

**PSICHIATRIA**  
PERCHÉ PROVIAMO CIÒ CHE  
PROVIAMO, COME MI  
RELAZIONO, GESTISCO IL  
DISAGIO PSICHICO E VIVO LE  
POSSIBILI FRUSTRAZIONI?



# EMOZIONI

≠

# STATI D'ANIMO



*Stati mentali e fisiologici associati a:*

- *modificazioni psicofisiologiche*
- *esperienze soggettive*
- *comportamenti espressivi*

*generano*

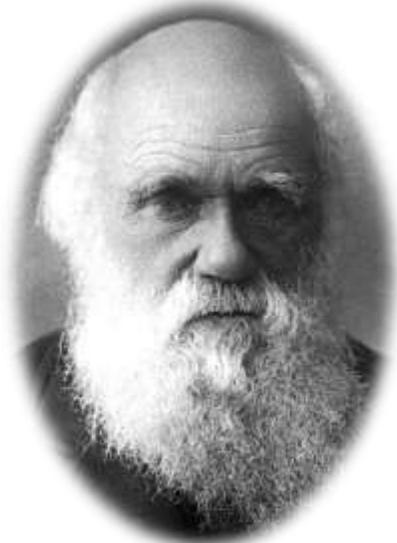


*Condizione psichica di un determinato momento della vita*



*Positivi*

*Negativi*



*Rendono più efficace la reazione dell'individuo a situazioni che necessitano di risposta immediata per la sopravvivenza*

*Charles Darwin*



# STATI D'ANIMO (IN AMBITO PSICHIATRICO)

IMBARAZZO

Imprevedibilità  
delle reazioni



DISAGIO

ANSIA

Nella  
relazione



SENSO DI IMPOTENZA

Nell'affrontare  
determinate  
situazioni



FRUSTRAZIONE

# STIGMA

***Significato originale:*** marchio impresso sul corpo di schiavi e malfattori

***Psicologia sociale:*** attribuzione di qualità negative ad una persona o ad un gruppo di persone, soprattutto rivolta alla loro condizione sociale e reputazione



## ***Psichiatria:***

marchio indelebile che caratterizza il malato psichico e si proietta sul gruppo sociale di appartenenza, rendendolo emarginato



# DISAGIO

Oggetto: Il disagio definizione = mancanza di agio, di comodità

Una condizione o situazione scomoda, spiacevole. Senso di imbarazzo e di impaccio.

Condizione di malessere, di inquietudine o di insoddisfazione. Una mancanza di qualche cosa di cui si ha bisogno. Proviamo ciò che proviamo perché il disagio è un sentimento umano e legittimo, che viene manifestato in situazioni quotidiane da ognuno di noi.

# MANIFESTAZIONE DEL DISAGIO

Lavorando a domicilio siamo sempre confrontati con varie forme di disagio. Ogni giorno lavoriamo in un ambiente diverso, lavorare a domicilio comporta una buona capacità di adattamento che ci permette di svolgere al meglio il nostro lavoro. Siamo esseri umani e proviamo diversi sentimenti, positivi e negativi, che dobbiamo saper gestire.

C'è chi manifesta il proprio disagio con una battuta sdrammatizzante, la risatina nervosa, il mancato contatto visivo, rossore al viso, imbarazzo, tensione e rigidità muscolare.

Il gestire la frustrazione provocata dal disagio è qualcosa che a volte risulta difficoltoso, dato che non è professionale mettere in atto certi atteggiamenti.



## **ESPERIENZA**

Sapersi  
avvicinare  
con il paziente  
in maniera  
adeguata

## **CONOSCENZA**

Affrontare  
meglio la  
situazione



## **TRANQUILLITA'**

Trasmettere  
senso di  
serenità ed  
accettazione al  
paziente

## **SICUREZZA**

Aumenta  
fiducia del  
paziente

**SORRISO + POSTURA RILASSATA**

**RAPPORTO PAZIENTE-OPERATORE**



**RAPPORTO PAZIENTE-PSICANALISTA**  
*(Freud)*



# ***FREUD***



## ***TRANSFERT***

*Processo di trasposizione inconsapevole, durante l'analisi e sulla persona dell'analista, di sentimenti e di emozioni che il soggetto ha avvertito in passato nei riguardi di persone importanti della sua infanzia.*

## ***CONTROTRANSFERT***

*Processo inconscio che permette all'analista di vivere fasi simbiotiche con i sentimenti e i ricordi del paziente*

# ***RAPPORTO PAZIENTE-OPERATORE***



**COMPrensione**



**DISTACCO  
EMOTIVO**

No coinvolgimenti  
personali

***Le idee migliori non  
vengono dalla ragione,  
ma da una lucida,  
visionaria follia.***  
**(Erasmus da Rotterdam)**



## **SITOGRAFIA:**

- Enciclopedia Treccani
- Rivista di psichiatria,  
<http://www.rivistadipsichiatria.it>
- Centro clinico De Sanctis, servizio di psichiatria e psicoterapia, <http://www.ccds.it/emozioni-stati-d-animo/>
- Saggio di Caterina Pettinato, mental coach, laureata in psicologia
- Società Psicoanalitica Italiana,  
<http://www.spiweb.it/elenco-voci-spipedia/5247-transfert>

# CASO CLINICO

# Storia di vita

- Nato in Ticino nel 1945.
- Vedovo, senza figli.
- Abita nel Mendrisiotto da 20 anni.
- Ha lavorato 42 anni in banca
- L'utente ha scelto di andare in prepensionamento
- Ha avuto uno stile di vita pieno di eccessi. Ha avuto una relazione extraconiugale durata 28 anni con la sig.ra X.

# Storia di vita

- ▶ La moglie, casalinga, dedicava tutto il suo tempo a: lavare, stirare, prendersi carico dell' economia domestica, rendere presentabile il marito per il lavoro, togliendogli di fatto l' autonomia nelle attività di vita quotidiana.
- ▶ La moglie si ammala di cancro.
- ▶ Il sig. X.X l'ha seguita fino all' ultimo giorno di vita interrompendo la relazione extraconiugale, per prendersi pienamente cura della moglie.
- ▶ La malattia prende il sopravvento nel luglio 2011.
- ▶ Dopo la morte della moglie, ha iniziato ad isolarsi e a fare abuso di alcol; riallaccia i contatti con la sua ex amante, però come amica che lo aiuta tutt'ora nelle attività quotidiane pur avendo un rapporto instabile e litigioso.

# DIAGNOSI PSI

- Sindrome ansioso-depressiva generalizzata con sindrome somatiforme: uso incongruo di benzodiazepine, pregresso abuso di OH.

# DIAGNOSI ATTIVE

- IRA su disidratazione
- Sindrome infiammatoria a partenza non chiara
- Malnutrizione di grado lieve

# ANTECEDENTI DIAGNOSTICI

- ITA
- Ernia iatale
- Broncopatia Cronica Enfisematosa su tabagismo attivo
- Diverticolosi del sigma di grado lieve

# TERAPIA

| MICROLAX           |   |   |   |   | (Clistere al bisogno)                 |
|--------------------|---|---|---|---|---------------------------------------|
| PANTOZOL 40 mg     | 1 |   |   |   |                                       |
| STILNOX CR 12.5 mg |   |   |   | 1 |                                       |
| PRAZINE 50 mg      |   |   |   | 3 |                                       |
| LYRICA 150 mg      | 1 | 1 | 1 |   |                                       |
| LESCOL             |   |   | 1 |   |                                       |
| PRADIF T RETARD    |   |   | 1 |   |                                       |
| DAFALGAN           |   |   |   |   | IN RISERVA SE ALGIE MAX 3 VOLTE AL DI |

|                    |       |  |  |   |  |
|--------------------|-------|--|--|---|--|
| VALVERDE           | 10 ml |  |  |   | + IN RISERVA<br>MAX 1<br>VOLTA/DIE, SE<br>STIPSI             |
| PRAZINE 25 mg      |       |  |  |   | IN RISERVA SE<br>ANSIA 1/2 cp.                               |
| IMODIUM<br>LINGUAL |       |  |  |   | IN CASO DI<br>ALVO<br>DIARROICO: 1<br>cp. ad ogni<br>scarica |
| CIPRALEX 10<br>mg  | 1     |  |  |   |  |
| DALMADORM 30<br>mg |       |  |  | 1 |  |
| BENERVA 300<br>mg  | 1     |  |  |   |  |
| BECOZYM<br>FORTE   | 1     |  |  |   |  |

|                              |       |  |  |  |   |
|------------------------------|-------|--|--|--|---|
| ACIDO FOLICO<br>STREUIL 5 mg | 1     |  |  |  |   |
| Paragol<br>Sciropo           | 20 ml |  |  |  | + IN RISERVA<br>MAX 1<br>VOLTA/DIE SE<br>STIPSI |

# PRESA IN CARICO ACD

Luglio 2013

Dimissione dalla clinica  
post ricovero di 4 mesi  
Diagnosi PSI: **ST. DEPRESSIVO.**

**ACD 7/7** igiene e vestizione,  
7/7 (m/s) ass.th 1/7 cs e PTH.

## RETE INFORMALE ALLA PRESA A CARICO

- COMPAGNA/AMICA Sig.ra X.
- Cugino= doppia presenza rete formale/informale MC.
- Cugina, sig. X= presente per visite di cortesia, necessità di trasporto e gestione ab di pratiche burocratiche.
- Rete amicale assente.
- Assenti altre persone/fig. a supporto

# PRESENTAZIONE UTENTE ALLA PRESA ACRICO ACD

7/2013

- Pensiero a tratti focalizzato sul proprio corpo ma facilmente contenibile se decentrato su altri aspetti della vita quotidiana.
- Richiedente di continue conferme/rassicurazioni sul proprio st. di salute.
- Richiede aiuto con finalità di compenso nelle cure igieniche= MOBILITA' conservata, no deficit funzionali.
- Buona accettazione da parte del servizio ACD

COMPAGNA/AMICA sig.ra Y:

- Presenza costante nel quotidiano.
- ED/bucato, accompagnamenti, ritiro farmaci, gestione finanziaria, preparazione pasti 7/7.

# Scenario - problematiche iniziali

GENNAIO 2014

## RAPPORTO CONFLITTUALE E AMBIVALENTE CON LA SIG.RA X.

- > spazio per la relazione a fronte dei litigi sempre più frequenti con la compagna e necessità di condivisione
- Richiesta di > supporto da parte di ACD in AVQ (in assenza di limiti funzionali): ritiro del pane al mattino con consegna al domicilio, richiesto lavaggio stoviglie e preparazione moka caffè .
- Condivisione con ACD della remunerazione economica che garantiva alla sig.ra X. con riferite minacce da parte della stessa nell'interrompere tale rapporto in assenza di tale compenso.

# ACD - PROGETTUALITA' INIZIALE

febbraio - maggio 2014

**ACD**

- MANTENIMENTO DI FEEDBACK COSTANTI CON IL MC
- Accompagnamento dell'ut. NELL'ACQUISIRE > SICUREZZA PERSONALE, RIDURRE IL COMPORTAMENTO DI FORTE DIPENDENZA ANCHE IN SEMPLICI ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA = Coinvolgimento nel lavaggio stoviglia, accompagnamento al PT per il ritiro del pane.
- GARANTIRE IL SUPPORTO NECESSARIO DI ACD a dipendenza della Presenza o meno della sig.ra X: attivazione ED, spesa (UT. HA DA SUBITO RIFIUTATO)
- Visite specialistiche con dottoressa (PSICHIATRA)

Proposto ricovero in CpA da parte della cugina con RIFUTO DELL'UT.

# SCENARIO - PROBLEMATICHE 2014

**MAGGIO 2014**

- **INTERRUZIONE** dei rapporti con la compagna: mantenimento solo di contatti telefonici nel corso dei mesi successivi .
- la cugina si inserisce a supporto per la gestione finanziaria
- attivazione sig.ra privata per ED.

**SETTEMBRE 2014:** Ricovero programmato -  
Dimissione volontaria dopo pochi giorni

**PEGGIORAMENTO ST. EMOTIVO-DIFFICOLTOSA GESTIONE DELL'UTENTE NELLA QUOTIDIANITA- INVOLUZIONE DELLA SITUAZIONE LEGATA ALLA RECENTE SEPARAZIONE DELL'UTENTE DALLA SIG,RA X:** stati ansiogeni in peggioramento con spunti d'angoscia.

**NOVEMBRE 2014:** Ricovero -  
RD 1/2015.

Presente nuovamente l'amica nella rete informale  
Ripresa fumo  
Stop rappresentanz amm.va da parte della cugina

# RUOLO DI ACD - PROGETTUALITA'

da gennaio - marzo 2015

MANTENIMENTO DI FEEDBACK COSTANTI CON IL MC E SPECIALISTA

# SCENARIO - PROBLEMATICHE OSSERVATE 2015



- Utente frettoloso nelle cure mostra il desiderio che gli interventi terminino il prima possibile.
- STOP INTERVENTI ACD PER CURE IG - attività gestita da sig.ra X.
- Osservata deflessione del tono dell'umore, ut. mutacico, disinteressato nella cura della propria persona e nell'ass.ne della terapia, stato d'ansia mal controllato.
- Sig.ra X. si sostituisce in tutte le AVQ minando alla progettualità di ACD.

# RICOVERI PER TENTAMEN MEDICAMENTOSI 2015

1° aprile 2015

2° maggio 2015= trasferimento clinica RD 8/2015. ACD BOX MEDICAMENTI DOMICILIO - CONSEGNA BLISTER GIORNALIERO

3° AGOSTO 2015= ACD DOPPIO PASSAGGIO PER SOMM.NE TH M/S

4° 25.8.2015= 6 TEMESTA NASCOSTE AL DOMICILIO.

5° 11/2015= ROTTURA BOX MEDICAMENTI- trasferimento con dimissione 5/12.

10/2015 RICHIESTO L'INTERVENTO DELL'ARP previsto in data 24/11.

## SCENARIO - PROBLEMATICHE OSSERVATE 2016

- Condizione di trascuratezza progressiva e ingravescente.
- Ut. apatico con atteggiamento sbrigativo nei confronti degli operatori
- Trascorre le giornate a letto, demotivato.
- Scarsa alimentazione e idratazione, rifiuta monitoraggio peso, osservato dimagrimento e ipotensione.
- Allontanamento della sig.ra X. dal domicilio.
- rifiuto aiuto per cure di base, UTENTE VISIBILMENTE SPORCO
- ambiente abitativo sempre più trascurato, locali non areati, aria pesante
- rifiuto assistenza della th in presenza degli operatori.
- Disinteresse relazionale con gli operatori, mutacico.
- assenza di pertinenza e veridicità delle informazioni date.

# RUOLO DI ACD - PROGETTUALITA'

Settembre 2016 - Gennaio 2017



## LAVORO DI RETE

Richiesta per una perizia psichiatrica al domicilio coinvolgimento medico psi e infermiere psi.

- Accettazione dell'utente di un intervento integrato con visite domiciliari a cadenza regolare 1/7 da inf. psi ed inf. referente di zona ACD = PRESA A CARICO DI RETE.
- Accettazione di eseguire le cure d'igiene e accompagnamento dal parrucchiere con miglioramento del proprio confort/immagine = AMICA.
- Talvolta, accettazione dell'assunzione della Th in presenza degli op. ACD.
- Alimentazione e idratazione maggiormente regolari
- Riferito e osservato un miglioramento dello stato psico/fisico generale

# Manifestazioni/problematiche psico-fisiche 2013 - 2017

Insonnia

Agitazione

Eruttazioni

Sudorazione profusa

Allucinazioni uditive (?)

Stipsi

Capogiri

Pensiero focalizzato su corpo in assenza di segni/sintomi alterati

Angoscia

Scorrimento emotivo

Tremori diffusi

Equilibrio instabile

Pensiero accelerato

Cadute recidivanti

**PERCHE'  
PROVIAMO CIO'  
CHE PROVIAMO?**

Osservanza "passiva"  
di un cambiamento  
radicale rispetto  
alla presa a carico

Sentirsi impotenti di fronte  
a una condizione che coinvolge  
nel tempo

Impatto simbolico ed  
emotivo di un evento  
di tentamen medicamentoso

Peggioramenti post ricoveri

Non riuscire a far chiarezza  
nei rapporti informali che  
determinano la causa  
principale del disagio  
psico-somatico

Paura del soggiacente rischio  
di un gesto estremo

Assenza di una sorveglianza  
farmacologica

Raccolta dati  
difficoltosa e  
poco oggettiva.

Non riuscire ad assicurare l'aiuto  
necessario per il soddisfacimento  
dei bisogni.

Non trovare la strategia appropriata per  
individuare un canale relazionale  
adeguato.

Dare la giusta lettura e il giusto  
peso a problematiche fisiche  
verbalizzate dall'utente, spesso  
di dubbia veridicità

# STRATEGIE ADOTTATE PER FAR FRONTE ALLA FRUSTRAZIONE/GESTIONE DEL DISAGIO PSICHICO

- Cambiamento nella formulazione di obiettivi con diverse finalità e diverse tempistiche di rivalutazione, da medio-lungo termine a BREVE TERMINE.
- Considerare il raggiungimento di piccoli miglioramenti delle grandi conquiste.
- Affinare le capacità d'ascolto e di osservazione: cogliere/considerare lo scambio relazionale anche nella COMUNICAZIONE NON VERBALE.
- Condivisione delle emozioni provate in equipe in occasione delle riunioni cliniche settimanali.
- Progettualità condivisa - integrazione nella presa a carico dell'ut. degli specialisti clinici attivi in ACD.
- Ricerca di un supporto nella rete formale: ricerca di un valore aggiunto nell'expertise di MC, medico psichiatra/infermiere psi con accompagnamenti e visite domiciliari a cadenza regolare.

**” Vivere per i risultati significherebbe condannare me stesso ad una continua frustrazione. La mia sola ricompensa certa è nelle mie azioni e non nei risultati.”**

Hugh Prather

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

EQUIPE CENTRALE, SOTTOZONA MONTAGNA