



“Come superare lo stress nell'assistenza al malato di Alzheimer: l'EMDR di gruppo”

M.Teresa Curinga, Serena Passoni



Stress

Concetto diffuso tra i medici in occasione d'un ciclo di conferenze tenute da HANS SELYE (padre del concetto moderno di stress) in varie città italiane, verso la metà degli anni '50

«Sindrome di adattamento a degli stressor» (=sollecitazioni), quali stimoli fisici (ad es. fatica), mentali (ad es. impegno lavorativo), sociali o ambientali (ad es. obblighi o richieste dell'ambiente sociale).

Può essere fisiologica, ma può avere anche dei risvolti patologici, anche cronici, che ricadono nel campo della psicosomatica.

Si suole distinguere tra:



Eustress o stress *buono*:

deriva dall'attivazione ed energia che gli impegni derivanti dalle pressioni ambientali stimolano nel soggetto



Distress o stress *cattivo*:

lo stress "negativo" e disadattativo, che può condurre anche a reazioni patologiche



Stress e lavoro

Applicando la precedente definizione ad una situazione lavorativa, la **European Agency for Safety and Health at Work** (Agenzia Europea per la Sicurezza e la Salute sul Lavoro) ha adottato la seguente definizione:

"lo stress lavoro correlato viene esperito nel momento in cui le richieste provenienti dall'ambiente lavorativo eccedono le capacità dell'individuo nel fronteggiare tali richieste"

La prevalenza della sindrome nelle varie professioni non è ancora stata chiaramente definita, ma sembra essere piuttosto elevata tra operatori sanitari quali medici e infermieri e nelle professioni d'aiuto.

Il personale infermieristico è ad alto rischio di sviluppare questa sindrome per una serie di ragioni: ha il contatto diretto con i pazienti, le loro sofferenze ed esigenze; subisce difficili condizioni di lavoro a livello organizzativo, di solito legate a turni di lavoro e mancanza di autonomia; è mal pagato; svolge ruoli conflittuali o ambigui; e deve trattare con parenti che in alcuni casi creano situazioni di tensione, o affrontare i problemi con colleghi, lavorando talvolta in un ambiente ostile

(Evers et al., 2001 e Drebing et al., 2002).

Se non opportunamente trattati, questi soggetti cominciano a sviluppare un lento processo di "logoramento" o "decadenza" psicofisica dovuta alla mancanza di energie e incapacità per sostenere o scaricare lo stress accumulato ("*burnout*" = "*bruciarsi*").



Fattori di rischio nelle organizzazioni

Nel 2000, l'**Agenzia Europea per la Salute e la Sicurezza sul Lavoro** ha stilato un elenco delle principali aree chiave a rischio stress all'interno di un'organizzazione.

Secondo questa tassonomia dei fattori stressogeni esistono due principali ambiti:



uno relativo al **contenuto del lavoro** (tutte quelle caratteristiche che fanno parte dell'attività svolta):

- **orari di lavoro** particolarmente pesanti (ad es. sui turni orari di lavoro rigidi, imprevedibili)
- **carichi di lavoro eccessivi** (assenza di pause), organizzazione del lavoro inadeguata rispetto alle competenze professionali
- **carenze infrastrutturali** del luogo di lavoro, come ad es. la scarsa illuminazione, temperature disagioli, scarse condizioni igieniche, spazi insufficienti



uno relativo al **contesto** in cui si svolge il lavoro (insieme delle variabili più attinenti all'organizzazione):

- ambiti legati a **cultura e funzione organizzativa** (problemi di comunicazione, scarsi livelli di sostegno e assenza di obiettivi professionali)
- ambiguità nella definizione della **carriera professionale** e del **ruolo all'interno dell'azienda**
- **mancanza di autonomia** relativamente alle responsabilità assegnate
- difficoltà nel gestire **rapporti interpersonali** sul luogo di lavoro



E dov'è la variabilità individuale??

Si è sostenuto (*Matrunola, 1996*) che certi tipi di posti di lavoro tendono a generare stress. Ad es. fornire costante cura tende a provocare elevati livelli di stress, affaticamento, irritazione e alterazioni dell'umore, che influenzano negativamente la qualità di vita del caregiver, così come la qualità delle cure fornite

(Jones e Peters, 1992 Novack e Chappell 1994, Baxter, 1997 Alexander e Klein, 2001 Boykin e Winland Brown, 2001 e Donne e Fagerber, 2006)

Ma è proprio così per tutti , allo stesso modo?

- Ognuno ha la propria storia
- Le sue capacità di adattamento e di *problem solving*
- Le sue caratteristiche di personalità e modalità di reazione agli eventi

Studio di Gandoy-Crego et al., 2009: "Personal determinants of burnout in nursing staff at geriatric centers"

(Archives of Gerontology and Geriatrics 48 (2009) 246–249)

L'obiettivo è quello di esplorare il ruolo delle **variabili di personalità** e dei valori motivazionali del personale infermieristico in ambito geriatrico



Presupposti

Anche se molti dei principali fattori che contribuiscono alla comparsa del *burnout* sono **esogeni** (come le controversie sul lavoro), è necessario prendere in considerazione anche fattori **endogeni** (caratteristiche personali), che dovrebbero essere studiati come moderatori nella comparsa di una sindrome da stress occupazionale.

La maggior parte delle definizioni della **personalità** concludono che «la personalità è ciò che consente la previsione di tendenze comportamentali stabili in situazioni diverse».

Può essere definita come «la combinazione di caratteristiche, tratti biologici o appresi di un individuo che sarebbero in grado di spiegare il comportamento osservato, manifesto» (Millon e Roger, 1998).

Dato che gli studi su questo argomento sono attualmente scarsi, l'obiettivo di questo studio è quello di determinare il livello di stress nel personale infermieristico operante nei centri geriatrici e di studiare la sua relazione con le caratteristiche legate al lavoro e con i fattori di personalità



Campione

42 infermieri professionali del Centro Residenziale «Concepción Arenal» a La Coruña e dal centro Residenziale di «Castro Riberas del Ea» (Lugo), entrambi nel Nord-ovest della Spagna

Strumenti

- Questionario atto a rilevare le principali caratteristiche socio-demografiche
- Maslach burnout inventory (MBI) (Maslach et al., 1996)
- Schwartz motivational values questionnaire
- Questionario di personalità “**Big Five**” (racchiude 5 grandi fattori della personalità lungo un continuum, in grado di spiegare le differenze individuali):

Polo positivo

Estroversione: emozionalità positiva e socialità

Amicalità: cortesia, altruismo e cooperatività

Responsabilità: scrupolosità, perseveranza, affidabilità, autodisciplina

Nevroticismo: stabilità emotiva, dominanza e sicurezza

Apertura al Cambiamento: creatività, anticonformismo ed originalità

Polo negativo

introversione (esser più presi dal proprio mondo interno che esterno);

ostilità, insensibilità ed indifferenza;

questo fattore contiene nel suo negativo gli aggettivi opposti;

vulnerabilità, insicurezza ed instabilità emotiva;

chiusura all'esperienza, conformismo, mancanza di creatività



Risultati

Non sono state trovate correlazioni significative tra le controversie professionali e il livello di stress, ma c'era una correlazione significativa tra lo stress e alcune variabili di personalità.

L'attuale studio dimostra che, contrariamente a quanto rilevato da altri autori (Gudbjorg et al., 2004), piuttosto che i conflitti sul posto di lavoro, sono le disposizioni di *coping* personali che predicano lo stress tra il personale assistenziale.

Non c'è dubbio che tutte le fonti di conflitto esaminate sono fonti di «stress situazionale», ma sembrano avere uno scarso effetto sullo stress a lungo termine o il *burnout*.

Un punto cruciale di questo studio è che mostra l'importanza delle variabili interne nella comparsa di stress tra i caregivers. Nello specifico:

- personale meno socievole (estroversione bassa) tende a soffrire di Emotional Fatigue,
- personale più nevrotico (nevroticismo alto) è meno efficiente nello svolgere il proprio lavoro,
- le persone con un alta prospettiva individualistica e ambizione, badano meno al benessere dei pazienti (in linea con uno studio di Drebing et al. (2002))



Per concludere:

1. Il personale infermieristico considerato in questo studio soffre di livelli di stress elevato, come rilevato in altri studi
2. Contrariamente a quanto ci si aspettava, non sono la tensione e le controversie a generare elevati livelli di stress
3. Esiste una relazione tra alcuni fattori di personalità e elevati valori di stress.



Quindi, potrebbe essere utile stilare un profilo del personale infermieristico o dei potenziali candidati per determinare chi sarebbe meglio in grado di lavorare in un istituto geriatrico per far meglio fronte allo stress. Questo profilo dovrebbe includere, come principio guida, un punteggio alto nel fattore della socialità (Estroversione) e punteggi bassi in Nevroticismo, così come punteggi bassi nello sviluppo personale (al Schwartz motivational values questionnaire)



Ma è proprio così???

Anche se la formazione sulla gestione dei conflitti è essenziale nell'affrontare i problemi quotidiani in un ambiente residenziale (Hillman et al., 2001, Drebing et al., 2002, Barbier, 2004 e Gandoy-Crego et al., 2004), e la formazione continua va incoraggiata (Poole e Mott, 2003), **sono necessari ulteriori approfondimenti riguardo a come aiutare il personale assistenziale nella gestione dello stress.**



Come trasformare lo stress in Resilienza?

La **resilienza** è la capacità di un sistema di adattarsi al cambiamento *(Wieland et al., 2013)*

Il termine "resilienza" in origine proveniva dalla metallurgia: la capacità di un metallo di resistere alle forze che vi vengono applicate.

In psicologia, la **resilienza** è la capacità di far fronte in maniera positiva a eventi «traumatici», di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà, di ricostruirsi restando sensibili alle opportunità positive che la vita offre, senza alienare la propria identità.

Stress  Resilienza

Se valori elevati di stress sono correlati anche a variabili individuali personologiche, bisognerebbe poter aiutare gli individui più «a rischio stress» per loro specifiche caratteristiche e modalità di reagire alle situazioni per renderli più resilienti



Che fare???



EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing

L'EMDR è una particolare forma di trattamento non farmacologica per la riduzione dello **stress** conseguente a eventi traumatici, riconosciuta a livello internazionale dall'OMS (*WHO, 2013*) e raccomandata da diverse linee guida come la Cochrane Review (*Bisson e Andrew, 2007*), accanto a CBT, come trattamento di eccellenza in caso di traumatizzazione psicologica e stress.

E' un approccio psicoterapeutico integrato con elementi procedurali compatibili con altri orientamenti (*Shapiro, 2001, 2002*)

Si basa su stimolazioni bilaterali. Gli studi su come i movimenti oculari (MO) o altri tipi di stimolazione bilaterale possano attivare i processi di elaborazione, si indirizzano su diverse ipotesi di ricerca:

- secondo alcuni ricercatori (*MacCulloch et al., 1996*) la stimolazione bilaterale avrebbe effetto sulla “Risposta di Orientamento” (osservabile con la rilevazione della conduttanza cutanea), riducendo significativamente il livello di *arousal*;
- secondo altri (*Shapiro, 1995; Arai e Lynch 1995*) i MO faciliterebbero i processi di distrazione nei confronti del trauma, quindi l'effetto della *dual focus attention* permetterebbe al paziente una esposizione dosata al materiale traumatico



Ma in cosa consiste l'EMDR?

Protocollo in 8 fasi

1. Storia del paziente
2. Preparazione del paziente e installazione del posto al sicuro
3. Assessment (CN, CP, VOC, Sud, sensazioni fisiche)
4. Desensibilizzazione (MO)
5. Installazione della CP
6. Scansione corporea
7. Chiusura
8. Rivalutazione



Il protocollo EMDR - IGTP

Nel 1997, a seguito di una terribile alluvione che colpì la costa messicana a causa dell'uragano Pauline, gli psicoterapeuti dell'unità di crisi hanno applicato l'EMDR ad un elevato numero di bambini coinvolti in tale tragedia. In questo contesto è nato il protocollo EMDR di gruppo, denominato **EMDR Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP)**, sviluppato per gli interventi precoci in caso di crisi (*Jarero et al., 2008; Jarero e Artigas, 2009*).

È simile a quello individuale: integra le 8 fasi di elaborazione (*Shapiro, 2001*) in un modello di terapia di gruppo.

Si focalizza sul ricordo dell'esperienza traumatica, ma al posto di verbalizzare il momento peggiore del ricordo dell'evento e le elaborazioni che avvengono successivamente attraverso la stimolazione bilaterale, si utilizzano il disegno e un'autostimolazione bilaterale tattile, che avviene attraverso "l'abbraccio della farfalla" (*Artigas e Jarero, 2014*), permettendo ad ogni partecipante del gruppo di beneficiare della propria stimolazione.

Quello che emerge durante le stimolazioni viene di volta in volta disegnato chiedendo sempre di scrivere anche il livello di disagio percepito (*subjective units of discomfort: SUDs*), per poterlo monitorare.

Con l'EMDR di gruppo si affrontano: il **passato** (focalizzandosi sulla parte peggiore del ricordo); i **triggers attuali** (le situazioni recenti che scatenano il disturbo), e il **futuro** (immaginando di riuscire ad affrontare con successo una situazione analoga a quella traumatica ormai rielaborata).



Ambiti di applicazione

L'osservazione clinica dell'efficacia dell'EMDR di gruppo nella risoluzione di traumi collettivi, ha portato a considerare altri contesti d'applicazione gruppale, in particolare due macro categorie di contesti applicativi:

- gr di persone che han vissuto lo stesso evento critico: catastrofi naturali (terremoti, alluvioni...) o provocate dall'uomo (attentati terroristici, maxi-incidenti, guerre,...), o eventi traumatici collettivi (suicidio di un ragazzo, omicidi, evento critico in un reparto ospedaliero...)
- gr di persone omogenee per analogia rispetto alla situazione: gr di soccorritori (polizia, 118, vigili del fuoco...), genitori di figli diversamente abili, pz oncologici, genitori adottivi, familiari e operatori di persone malate di Alzheimer.



In questo caso, chi assiste un pz con demenza, a causa della natura progressiva della malattia degenerativa, è esposto per un tempo prolungato a ripetuti e multipli eventi stressanti, aumentando il proprio rischio di sviluppare sintomi di PTSD rispetto agli individui che hanno vissuto un unico evento stressante (McFarlane, 1989; Uddo et al, 1996).

Ad es., il trauma iniziale della diagnosi per un parente, o l'averne alcuni specifici tratti di personalità per un operatore sanitario (Gandoy-Crego et al., 2009), può ridurre le risorse e capacità di *coping* di una persona nell'affrontare al meglio i fattori stressanti successivi (ad es. le manifestazioni cliniche della demenza in termini di BPSD -*Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*-), rendendo il caregiver a maggior rischio di sviluppo di sintomi di PTSD clinico o subclinico ogni volta che compaiono nuovi fattori di stress (Freedman et al., 1999)



Accumulo dello stress, che non viene mai scaricato... Che fare?

Protocollo EMDR-IGTP per:

- Operatori sanitari:
 - Caregiver:
- } Gr omogenei per analogia di situazione (assistere la stessa tipologia di pz)



PRELIMINARY RESULTS OF A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL ABOUT THE EFFECTIVENESS OF EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING INTEGRATIVE GROUP TREATMENT PROTOCOL (EMDR-IGTP) FOR THE REDUCTION OF PSYCHOLOGICAL DISTRESS IN CAREGIVER OF PATIENTS WITH DEMENTIA

Serena Passoni¹, Teresa Curinga¹, Alessio Toraldo², Manuela Berlingeri³, Isabel Fernandez⁴, Gabriella Bottini^{1,2}



1. Cognitive Neuropsychology Center, A.S.S.T Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, Milan, Italy

2. Department of Brain and Behavioural Sciences, University of Pavia, Italy

3. Psychology Department, University of Milano-Bicocca, Italy

4. E.M.D.R. Italy Association, Bovisio Masciago, Italy



Aims

To evaluate the effectiveness of the EMDR-IGTP in reducing caregivers' distress and caregivers' emotional symptoms compared to a control group.

Methods

The protocol combines the eight phases of the EMDR Individual Therapy Treatment in a group therapy model, that uses the Butterfly Hug (*Artigas & Jarero, 2014*), as a self-administered bilateral stimulation.

The EMDR-IGTP intervention consisting of 8 group sessions of 120 minutes each, once a week.

Study sample

Primary caregivers of patients with dementia (recruited at the Cognitive Neuropsychology Center of Niguarda). We initially recruited 19 caregivers, but 4 of them were excluded because they didn't meet inclusion criteria and 3 caregivers dropped out of the program. Thus, we have recruited **12** caregivers:

- **6** randomly assigned to the immediate group, and treated with EMDR-IGTP
- **6** allocated to the delayed group: they were in a waiting list.



Measures

Measures about caregiver distress symptoms were collected before (T0) and after the group treatment (T1), in a 2 months period.

- *Impact of Event Scale-Revised: IES-R* (Weiss, 1997): a 22-item self-report measure to assess subjective distress caused by traumatic events.
- *Caregiver Burden Inventory: CBI* (Novak et al., 1989): a multidimensional instrument to quantify burden. It includes five sections assessing different burden aspects:
 - Time-dependence Burden (items 1-5);
 - Developmental Burden (items 6-10);
 - Physical Burden (items 11-14);
 - Social Burden (items 15-19);
 - Emotional Burden (items 20-24).
- *Anxiety and Depression Scale-Reduced Form: AD-R* (Moroni et al., 2006): to assess the caregivers' psychological status.
- *Caregiver Need Assessment: CNA* (Moroni et al., 2008): to assess caregivers' needs related to care. Needs can also be studied through the two subscales:
 - "Needs of emotional and social support"
 - "Needs of information and communication"



Results 1

Socio-demographic characteristics

We will report preliminary findings from our study, which is part of a 3 year broader longitudinal research.

The 12 caregivers (11 females) were most often the spouses (N=9) or the sons/daughters (N=3) of the patients

Caregivers have been taking care of the patient for about 2 years (25.08 months: SD=17.04)

Nine caregivers were living with the patient, but most of them are involved in the care almost every day (mean=6.66 days per week, SD=1.15)

Most of them didn't receive any kind of help (N=6).

Mean age (years)	66.58 (± 11.78 ; range 47-85)
Sex of the caregivers	
- Female	11
- Male	1
Educational level, number of years	10.66 (± 4.27 ; range 5-18)
Caregivers' Kinship status	
- Spouse	9
- Son/daughter	3
Caring time, numbers of days per week	6.66 (± 1.15 ; range 3-7)
Caregivers' living status	
- With the patient	9
- Without the patient	3
Caring time, numbers of months from the diagnosis	25.08 (± 17.04 ; range 5-60)
Type of help received	
- No help	6
- By a relative	5
- By a formal carer	1

Table 1. Socio-demographic characteristics of caregivers



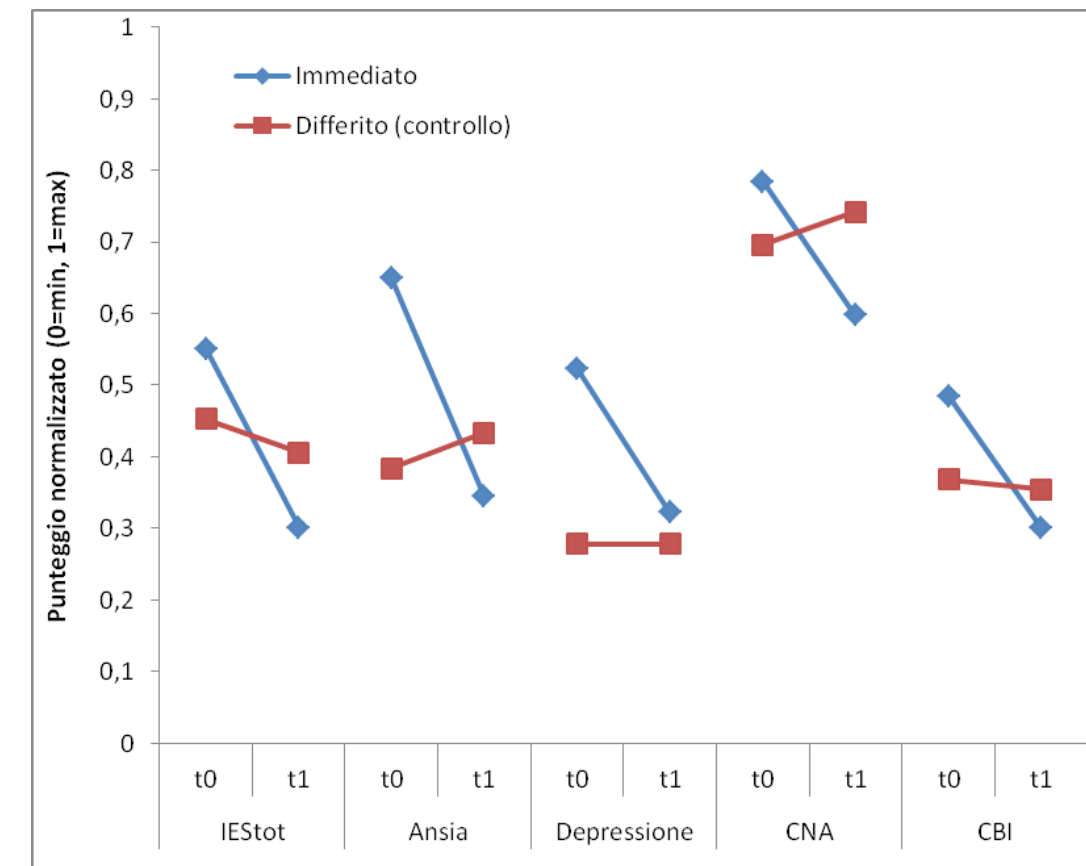
Results 2

Clinical indexes

A significant differential improvement in the EMDR-IGTP with respect to the control group in the expected direction was found in three out of five of the tested measures:

1. **Anxiety** (F=18.928, one-tailed $p < .001$),
2. **Depression** (F=4.091, one-tailed $p = .0355$)
3. **Burden** (F=4.111, one-tailed $p = .035$).

The other two scales, Impact of Event Scale-Revised and Caregiver Needs Assessment, led to one-tailed p-values of .053 and .077 respectively.



During the same period of two months, the control group did not show any significant variation.



Conclusions

In spite of a very small sample size (N=6 per group), our preliminary results witness a significant contribution of EMDR-IGTP to a reduction of anxiety, depression and burden in caregiver of people with dementia.

Nevertheless, we are aware that the main constraint of this study is the relatively small number of the investigated subjects: only larger samples will increase the robustness of the results and will allow us to confirm or disprove this promising pattern.