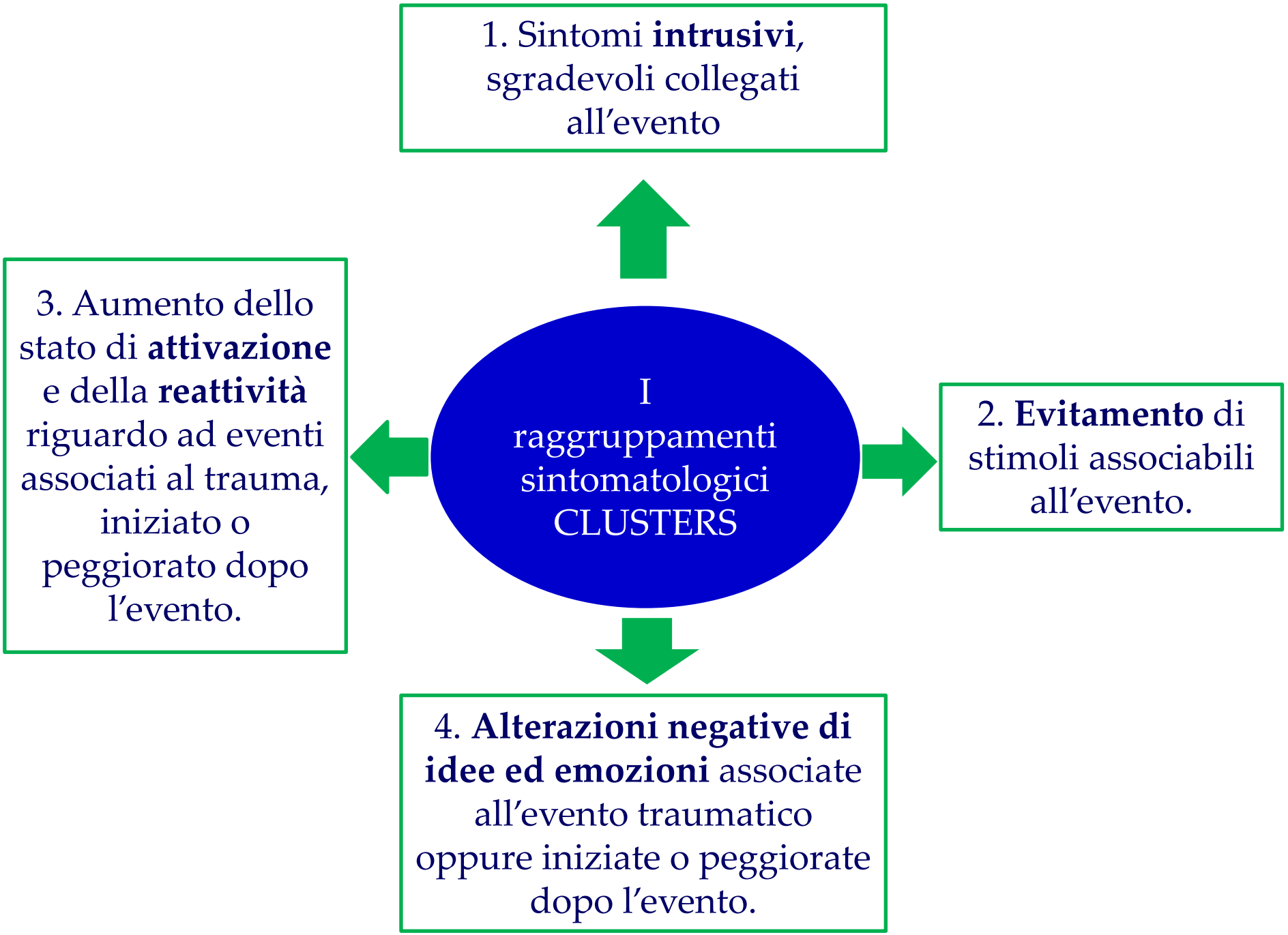
Quali traumi ?



In uno dei seguenti modi:

1. Fare **esperienza diretta** dell'evento/i traumatico/i.
2. **Assistere direttamente** a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri
3. Venire a conoscenza di **un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto**. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
4. **Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i** (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

1. Sintomi **intrusivi** sgradevoli collegati all'evento.
2. **Evitamento** di stimoli associabili all'evento.
I raggruppamenti sintomatologici CLUSTERS
3. Aumento dello stato di **attivazione** e della **reattività** riguardo ad eventi associati al trauma, iniziato o peggiorato dopo l'evento.
4. **Alterazioni negative di idee ed emozioni** associate all'evento traumatico oppure iniziate o peggiorate dopo l'evento.


1. Sintomi **intrusivi**, sgradevoli collegati all'evento
3. Aumento dello stato di **attivazione** e della **reattività** riguardo ad eventi associati al trauma, iniziato o peggiorato dopo l'evento.
I raggruppamenti sintomatologici CLUSTERS
2. **Evitamento** di stimoli associabili all'evento.
4. **Alterazioni negative di idee ed emozioni** associate all'evento traumatico oppure iniziate o peggiorate dopo l'evento.

Due tipi di risposte

TRAUMA o qualunque stress

Iperattivazione

Aumento del tono simpatico, Riduzione del tono parasimpatico, Attivazione asse HPA, Risposte di allarme, Amigdala

SINTOMI
Iperattività, disturbi del sonno, ipervigilanza, ansia generalizzata, disregolazione dell'affettività

PATHWAY ESTERNALIZZANTE
maschi, età più tardiva

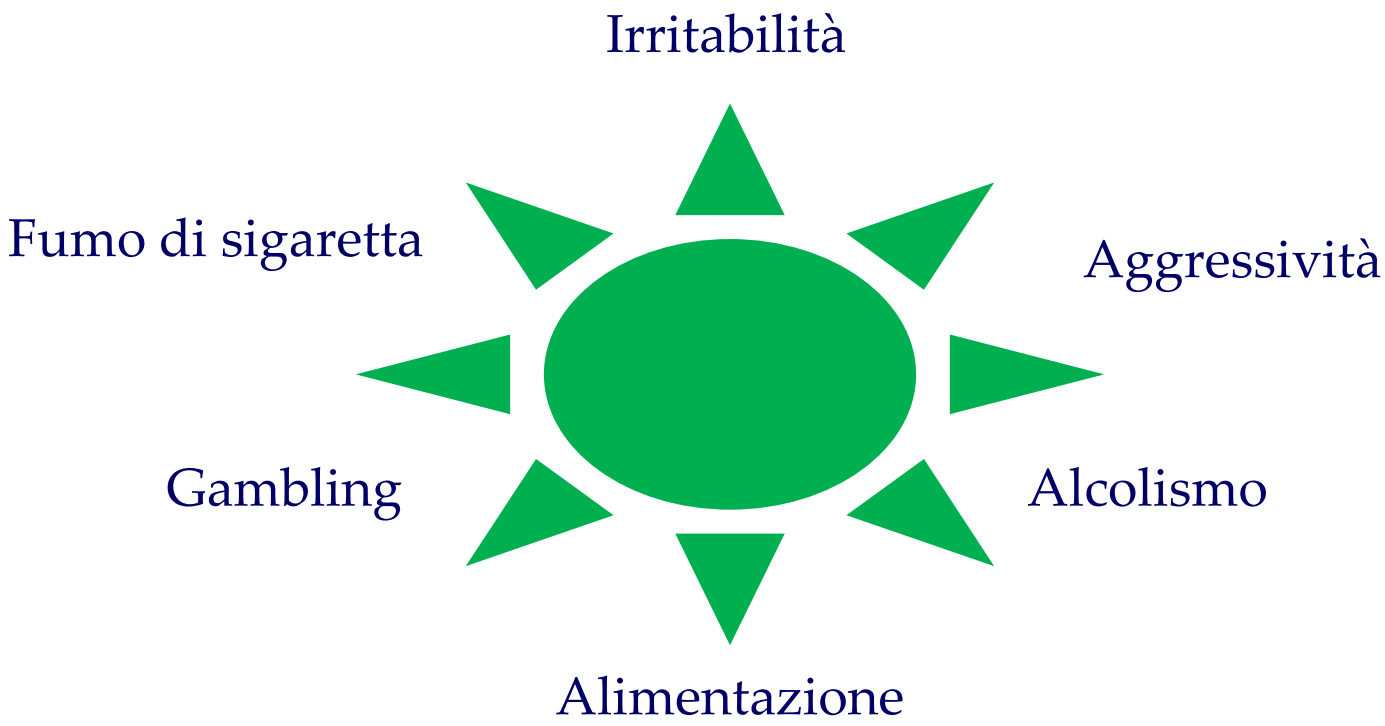
Dissociazione

Aumento del tono vagale, Coinvolgimento del sistema dopaminergico mesolimbico e corticale

SINTOMI
Ritiro, lamentele somatiche, ansia, dissociazione, dipendenza, «helplessness»

PATHWAY INTERNALIZZANTE
donne, età più precoce

Sintomi comportamentali (pattern esternalizzante)



Elemento centrale: la dimensione dell'impulsività

Bisogna specificare se:

- **Con sintomi dissociativi:** depersonalizzazione e derealizzazione

- **Con espressione ritardata:** i criteri diagnostici non sono soddisfatti appieno entro 6 mesi dall'evento (anche se qualche sintomo può comparire immediatamente dopo il trauma)

IL PTSD secondo l'ICD-11

- L'ICD-11 adotta un approccio più stretto alla diagnosi di PTSD, focalizzandosi soprattutto sulle dimensioni sintomatologiche correlate ai circuiti della paura:

→ il fare nuova esperienza dell'evento traumatico,

→ l'evitamento dei ricordi,

→ la percezione aumentata di minacce attuali (con varie forme di iperattivazione).

Componente centrale in questa modalità diagnostica è il re-experiencing.

La neurobiologia del PTSD

- Nelle persone che soffrono di PTSD, ci sono evidenze di cambiamenti nella struttura neurale dei circuiti nervosi implicati nel condizionamento alla paura (amigdala, corteccia prefrontale, ippocampo).

- Molti studi indicano che il PTSD sia associato ad una **ippocampo più piccolo** bilateralmente.

- **L'ipoattivazione e la riduzione di volume delle regioni della corteccia prefrontale mediale** sono consistenti con l'ipotesi di un deficit dei processi regolatori che promuovono l'estinzione della paura.

Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenge. *(World Psychiatry 2019;18:259–269)*

Modello cognitivo

- I modelli cognitivi propongono che le memorie del trauma vengono codificate in una modalità distinta, a causa dell'elevata attivazione al momento del trauma.

- Infatti, le memorie del trauma tendono ad essere codificate con un sequenziamento frammentato e disorganizzato, con una probabilità ridotta che il ricordo dell'evento sia incorporato in maniera adeguata nella memoria autobiografica.

Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenge. *(World Psychiatry 2019;18:259–269)*

Come curare il PTSD

Farmacoterapia	**Psicoterapia**
Antidepressivi serotoninergici: SSRI	Terapie cognitivo-comportamentali
Paroxetina Sertralina	EMDR ?

L'EMDR (Eye Movement Desensitization Reprocessing): metodologia psico-terapeutica utile che sfrutta i movimenti oculari alternati, o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, permettendo una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali

Disturbo acuto da stress (DSM-5)

- La differenza con il PTSD è soprattutto nella durata.

- Il disturbo acuto da stress **inizia dopo 3 giorni** dall'evento traumatico e **si risolve entro 1 mese.**

ICD-11: Reazione acuta da stress

Disturbi da adattamento (DSM-5)

- Sintomi emotivi o comportamentali in risposta a uno stressor **identificabile**.
- Ci può essere un unico stressor o multipli stressors.
- Si manifestano entro 3 mesi dell'insorgenza dell'evento/i stressante/i.

1. **Marcata sofferenza** che sia sproporzionata rispetto alla gravità o intensità dell'evento stressante, tenendo conto del contesto esterno e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e la manifestazione dei sintomi.

2. **Compromissione significativa del funzionamento** in ambito sociale, lavorativo o in altre importanti aree.

Altri criteri (DSM-5)

- **Criterio B:** Non sono caratterizzati da sintomi specifici: infatti si possono presentare una grande varietà di sintomi emotivi e comportamentali.
- **Criterio C:** tali sintomi (emotivi e comportamentali) non possono essere inquadrati in un altro disturbo mentale.

PERTANTO:

Tale categoria è stata spesso usata nella pratica clinica, per diagnosticare stati sottosoglia o subsindromici appartenenti ad altre categorie diagnostiche.

I disturbi dell'Adattamento sono gli unici disturbi mentali in cui per porre la diagnosi si devono escludere le altre categorie diagnostiche.

Esempi di eventi stressanti (DSM-5)

- Fine di una relazione sentimentale.
- Marcate difficoltà economiche o difficoltà coniugali.
- Malattie fisiche con dolore persistente o aumento della disabilità.
- Vivere in un quartiere ad alto tasso di criminalità.
- Disastro naturale.
- Specifici eventi evolutivi (andare a scuola, andare via di casa, tornare a vivere con i genitori, sposarsi, diventare genitori, non riuscire a raggiungere obiettivi professionali, pensionamento)

Due tipi di decorso

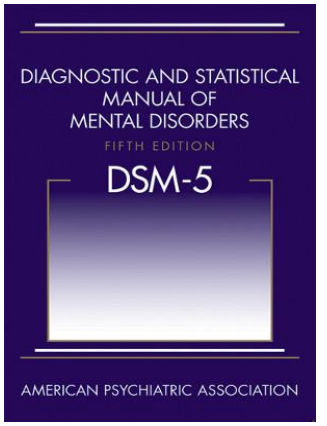
Acuto:
il disturbo dura
meno di sei mesi

Persistente:
il disturbo dura
più di due anni

Una volta che l'evento stressante e le sue conseguenze sono superate, i sintomi non persistono per più di sei mesi.

I Disturbi dell'Adattamento costituiscono una condizione transitoria

SOTTOTIPI
dei Disturbi dell'Adattamento



→ con umore depresso
→ con ansia
→ misto con umore depresso e ansia
→ con disturbi della condotta
→ misto con disturbi della condotta e della emotività
→ non specificati

- Specificare se acuto o persistente (se dura meno o più di 6 mesi)

È stata sottolineata la criticità dell'assenza di sintomi specifici "positivi".
(Strain et al. 2012)

Nei precedenti sistemi di classificazione, non sono stati citati sintomi specifici o patognomonici che rappresentino lo stress mentale, cosicchè i disturbi dell'adattamento sono gli unici a non avere sintomi peculiari che li possano definire.

La nuova definizione introdotta dal'ICD-11, considera la condizione come situata in continuità tra i normali processi di adattamento, ma distinta dalla normalità per l'esperienza di un grave «distress», e le reazioni da stress che comportano un menomazione permanente.

C'è stata un'attenzione diversa verso il pattern sintomatologico, anche se il criterio dell'evento stressante non è stato cambiato rispetto alle precedenti definizioni (Maercker et al. 2013).

L'ICD-11 riconosce la presenza di sintomi nucleari

1. **Preoccupazione verso lo stressor e le sue conseguenze**, come preoccupazione eccessiva, pensieri ricorrenti e angoscianti riguardo lo stressor stesso e una costante ruminazione riguardo le sue implicazioni.

2. **Incapacità ad adattarsi allo stressor**, con sintomi che interferiscono con il funzionamento quotidiano, come **difficoltà a concentrarsi o disturbi del sonno**, con conseguenti problemi sulle performances scolastiche e lavorative.

Disturbo dell'adattamento secondo l'ICD-11

- Reazione maladattiva ad uno stressor psicosociale identificabile o anche a stressors multipli, che si rende evidente entro un mese dall'insorgenza del fattore stressante.

→ Divorzio,

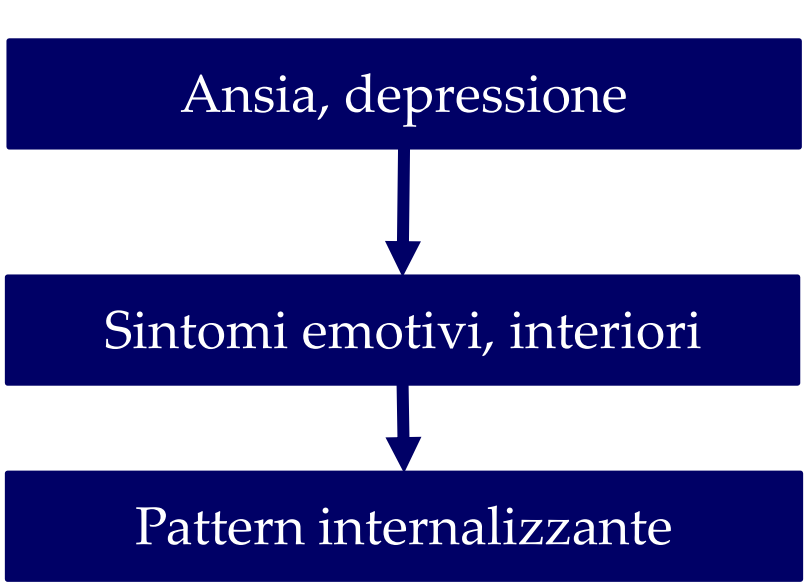
→ Malattia o disabilità,

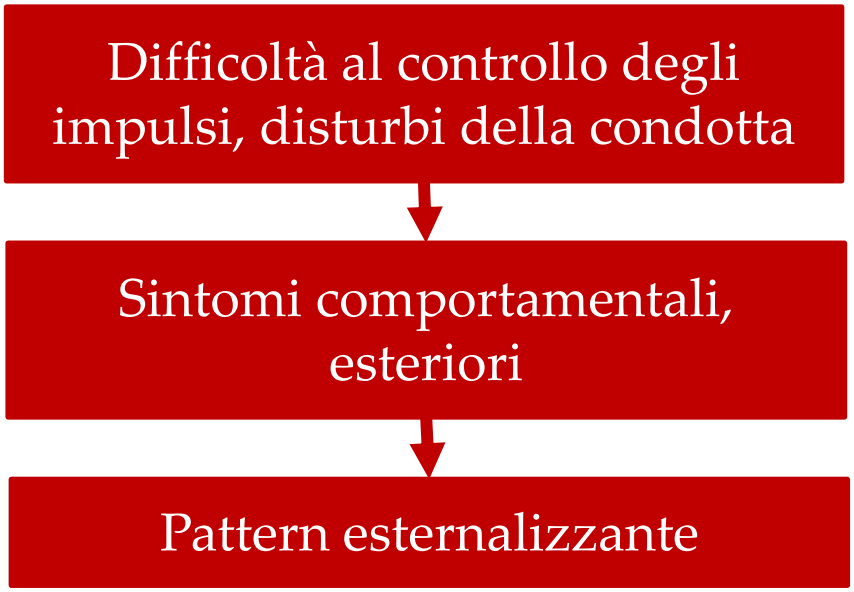
→ Problemi socio-economici,

→ Conflitti a casa o sul posto di lavoro

- Ovviamente i sintomi non sono meglio spiegati da un altro disturbo mentale , e si risolve tipicamente entro sei mesi a meno che lo streessor ha una durata maggiore di sei mesi.

Secondo l'ICD-11, il quadro clinico può essere dominato da sintomi di ansia, depressione, o da problemi di controllo degli impulsi o di condotta, senza la creazione di sottotipi.





(Maercker & Lorenz, The World Journal of Biological Psychiatry, 2018)

Evoluzione dei DA

- Si possono attendere traiettorie sintomatologiche diverse rispetto all'evoluzione della situazione stressante
- I sintomi del disturbo possono diventare più gravi se lostressor diventa più grave
- Possono ridursi fino a scomparire se la situazione stressante si risolve, per esempio se un individuo trova lavoro dopo un periodo di disoccupazione
- Se i sintomi persistono, i sanitari devono assumersi la responsabilità di fornire il miglior trattamento disponibile.
- **Inoltre riveste particolare importanza la capacità di regolare le emozioni (soprattutto nei contesti interpersonali) ***

*** Horn & Maercker. BMC Psychology (2016) 4:51**

Valutazione del disturbo dell'adattamento

Test, questionari o interviste per il DA?

- **SCID**
- **BPRS**
- **Test di personalità**
- **ADNM** (Adjustment Disorder-New Module; Maercker et al. 2007). È disponibile come intervista clinica strutturata, questionario autocompilato o scala di valutazione a 6 item (Einsle et al. 2010; Boer et al. 2014; Perkonigg et al. 2015). L'ADNM è stata adattata ai criteri dell'ICD-11 (ADNM-20).

Psicometrica dei disturbi dell'adattamento

ADNM-20

1) Lista di comuni eventi stressanti (**tra cui conflitti sul posto di lavoro, oppure troppo lavoro o troppo poco lavoro**);
2) Sintomi nucleari (preoccupazione, e incapacità ad adattarsi);
3) Sintomi accessori (umore depresso, ansia, evitamento, difficoltà a regolare gli impulsi).

Alcune conclusioni sulla terapia dei DA

- ✓ **Limitata letteratura** sulla farmacoterapia dei disturbi dell'adattamento.
- ✓ C'è un **supporto parziale per l'utilizzo alcuni AD**: non sono stati praticati studi RCT, ma solo degli studi naturalistici con AD, (Galecki et al. 2005; Hameed et al. 2005).
- ✓ **Utile l'Etifoxina?** Superiore a Buspirone e BDZ per i DA con ansia, che potrebbe agire sui neurocircuiti e neurochimica importanti nella psicopatologia del trauma (Zeitler et al. 2016).

➢Visti i dati scarsi sull'argomento, si potrebbe suggerire di evitare i farmaci e dare priorità ad un approccio psicoterapeutico ?

➢Dovrebbe essere sempre impiegato un **approccio individualizzato** per ciascun paziente sulla base di un rigoroso esame clinico, e sulla considerazione dell'intero corpo di letteratura specifica sull'argomento (O'Keeffe & Ranjith 2007)

Codici dei disturbi correlati allo stress

Disturbo mentale	ICD-9-CM DSM-5	ICD-11
PTSD	309.81	F43.10
Disturbo da stress acuto	308.3	F43.0
DA, con umore depresso	309.0	F43.21
DA, con ansia	309.24	F43.22
DA, con ansia e umore depresso misti	309.28	F43.23
DA, con alterazione della condotta	309.3	F43.24
DA, con alterazione mista dell'emotività e della condotta:	309.4	F43.25
DA non specificati	309.9	F43.20

Legenda: DA= disturbo dell'adattamento

GRAZIE
PER L'ATTENZIONE

- Il numero dei fattori di stress si è moltiplicato in modo esponenziale: il traffico, il denaro, il successo, l'equilibrio lavoro-vita, l'economia, l'ambiente, genitorialità, conflitti familiari, le relazioni, la malattia.
- Poiché la natura della vita umana è diventato molto più complicato, la nostra risposta allo stress rimane antica non è stata in grado di tenere il passo.

(Andrew Bernstein)