

“Perché proviamo ciò  
che proviamo. Come mi  
relaziono e gestisco il  
disagio psichico.”

Formazione psichiatrica  
Settembre 2017



- Le emozioni sono meccanismi disponibili all'organismo per adattarsi alle continue sollecitazioni ambientali.

- In psicologia le emozioni sono spesso definite come uno stato complesso di sentimenti che si traducono in cambiamenti fisici e psicologici che influenzano il pensiero e il comportamento.
- Le emozioni sono descrivibili come un processo affettivo caratterizzato da sensazioni di piacere/dispiacere con risposte di riavvicinamento o allontanamento e con una valutazione positiva o negativa dell'evento.

## Lo scopo delle emozioni:

- Attivano o inibiscono il comportamento.
- Incorrono nella risoluzione di problematiche.
- Sono una via di comunicazione verso gli altri.

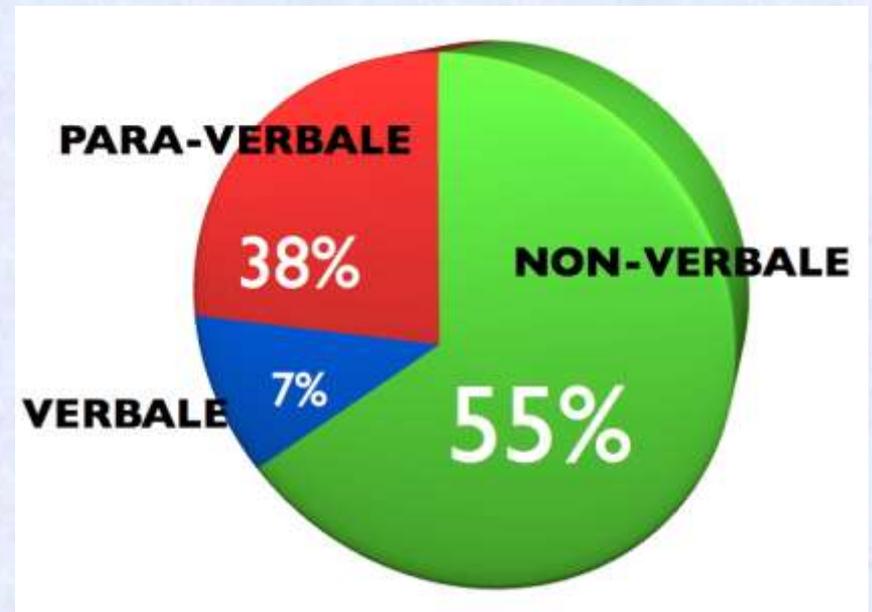
- Non si può NON comunicare. Tutto il comportamento è comunicazione.



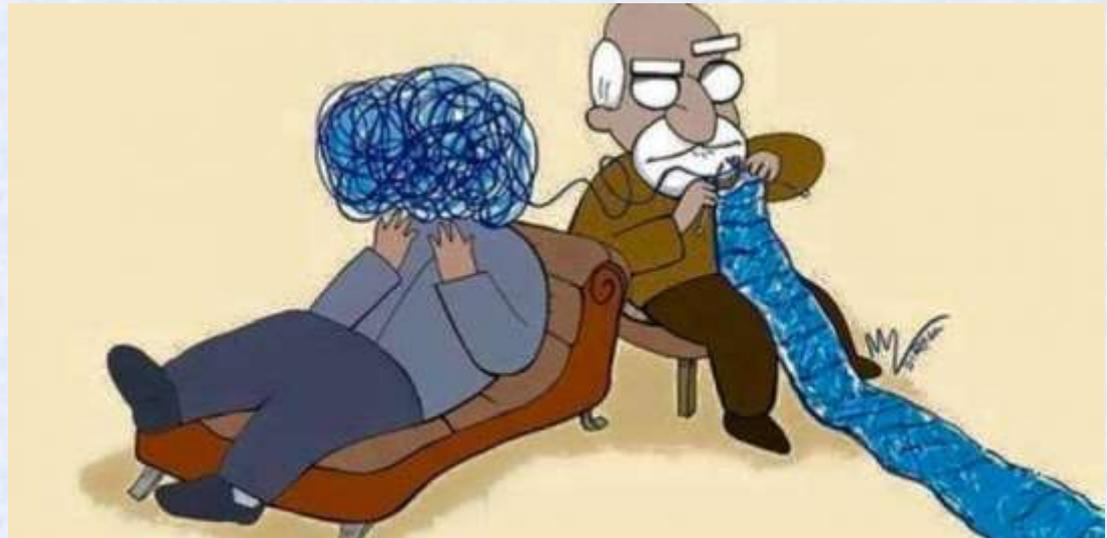
# La comunicazione verbale e non verbale

La comunicazione è composta da due elementi:

- Il contenuto del messaggio e la forma del messaggio determinata dagli aspetti paraverbali (il tono, il volume della voce, il ritmo ) e da quelli non verbali (il linguaggio del corpo: gesti e movimenti, mimica facciale e le posture).



- La relazione umana è l'incontro reciproco di conoscenza dell'altro ed autoconoscenza. Comprende sempre uno scambio reciproco.
- Transfert e controtransfert sono un ponte attraverso il quale le idee e le sensazioni fluiscono tra due persone.



- Il transfert è un meccanismo mentale inconsapevole per il quale l'individuo (il paziente) tende a spostare schemi di sentimenti, emozioni e pensieri provate in passato in una relazione interpersonale con figure significative dell'infanzia ad un'altra persona (il curante). In questo processo inconscio, il paziente non percepisce le origini del transfert stesso.
- Il transfert può essere positivo, negativo o ambivalente.

- Il controtransfert è una reazione immediata emotiva ed affettiva al transfert del paziente da parte del curante.
- È tutto ciò che il curatore prova nei confronti del paziente. Tutto ciò che egli pensa che il paziente provi per lui.

# Presentazione dell'utente

- Sig.ra X.X. del 1938 (79 anni) – nata nel sud Italia, non ha effettuato le scuole, si è trasferita in Svizzera all'età di 18 anni - sposata in giovane età; hanno avuto due figli: la figlia è deceduta in giovane età a causa di una patologia tumorale – marito deceduto dopo la morte della figlia. Il figlio vive con l'utente, ma non può essere considerata una completa risorsa (dal lunedì al venerdì durante il giorno assente per il lavoro) – fornisce aiuto per spesa e accompagnamenti.
- Ha lavorato sempre come operaia.
- Seguita da ACD da maggio 2015 in seguito a segnalazione ospedaliera per anemizzazione acuta su sanguinamento gastrico, esofagite, malnutrizione e IVU e IRC.

- Utente ritiene il suo stato di salute “non ottimale” in quanto è anziana, con dolori e preoccupazioni varie. Per mantenere la sua salute non ha mai fumato, bevuto alcolici e non ha mai frequentato i bar (spesso ripete: “non capisco quelle donne che passano tutto il pomeriggio al bar come fanno a tenere la casa pulita”).
- Le sue risorse per il mantenimento della sua salute sono non lamentarsi e mantenersi attiva nelle faccende domestiche.

- Durante il giorno, svolge ripetutamente pulizie e bucato, ma questi atti risultano sempre inconcludenti e afinalistici.
- Esce in autonomia senza ausili per piccola spesa e pagamenti.

# Sostegno formale:

- Medico curante.
- Assistente Sociale (curatrice amministrativa).
- CD
- ACD

# Situazione abitativa e condizioni igieniche:

- Il domicilio si presentava molto caotico (con diversi oggetti in disordine) e sporco.
- In particolare la cucina era piena di alimenti scaduti, non correttamente conservati (con conseguenti intossicazioni alimentari).
- Le condizioni igieniche dell'utente erano scarse e precarie (uso di abbigliamento vecchio, rotto e inadeguato).
- Effettuava il bagno in mancanza di sicurezza e ausili.
- Al domicilio non era presente la lavatrice (adesso presente in casa), di conseguenza lavava tutto a mano, senza uso di guanti (con formazione di ragadi alle mani).
- Mancava la luce in bagno e in corridoio.

## **Interventi alla presa a carico:**

- Somministrazione terapia 5/7
- Calze elastiche/bendaggi elastici 5/7
- 1/7 CS e preparazione th

## **Attuali interventi programmati:**

- Economia domestica 2/7 per pulizia appartamento, stirare e rammendare.
- Igiene completa 2/7 compreso aiuto per vestizione e 1/7 cura dei capelli.
- CS 3/7, preparazione della terapia, somministrazione quotidiana della terapia orale con un unico passaggio al mattino, somministrazione della terapia antispicotica (Risperdal Depot) ogni 4 settimane.
- Passaggio quotidiano per posa bendaggio elastico 7/7.

- Frequentazione al CD
- Migliorie su sicurezza ambientale: con uso di asse da bagno, maniglia da muro, acquisto di scarpe ortopediche chiuse, migliorie illuminazione.
- Attivazione servizio podologa 1v/mese presso CD per problematica formazione callosità a livello della pianta del piede (con conseguente miglioramento della sintomatologia dolorosa).
- Acquisto di nuovo plantare per migliorare scarico peso corporeo.

# Difficoltà emerse alla presa a carico:

- Aggressività verso il personale al primo approccio.
- Comportamenti aggressivi a livello verbale e fisico
- Imposizione al personale di non utilizzare disinfettante per mani e/o guanti.

- Imprevedibilità delle sue reazioni e del suo umore.
- Scarsa compliance al progetto di cura (in particolare per attività igieniche ed economia domestica).
- Difficoltà ad accettare nuove proposte.
- Difficoltà a toccare il suo corpo e i suoi oggetti.
- Impossibilità ad accedere alle camere da letto, impedendo quindi anche l'attività di economia domestica.
- Difficoltà se orari delle visite sovrapposte (troppa gente insieme al domicilio).

- Deficit della memoria a breve termine e decadimento cognitivo.
- Aspetto culturale: utente non ha scolarità – riferisce che i figli gli hanno insegnato una minima base per leggere e scrivere / cultura del pudore.
- Scarsa integrazione legata alle sue radici
- Atteggiamento scontroso (percepito dal personale come una maschera di fragilità e disagio).
- Acritica rispetto i suoi limiti e le sue capacità.

# Vissuto dei colleghi

- Paura
- Umiliazione
- Ansia
- Inadeguatezza
- Frustrazione
- Demotivazione
- Richiesta elevata di energie

# Vissuto dei colleghi

- Tenerezza
- Soddisfazione
- Simpatia
- Comprensione
- Solidarietà

# Strategie per aumentare la compliance:

- Brioches alla crema/dolciumi.
- Dialogo al fine di distrarla rispetto all'attività che si sta svolgendo.
- Agganciarsi ai suoi discorsi cercando empatia con situazioni analoghe vissute dagli operatori.
- Nominare medico curante e inf.re di riferimento come monito al mantenimento di atteggiamenti più adeguati.

- Spiegare gli atti da svolgere.
- Cercare di lasciarle i suoi spazi, evitando i contatti fisici dove è possibile (situazione più complessa nelle cure igieniche).
- Ripetere in maniera calma e sicura le cose ogni volta che le richiede.
- Appena si entra in casa lasciarle qualche minuto prima e attendere che sia lei a iniziare la relazione.
- Utilizzare il disinfettante per le mani prima di entrare al domicilio.

**Allegati**

# Terapia in uso:

- Pantozol 20mg 1-0-0-0
- Lasilacton 50mg ½-0-0-0
- Acido folico 5mg 1-0-0-0 il mercoledì
- Vitamine D3 Wild 500 E.I./gtt 15gtt il mercoledì
- Risperdal Consta 37.5mg IM ogni 4 settimane
  
- Dafalgan 1gr in riserva se dolore – max 2cp/die
- Laxoberon gtt in riserva se stipsi – max 10gtt/die

# Diagnosi

- Decadimento cognitivo
- Sindrome depressiva
- Stato confusionale iperattivo
- Anemia microcitaria ipocromica di origine gastrointestinale su ulcera gastrica es esofagite herpetica
- Insufficienza renale cronica
- Malnutrizione proteico-calorica severa
- IVU recidivanti
- Prolasso anale

# 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)
- Il significato delle emozioni: una teoria cognitiva e un'analisi semantica (PN Johnson-Laird; K. Oatley)
- [www.elementidipsicologia.com](http://www.elementidipsicologia.com)