

# Mantenimento alleanza terapeutica con persone con disagio psichico.“

Formazione psichiatrica  
Aprile 2018 – Chiasso città

# Problematica:

- Compromissione della capacità comunicativa legato a patologia psichiatrica, correlate a difficoltà ad esprimere il proprio pensiero/emozioni e sentimenti; apatia e disinteresse rispetto alle cure.

# Alleanza terapeutica

- L'alleanza terapeutica, detta anche alleanza di lavoro, è la formula più usata in letteratura per indicare la capacità di paziente e terapeuta di sviluppare una relazione basata sulla fiducia, sul rispetto e sulla collaborazione.
- Il fine è quello di ad affrontare i problemi e le difficoltà del paziente.

Secondo Bordin (professore di psicologia - 1979)  
**l'alleanza terapeutica** è costituita da tre  
componenti:

- l'esplicita condivisione di obiettivi da parte di paziente e terapeuta;
- la chiara definizione di compiti reciproci all'inizio del trattamento;
- il tipo di legame affettivo che si costituisce fra i due, caratterizzato da fiducia e rispetto.

- **L'alleanza terapeutica** raggiunge qualità ottimali quando entrambi i membri della diade terapeutica sono cooperativi nel perseguire gli obiettivi condivisi, i compiti reciproci nella cornice del trattamento e il legame affettivo costituito da fiducia e rispetto.
- In questo caso, il sistema motivazionale che si attiva è quello cooperativo che manterrebbe salda **l'alleanza terapeutica**.

Secondo Baldoni (2008 - psicoterapeuta)

- la **relazione terapeutica** può configurarsi come una potenziale condizione di minaccia anche per il clinico e l'operatore, che si potrebbe trovare esposto a possibili frustrazioni narcisistiche, incapacità o difficoltà diagnostica, eventuali fallimenti terapeutici o anche a disorientamento e sofferenza emotiva conseguenti all'entrare in contatto con gli stati mentali del paziente.

- Secondo alcuni teorici, le emozioni del terapeuta possono essere utilizzate come informazioni sulle strutture cognitive del paziente.
- Abbiamo riscontrato che i sentimenti e le emozioni che dovessero nascere nell'operatore mentre ha in cura un paziente devono venir valutati come un sintomo importante della malattia del paziente.

(Balint e Balint, 1961)

- La stessa manifestazione psicopatologica di un paziente si modifica, aggravandosi o attenuandosi, in presenza di un tipo di intervento piuttosto che di un altro.

(LAI, 1973)

# Presentazione dell'utente

- Sig.ra del 1934 (84 anni), è nata in Toscana da genitori contadini. Ha una sorella che attualmente vive e abita in provincia di Genova.
- Ha frequentato le scuole fino alla 3 elementare.
- Il padre è morto quando lei aveva 10 anni. A seguito della perdita paterna si è trasferita dai nonni, dove ha svolto l'attività di contadina fino ai 17 anni.
- Successivamente si è trasferita a in centro Italia per svolgere lavori di pulizia nelle case. Attorno ai 23/25 anni è stata ricoverata per 4 mesi in una clinica psichiatrica a causa di uno scompenso psichico. Utente descrive con queste parole l'accaduto: “ sono andata fuori di testa e mi hanno mandato al manicomio”.
- A circa 25 anni raggiunge la madre, dove nel frattempo (la madre) si era rifatta una vita con un contadino del posto. Si ritrova con una sorellastra che attualmente vive nel nord italia e con la quale non vive dei buoni rapporti (l'utente è convinta che la sorellastra le abbia rubato dei soldi). Trova lavorare in fabbrica prima di sigari e poi di cerniere (in Ticino). La madre muore nel 2010.

# Ricoveri psichiatrici

- L'ultimo ricovero risale ad inizio febbraio 2016, di tipo volontario. Utente aveva infatti riferito di non sentirsi più in grado di restare a domicilio in autonomia e di voler entrare in una CpA. Rientrata al domicilio a inizio marzo 2016 (recuperata una certa stabilità psichica ed emotiva aveva espresso il desiderio di tornare a casa sua).
- Ricovero in modalità coatta nel 2014.

# Situazione domiciliare

- Il domicilio si presenta generalmente ordinato, con pochi mobili, povero di oggetti che riportano ad affetti (senza foto). La cucina e il bagno risultano più problematici in quanto datati e usurati. In bagno, appena sopra alla vasca è presente un boiler che limita gli spazi di movimento.
- Ambiente impregnato di fumo.
- Spesso i lavandini vengono trovati ingorgati in quanto utente vi getta avanzi di cibo e mozziconi di sigaretta.
- In cucina pochi alimenti, ma ben conservati.
- Utente mostra scarsa cura di sé, indossa abiti vecchi e trasandati (che fatica a cambiare).
- Utente non sempre indossa abbigliamento appropriato alla stagione (uso di pelliccia con temperature calde, non indossa calze in inverno).

# Presca a carico ACD

- Presca a carico da ACD da circa 15 anni inizialmente solo per ED e CS settimanale 1/7, interventi non sempre continuativi per rifiuto saltuario delle prestazioni e delle cure.
- 2013 (fine novembre) segnalazione MC ad ARP per peggioramento della situazione generale psico-fisica, rifiuto dei nostri interventi e delle cure in generale comprese visite mediche.
- 2014 presa a carico infermieristica specialistica (inf. psichiatrico) dopo ricovero coatto per scompenso psichico. Da gennaio 2014 gestione terapia ACD con passaggio serale per somministrazione. A fine anno introdotto Box medicinali per malgestione medicinali.
- 2016 ricovero volontario per scompenso psichico. Successivamente introduzione di th inalatoria con passaggio mattina e sera.
- 2017 (novembre) caduta accidentale fuori dal domicilio con frattura polso e parotite dx (ricovero dal 28.11.17 al 08.01.18).
- 2018 (gennaio) introdotto in aggiunta aiuto per doccia e lavaggio dei capelli 1/7.

# Difficoltà emerse alla presa a carico:

- Assenza di supporto informale.
- Difficoltà a reperire informazioni rispetto alla sua storia e al suo vissuto.
- A tratti caratterialità e opposizione ad interventi, rifiuto di risponde a domande.
- Apatia e disinteresse verso le cure e difficoltà a condividere obiettivi assistenziali.
- Difficoltà ad accettare nuove proposte.
- Chiusura emotiva nei confronti del personale.

- Atteggiamento passivo durante gli interventi, in particolare quelli infermieristici (iniziale scarsa compliance verso la th inalatoria).
- Rifiuto di aiuto per alcuni interventi (come bucato, vestizione).
- Inizialmente impossibilità ad accedere alla camera da letto e tutt'ora ad aprire gli armadi.
- Mancanza di suo feedback rispetto interventi/relazione con il personale.
- Scarsa criticità nei confronti della sua situazione e della realtà.

# Vissuto negativo dei colleghi

- Paura
- Umiliazione
- Ansia
- Inadeguatezza
- Frustrazione
- Demotivazione
- Angoscia
- Richiesta elevata di energie
- Sensazione di claustrofobia e soffocamento

# Vissuto positivo dei colleghi

- Soddisfazione
- Gratificazione
- Compassione
- Tenerezza
- Responsabilità (fiducia)

# Strategie per aumentare la compliance:

- Cercare di limitare la turnazione del personale e reinserire un inf.re di riferimento.
- Confronto e condivisione di informazioni, emozioni e consigli con operatori (esempio: A.S. di riferimento).
- Impostare la relazione sui fatti/atti e azioni e non sulla comunicazione verbale.

- Attendere il momento di un bisogno per conquistare la sua fiducia (facendo anche cose che esulano dal fare inf.co).
- Spiegare gli atti da svolgere.
- Cercare di lasciarle i suoi spazi, i suoi tempi e il suo silenzio.
- Evitare contatti fisici.

# Obiettivi raggiunti

- Maggiore accettazione delle cure (compresa igiene, mai accettata prima) e della turnazione del personale.
- Mimica facciale maggiormente distesa.
- Dialogo più fluido.
- Operatrici di ED riferiscono miglioramento della prestazione per accesso a spazi prima banditi (camera da letto).
- Fiducia alle operatrici ED per acquisto spesa.

# Obiettivi da raggiungere

- Mantenimento degli obiettivi raggiunti.
- Maggior fiducia con operatori di riferimento.
- Maggior compliance con operatrici di ED (bucato, cambio letto)
- Maggior compliance per igiene (cambio abiti).
- Maggior cura di se (parrucchiera, pedicure).
- Maggiori uscite con accompagnamento (operatrici ED – volontario)

**Allegati**

# Diagnosi

- schizofrenia paranoide
- BPCO
- ipercolesterolemia in trattamento

**" Nella psicosi cronica, l'assenza di emozioni, non significa mancanza di affetti. Al contrario, significa una grande affettività che soffre di essere.**



- Con l'immobilità affettiva e l'apatia gli psicotici cercano di evitare non solo la sofferenza, ma anche la capacità di godere.
- Lo psicotico è troppo fragile, troppo sensibile; deve dunque evitare ogni sentire.
- Paradossalmente il prezzo per esistere è non vivere la propria vita, congelare i propri affetti, paralizzare il proprio spazio mentale.

- Per coloro che lo circondano e che sono testimoni di un tale dramma, lo spettacolo della morte in vita risulta intollerabile.
- Infatti ciò che è intollerabile per l'altro (per lo psichiatra, per lo psicoanalista, e per la famiglia) è l'angoscia psicotica che inconsciamente viene distillata.
- Il vero specialista degli psicotici non è quello che capisce tutto, ma piuttosto quello che tollera di non capire quasi niente e che è capace di *respirare* il clima dell'angoscia psicotica.
- In queste condizioni diviene possibile una comprensione del *sentito*, apparentemente nascosto o troppo eloquente".

S.Resnik. nel suo libro "Glaciazioni"(2001)

# Terapia in uso:

- Ziprexa 10 mg 0-0-1-0
- Pantozol 20 mg 0-0-1-0
- Distraneurine 0-0-1-0
- Haldol 10 mg 0-0-0,5-0
- Stilnox 10 mg 0-0-0-1
- Paragar sciroppo 0-0-20 ml-0
- Atrovent 250/2ml 1-0-1-0
- Ventolin 5 gtt 5-0-5-0
- Remeron 30 mg 0-0-1-0

## IN RISERVA

- Dafalgan 1g max 3 volte/die se dolore

# Bibliografia e Sitografia:

- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)
- [www.psicoanalisi-pratica.com](http://www.psicoanalisi-pratica.com)
- [www.stateofmind.it](http://www.stateofmind.it)
- [www.elementidipsicologia.com](http://www.elementidipsicologia.com)