

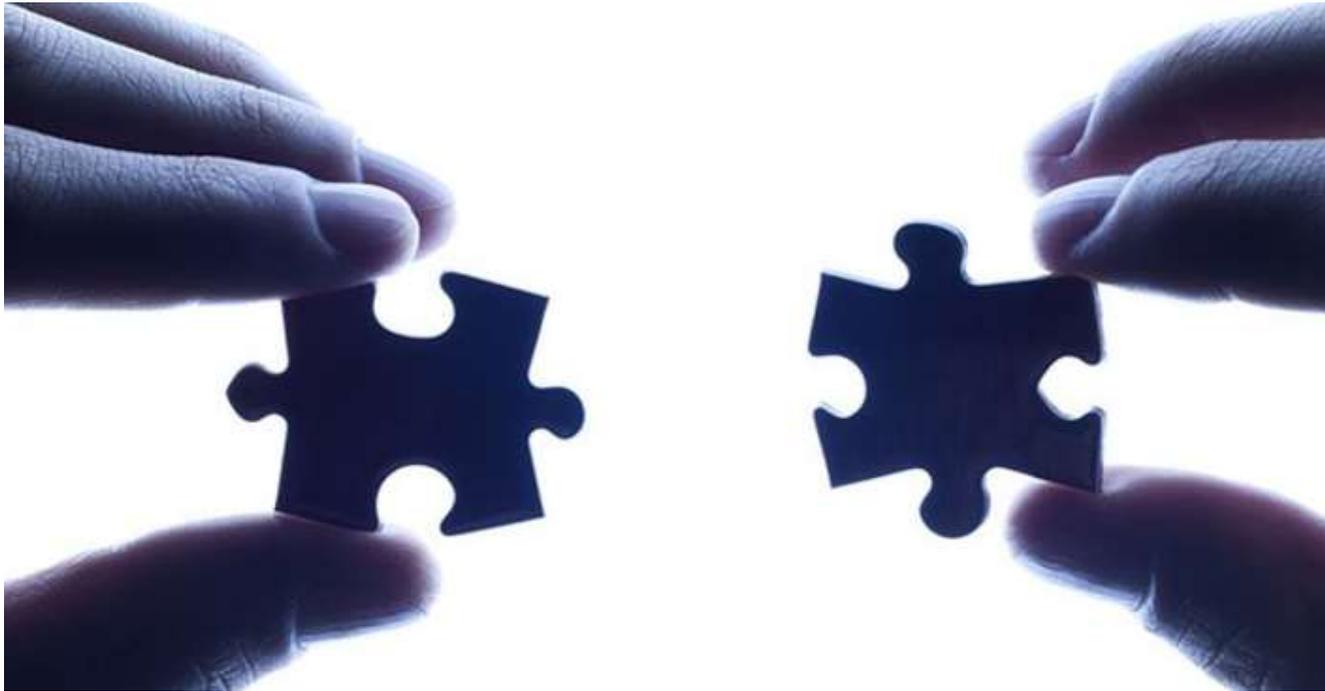
LUOGHI DI CURA E CURA DEI LUOGHI



La relazione terapeutica in un setting di gestione delle cure attraverso lo svolgimento dell'economia domestica



RELAZIONE



- Nessuna cura può realizzarsi se prima non si compie un gesto preliminare, che si esprime nell'entrare **in relazione** con l'altro sulla linea di una emozionalità condivisa

RELAZIONE TERAPEUTICA

- Rispetto e dignità di tutti (malati ed operatori sanitari)
- Professionalità del personale sanitario
- Rispetto degli spazi
- Capacità di negoziare: strumento che si può usare per tentare di ottenere la collaborazione dell'assistito, senza avere atteggiamenti impositivi, paternalistici o squalificanti
- Consentire di instaurare una relazione terapeutica, positiva, etica, sincera ed efficace



RELAZIONE TERAPEUTICA

- L'operatore sanitario deve lasciar emergere, accogliere le aspettative del malato, non presentare atteggiamento indifferente
- Non rispondere a comportamenti aggressivi con atteggiamenti oppositivi



ALLEANZA TERAPEUTICA

- Obiettivi condivisi
- Compiti reciproci
- Legame basato sulla fiducia e su rispetto

Laura Boella

Sentire l'altro

Conoscere e praticare
l'empatia

EMPATIA

- «L'empatia -- chiarisce Boella -- non si traduce nel provare lo stesso dolore, la stessa gioia [...], non consiste nel "sapere" cosa sente l'altro [...] non vuol dire gioire, soffrire insieme all'altra, all'altro, e nemmeno avere un'esatta nozione delle ragioni e delle cause del sentire altrui. Empatia vuol dire allargare la propria esperienza, renderla capace di accogliere il dolore, la gioia altrui, mantenendo la distinzione tra me e l'altro, l'altra. Empatia è "rendersi conto«" [...] (p. 24)».

- Laura Boella, *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006

IMPORTANZA AMBIENTE DOMESTICO

- In ogni trattamento terapeutico, ma anche in ogni autentico incontro, una parte importante in gioco è il **setting** (luogo), inteso come l'ambiente da cui si dà inizio alla condivisione del contesto intersoggettivo



SETTING: Casa



- La casa è un contenitore delle rappresentazioni delle persone, degli oggetti e delle loro interazioni
- Una casa , quando si è malati significa «vieni a curarmi dove io sto» e «dove non stanno le parole della medicina e tempo istituzionale»
- La casa è il luogo dell'anima che dovrebbe contenere e proteggere la nostra intimità

Caso clínico

- Seguito da ACD dal 2014
- Maschio
- 71 anni
- Religione cattolica
- Separato, in contatto telefonico sporadico con ex moglie
- Un figlio e nipotini con i quali non ha contatti
- Fratello che vive lontano
- Genitori deceduti



Caso clínico



- Sportivo
- Vive da solo, appartamento al terzo piano con ascensore
- Hobby

AUTONOMIA

- Si mobilizza e deambula autonomamente senza ausili
- Moto-munito, si sposta con scooter
- Autonomo per BADL quotidiane
- Autonomo per la contabilità e pagamenti



STATO DI COSCIENZA

- Orientato secondo i parametri di spazio e tempo
- Coerente nelle risposte



DIAGNOSI

- Schizofrenia paranoide in trattamento (documentata 1991/riferita 1965?)



Comorbilità

- Gastroenterite (2014)
- IRC multifattoriale: prerenale su disidratazione, renale farmacologica (diuretici) e post renale su ritenzione urinaria acuta (2014)
- Anemia nota attualmente stabile
- Appendicite trattata con appendicectomia

TERAPIA



- CLOPIN ECO 25 mg 0 - 0 - 0 - 2
- LEXOTANIL 3 mg 0 - 0 - 0 - 1
- ALDACTONE 25 mg 1 - 0 - 0 - 0
- ATORVASTATINE 20 mg 0 - 0 - 1 - 0
- KCL Retard 600 mg 0 - 0 - 1 - 0
- ALDACTONE 25 mg 1 - 0 - 0 - 0

- ENTUMINE 40 mg $\frac{1}{2}$ cp IR per la notte
- AKINETON Retard 4 mg 1 cp al bisogno

RISORSE

- Pasti a domicilio 6gg/7 gg
- ACD per igiene 1 gg/7 gg
- ACD per CS + preparazione th + glicemia 2gg/7gg
- ACD per ED 1,30 ore/15 giorni
- Medico psichiatra (in concomitanza con la visita dal MC)
- Medico curante (una volta al mese per prelievo ematico)
- Ex moglie (pochi rapporti, si limitano al contatto telefonico o a incontri occasionali)



SCHIZOFRENIA: Definizione

- Dal greco **schizo**: separare e **phrenie** : mente = mente divisa
- Indica un disturbo psichico che comporta disfunzioni cognitive, comportamentali ed emotive.
- Differentemente dal termine, la **schizofrenia** non implica alcuna “doppia personalità” ma è caratterizzata, secondo i criteri del DSM-5, da almeno **due dei sei** seguenti sintomi, ciascuno presente per una parte di tempo significativa durante un periodo di **un mese**.

DSM: Il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali* è uno dei sistemi per descrivere disturbi mentali più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella clinica che nella ricerca.

SCHIZOFRENIA: Sei Sintomi

1. **Illusioni / Fissazioni** (pensieri e credenze che non hanno riscontri di realtà)
2. **Allucinazioni** (immagini inesistenti o sente parole che, in realtà, nessuno ha pronunciato)
3. **Pensiero (e linguaggio) disorganizzato** (difficoltà a formulare frasi di senso compiuto e a esprimere ragionamenti dotati di filo logico)
4. **Disorganizzazione o anomalie del movimento** (movimenti disorganizzati, compiendo gesti non finalizzati e imprevedibili, per lo più non controllabili (agitazione motoria))
5. **Atteggiamento catatonico** (incapace di parlare, muoversi e rispondere)
6. **Sintomi negativi**

SCHIZOFRENIA: Sintomi Negativi

- Capacità che la maggior parte delle persone possiedono, ma che i pazienti schizofrenici sembrano aver perso
- **Affettività coartata** (riduzione dei sentimenti esternati)
- **Povertà di pensiero** (eloquio ridotto)
- **Isolamento sociale**
- **Appiattimento emotivo** (reazioni diminuiti o assenti)
- **Anedonia** (mancanza di piacere nella vita)
- **Apatia**

SCHIZOFRENIA: Sintomi Positivi

Questi sintomi rappresentano caratteristiche psicologiche che NON sono presenti nelle persone sane

- **Deliri** (di grandezza, di persecuzione)
- **Allucinazioni** (tattili, uditive, visive, olfattive e gustative),
- **Pensiero disorganizzato** (incoerenza, incapacità di concentrarsi, pensieri illogici)
- **Agitazione**



DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

- Secondo la classificazione del DSM, il disturbo ossessivo compulsivo, è un **disturbo d'ansia** caratterizzato dalla presenza di ossessioni e compulsioni.



DSM: Il Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali è uno dei sistemi per descrivere disturbi mentali più utilizzato da medici, psichiatri e psicologi di tutto il mondo, sia nella clinica che nella ricerca.

Disturbo Ossessivo Compulsivo

LE OSSESSIONI

- Sono idee, pensieri, impulsi o immagini che insorgono improvvisamente nella mente e che vengono percepiti come
- **Intrusivi**
 - la persona ha la sensazione che arrivano da soli e indipendenti dal flusso di pensieri che li precede
- **Fastidiosi**
 - la persona per il contenuto o per la frequenza accusa disagio
 -
- **Privi di senso**
 - la persona ha la sensazione che siano irrazionali, esagerati o comunque non giustificati o poco legati alla realtà presente.

LE OSSESSIONI

Esempi :

- “Potrei infettarmi con il virus HIV se tocco la porta del bagno della discoteca”
- “Non devo pensare al nome delle persone a cui voglio bene in ospedale, altrimenti potrebbero ammalarsi”
- “Se non controllo che tutti i file siano chiusi, qualcosa di brutto accadrà”

Disturbo Ossessivo Compulsivo

LE COMPULSIONI O RITUALI

- Azioni mentali e comportamentali che si manifestano in risposta alle ossessioni e che ne rappresentano un tentativo di soluzione.
- Seguite da un senso di sollievo dal disagio causato dalle ossessioni, seppure un sollievo solo temporaneo.

LE COMPULSIONI O RITUALI

Esempio

- Disinfettare spesso le mani o evitare di toccare le maniglie delle porte o portare i guanti, come risposta all'ossessione "le mie mani sono piene di germi pericolosi"
- Fare un preghiera in risposta all'ossessione "ho pensato un numero che porta male", a causa del timore che possa per propria responsabilità accadere qualcosa di negativo per sé o altri.

Disturbo Ossessivo Compulsivo

SOFFERENZA

- Sofferenza dipende anche dal fatto di rendersi conto della esagerazione o irrazionalità dei propri timori e dei propri comportamenti; questa consapevolezza spinge a contrastare ossessioni e compulsioni, con effetti che generalmente aggravano i sintomi e la sofferenza.

Esempio

Nel tentativo di evitare di sentirsi pazzo o ridicolo nell'alzarsi di notte a controllare la porta, ri-controlla ripetutamente la porta prima di andare a letto in modo preventivo, anche se dopo il primo controllo è già sicuro di averlo chiuso.

ECONOMIA DOMESTICA

- Il pz è seguito dal 2014
- La richiesta iniziale: 1 ora 30 min/7 gg, poi ridotto a 1 ora 30 min/15 gg su richiesta del paziente
- Ambiente: vive in un appartamento di 2,5 locali
- Ambiente non sporco, con presenza di parecchi oggetti
- Mobili spartani, costruiti dal paziente stesso, con espressione di soddisfazione

SVOLGIMENTO ECO. DOMESTICA

- Necessità di seguire le indicazioni dell'utente, in rispetto dei suoi rituali:
 - non prendere iniziative/chiedere/informare
 - aspirapolvere: prese della corrente
 - non toccare oggetti posti sul tavolo e non spostarli
 - pochissimo detersivo/odori
 - presenza del bastone vicino alla porta



PROBLEMATICHE RISCONTRATE

- Utente non partecipante
- Atteggiamento di supervisione
- Seguire solo le sue indicazioni/rituali \Rightarrow barriere/chiusura



STRATEGIE EFFETTUATE



- Rispetto dei rituali per promuovere compliance
- Rispetto del suo ambiente (e dei suoi oggetti) e della sua persona
- Relazione empatica
- Osservazione del pz e del suo spazio diversificata grazie alla durata dell'intervento
- Mantenere la fiducia dell'utente
- Continuità delle cure: azioni in rispetto degli obiettivi prestabiliti con l'équipe multidisciplinari

OBIETTIVI RAGGIUNTI



Obiettivo raggiunto:

- Il pz ha accettato gli aiuti da parte del servizio ACD, grazie ad una presa a carico personalizzata ed **in rispetto dei suoi spazi** e dei **suoi tempi** a delle nuove collaborazioni esterne, che si sono alternate, collaborando e comunicando in una dimensione di stretta rete, utile al mantenimento di una compliance sempre ricercata

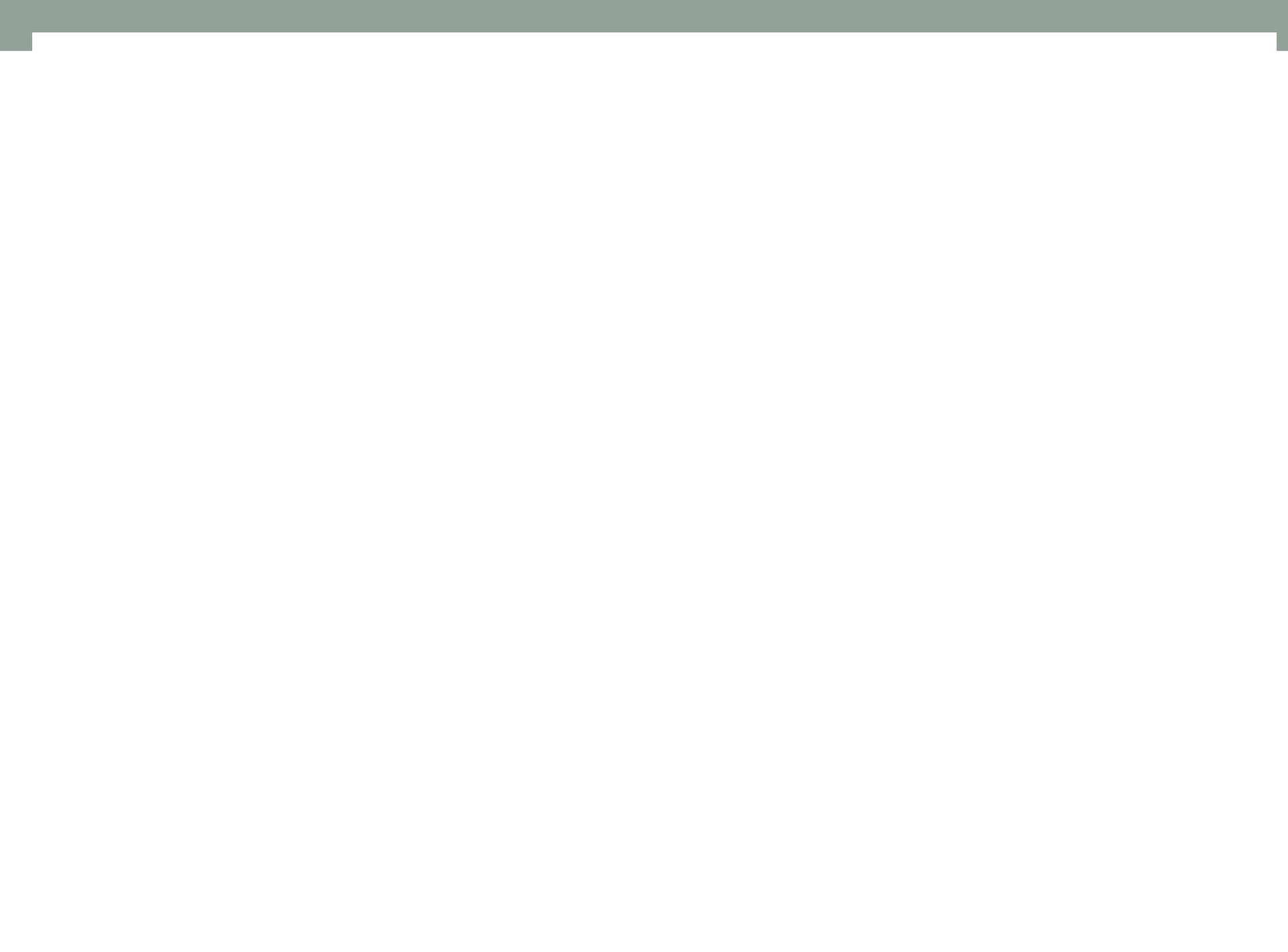


OBIETTIVI DA MANTENERE

Obiettivo da mantenere:

- L'operatore sanitario dovrà lasciar emergere ed accogliere i bisogni della persona, nel rispetto dei suoi tempi, facendo sentire sempre l'utente compreso, mantenendo un setting adeguato
- Il ruolo di tutti gli attori sanitari che intervengono nella gestione delle cure al paziente consentiranno di decodificare dei sintomi in bisogni reali, nel rispetto della persona, grazie ad **un lavoro di équipe multidisciplinare** in cui siano condivisi gli obiettivi ed una progettualità.





DOMANDE



- Se in futuro dovesse presentarsi una modifica nella presa a carico da proporre all'utente, quali strategie si potrebbero adottare?
- Quali comportamenti adottare per prevenire una destabilizzazione dell'equilibrio raggiunto dall'attuale presa in carico?

Bibliografia

- State of Mind: Il giornale delle scienze psicologiche
www.stateofmind.it/tag/schizofrenia/
- <http://www.harmoniamentis.it/cont/enciclopedia/contenuti/3776/schizofrenia-sintomi-diagnosi-della-schizofrenia.asp>
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- <http://www.stateofmind.it/2012/05/schizofrenia-antipsicotici/>
- <http://www.stateofmind.it/2015/12/schizofrenia-cbt-efficacia/>
- <http://www.stateofmind.it/2016/01/psicosi-esordio-psicotico-diagnosi/>
- <http://www.stateofmind.it/2015/12/schizofrenia-cellule-staminali/>
- <http://www.schizofrenia.net>
- <http://www.apc.it/pazienti-ossessivi/disturbo-ossessivo-compulsivo>
- <http://www.ipsico.it/sintomi-cura/disturbo-ossessivo-compulsivo/>
- www.stateofmind.it/tag/alleanza-terapeutica/

Bibliografia

- Silieci, S.M. (2004) Ospitalità supportata ed Eterofamigliare (O.S.e.E.): Quando la famiglia non è una famiglia. L'inserimento di persone con disturbi psichici in un processo riabilitativo ed evolutivo. In G. Aluffi e L. Cagnoni. Atti del 2° Convegno Nazionale sull'Inserimento Eterofamigliare Assistito di persone con disturbi psichici. Torino:ANS.
- Trautmann R. (2006). L'accoglienza familiare nell'esperienza tedesca di Ravensburg. In G. Bressaglia. Atti del 3° Convegno Nazionale e Rete Europea dell'inserimento Eterofamigliare di Adulti (IESA) (pp.55-60). Consigliano: Arti grafiche
- Laura Boella, *Sentire l'altro. Conoscere e praticare l'empatia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, 119 pp.,



GRAZIE PER L'ATTENZIONE