



LA SOLITUDINE DEL PAZIENTE PSICHICO

Formazione psichiatrica

29 novembre 2016

SOLITUDINE

SO · LI · TÙ · DI · NE /
SOSTANTIVO FEMMINILE

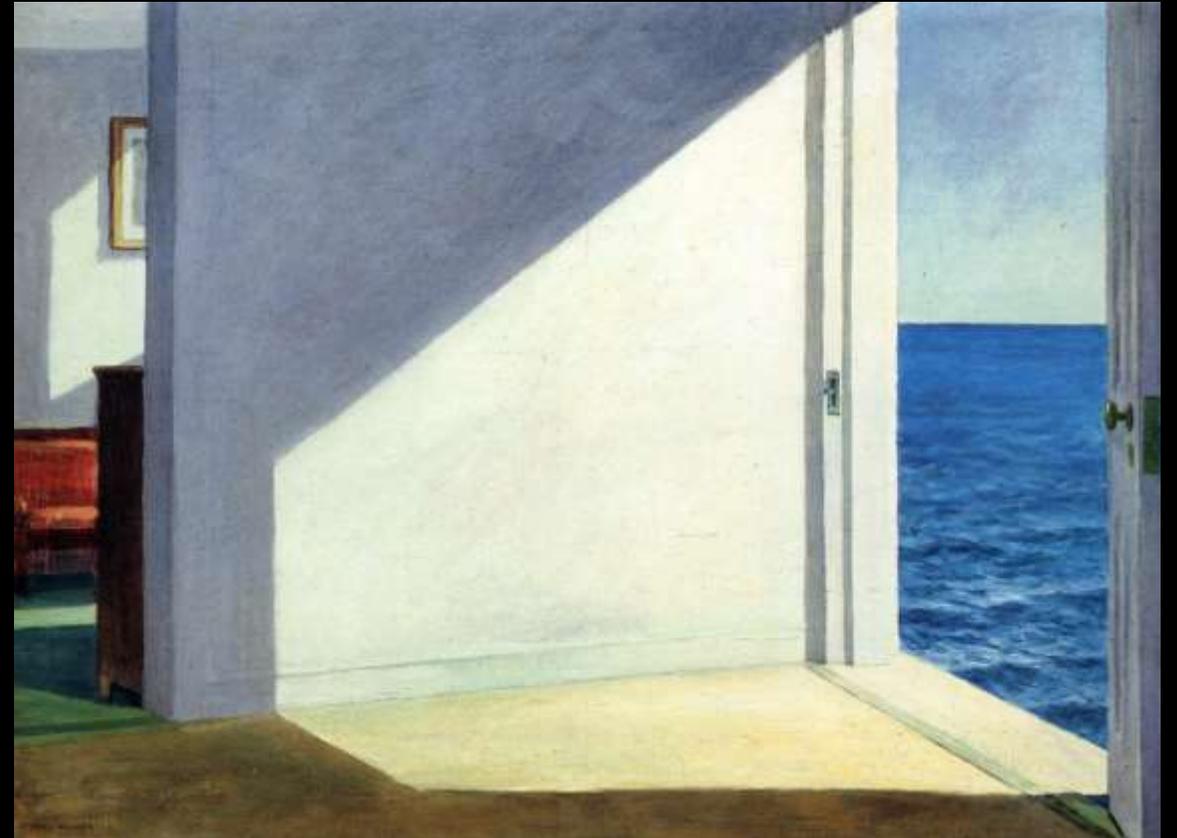
1.

ESCLUSIONE DA OGNI RAPPORTO DI PRESENZA O VICINANZA ALTRUI (VIVERE IN S.) DESIDERATO O RICERCATO COME MOTIVO DI PACE O DI RACCOLTA INTIMITÀ (CERCARE LA S.), OPPURE SOFFERTO IN CONSEGUENZA DI UNA TOTALE MANCANZA D'AFFETTI, DI SOSTEGNO E DI CONFORTO (SENTIRE IL PESO DELLA S.).

2.

AMBIENTE O SPAZIO INABITATO E DESERTO, CON UN SENSO DI INOSPITALE O SCONFINATA VASTITÀ (LE S. OCEANICHE).

DIPINTO: ROOM BY THE SEA DI EDWARD HOPPER



LA SOLITUDINE

La solitudine è una condizione ed un sentimento umano nella quale l'individuo si isola per scelta propria (se di indole solitaria), per vicende personali ed accidentali di vita o perché isolato od ostracizzato dagli altri esseri umani, generando un rapporto (non sempre) privilegiato con sé stesso.

Animale sociale per definizione, l'uomo anche in condizioni di solitudine è coinvolto sempre in un intimo dialogo con gli altri. Quindi più che alla socialità la solitudine si oppone alla socievolezza. Talvolta è il prodotto della timidezza e/o dell'apatia, talaltra di una scelta consapevole.

In lingua inglese il concetto viene espresso con due differenti vocaboli "solitude" e "loneliness" che si riferiscono rispettivamente al piacere ed al dolore provati in condizione di esclusione.

LA SOLITUDINE

ASPETTI

- PSICOLOGICAMENTE ci riporta alla parola "separare" composta da "SE" e "PARARE" condizione iniziata dalla nascita riconosciuta come prima esperienza umana e di unicità individuale.
- SOCIALMENTE ha una valenza negativa in cui vengono identificate persone sole od abbandonate
- NEUROFISIOLOGICAMENTE l'isolamento sociale e/o emotivo aumenta la percezione di minaccia e vigilanza, i sentimenti di vulnerabilità di conseguenza il rischio di ammalarsi.



La solitudine di chi vive un'esperienza psicotica

in letteratura ha diverse interpretazioni. Il soggetto per uscire dalla sua solitudine, spesso, si pone nella condizione di comunicare con l'altro attraverso il canale dei sintomi manifestati che attendono di essere decodificati.

Compito della rete (medici, infermieri, operatori sanitari in genere, ecc.) che lo segue sarà imparare a decodificare tali sintomi, mostrando di essere disposti ad accoglierlo evitando così che il soggetto rischi definitivamente di evadere dalla realtà.

I DISTURBI PARANOIDI

Il termine "paránoia" dal greco composto da "parà" e "nous" significa letteralmente "prossimo alla mente" nel senso di "fuori dalla mente" e indica un sistema di idee o convinzioni che si discostano dalla realtà.

Kraepelin, a fine '800, fu il primo ad introdurre il termine per descrivere ogni tipo di disturbo mentale caratterizzato solo o soprattutto dalla presenza di un sistema di credenze illusorie e deviate che, in quanto tali, **alterano la percezione della realtà del soggetto**.

La personalità paranoide, nel 1942, entrò nella nomenclatura psichiatrica ufficiale americana (DSM Statistical Manual for the use of hospital for mental deseases). Successivamente, nel 1968, con la pubblicazione del DSM-II vengono definite le caratteristiche utilizzate per descrivere questo disturbo "ipersensibilità, rigidità, esagerata sospettosità, gelosia, invidia, eccessiva importanza di sé, tendenza a biasimare gli altri e ad attribuire loro malevole intenzioni".

SINDROME DELIRANTE PERSISTENTE

- Deve essere presente un delirio o un insieme di deliri tra loro collegati. Gli esempi più comuni sono rappresentati dai deliri persecutori, di grandezza, ipocondriaci, di gelosia od erotici.
- Il delirio od i deliri sopra indicati devono essere presenti da almeno 3 mesi.
- Possono essere presenti intermittenemente sintomi depressivi.



L'epidemiologia del disturbo paranoide di personalità è, però, ancora incerta a causa dell'eterogeneità delle metodiche e dei criteri utilizzati. L'incidenza del disturbo sembra collocarsi tra il 2,3% ed il 4,4% della popolazione generale e ad essere più colpiti sembrano i soggetti di sesso maschile. È possibile l'insorgere del disturbo durante l'adolescenza ma il periodo più frequente di manifestazione è tra i 40 ed i 50 anni.

ANAMNESI

- X.X. nasce all'estero nel 1930. L'utente racconta con piacere i ricordi della mamma (casalinga amorevole) mentre non accenna a parlare del padre. Vive un'infanzia felice nel paese nativo nonostante gli anni della guerra. X.X. è terzo di una fratria di maschi. L'ultimo fratello è deceduto non tanto tempo fa. Ora mantiene contatti solo con la cognata, sorella della moglie che vive lontano.
- L'utente racconta con orgoglio e piacere gli anni di attività militare in quanto riconosciuto ed apprezzato dai suoi compagni. Dopo 2 anni viene congedato e già durante questo periodo viene ricoverato in ospedale (probabilmente per turbe psichiche).
- A 18 anni, una volta congedato, decide di tornare con i genitori ma a breve tempo riceve una proposta di lavoro in Svizzera. Lì conosce la moglie; la coppia si sposa e nonostante il desiderio di avere dei figli purtroppo questi non arrivano.
- Si trasferiscono in Ticino e per una ventina d'anni ci lavorano.
- X.X. parla poco della moglie e dei momenti passati insieme ma riferisce di aver avuto una relazione bellissima con lei. Racconta volentieri delle vacanze passate insieme.
- La moglie muore di cancro negli anni '90. X.X. tiene gelosamente sul comodino le foto delle donne più importanti della sua vita: la mamma e la moglie.
- Da questo momento l'utente vive solo in casa.

ANAMNESI PSICHIATRICA

- Dalla morte della moglie inizia a presentare problemi di salute a livello psichico, sviluppando un delirio di negazione della morte del coniuge ed un isolamento sociale.
- Viene ricoverato per la prima volta coattivamente, per una forte agitazione psicomotoria ed idee deliranti. Viene dimesso dopo pochi giorni.
- Viene ricoverato in clinica una seconda volta per il riacutizzarsi dei sintomi psicotici, l'isolamento sociale e l'incapacità di curare sé stesso. Emergono molte idee deliranti a sfondo persecutorio, spesso incentrate sui problemi di successione della casa. Da quel momento viene agganciato ai servizi territoriali ed introdotta una farmacoterapia antipsicotica.
- Avviene il terzo ricovero coatto di 4 mesi; nel corso dei successivi anni viene assegnato un tutore, costruita una rete terapeutica più solida per la presa a carico domiciliare, introducendo una badante ed il nostro servizio.
- Nel 2011 viene ricoverato per una prostatite e poi trasferito volontariamente in psico-geriatria; per il rientro a casa viene aggiunto il supporto di una badante presente 5 giorni a settimana e tuttora attiva.
- Al rientro al domicilio, dall'ultimo ricovero per PTA, X.X. esprime verbalmente solitudine e paura di morire con riacutizzazione della malattia psichiatrica.
- Ad oggi non è stato più necessario un ricovero per aggravamento dei sintomi psicotici.

ASPETTI SOCIALI E RICREATIVI

- Soprattutto dopo la morte della moglie X.X. non ha intrapreso importanti rapporti sociali ed interpersonali ma racconta che anni fa aveva un amico, che sentiva e vedeva in modo regolare fino a quando è stato messo in carcere. Da allora X.X. ha interrotto i contatti con l'amico.
- X.X. fino all'anno scorso manifestando piacere nel partecipare alle attività svolte con i servizi territoriali ma col tempo ha perso interesse riferendo di annoiarsi per le poche attività ricreative e perché «l'unico scopo è quello di mangiare».
- X.X. ha un amico "tuttofare".
- I suoi hobby sono sempre di tipo artistico. X.X. riconosce di avvertire il desiderio artistico solo nei momenti in cui è sereno. Non ha dei soggetti particolari. Ama gli oggetti di antiquariato e quando possibile si fa accompagnare dalla badante Y. da un rigattiere del mendrisiotto.
- Negli anni ha perso il desiderio artistico a causa dei frequenti ricoveri e della difficoltà nei lavori manuali fini.

ESPRIMERSI ATTRAVERSO L'ARTE

- Sin dalla preistoria l'uomo ha sempre manifestato il suo bisogno di esprimere il proprio mondo interiore. L'individuo civilizzato, dotato di funzioni più evolute, esprime sé stesso attraverso concetti, parole e ragionamenti. Colui che invece non può utilizzare il linguaggio verbale, che ha difficoltà cognitive o relazionali, può esprimere sé stesso attraverso il movimento, i suoni, il colore, le forme, i disegni.
- L'arte permette un'espressione diretta, immediata, spontanea ed istintiva di noi stessi che non passa attraverso l'intelletto: la persona può elaborare creativamente tutte le sensazioni che non riesce o non vuole far emergere con le parole. Attraverso l'opera, l'immagine interna si trasforma in immagine esterna, visibile e condivisibile e comunica all'altro il proprio mondo interiore.
- Come nel caso dell'utente in questione, il dipinto attraverso le forme, i soggetti ed i colori potrebbe diventare una chiave di lettura anche se è importante tener conto del fatto che, il significato della simbologia muta nel tempo e in base alla cultura, oltre ad essere influenzato dal vissuto di ognuno di noi.

Il fatto che X.X. nei periodi critici non voglia esprimersi attraverso l'arte potrebbe essere un suo modo di esprimersi e di voler comunicare qualcosa: l'esigenza di "chiudersi" nel suo mondo e non fare entrare nessuno, la voglia di non comunicare o semplicemente inviare una richiesta d'aiuto codificata.

PRESA A CARICO

- All'inizio degli anni 2000 viene agganciato ai servizi territoriali e viene assegnato un tutore
- Metà 2000 inizia la presa a carico da parte di ACD per Economia Domestica (ambiente caotico)
- Tra il 2010 ed il 2011 viene costruita una "rete" terapeutica più solida per la presa a carico domiciliare:
 - centro diurno
 - badante 4-5 mattine a settimana
 - ACD aggiunge interventi per doccia 1 volta a settimana + CS 1 volta a settimana
 - Interventi di rete passaggio 1-2 volte a settimana e preparazione terapia
- Da maggio 2016 ad oggi:
 - badante 7 giorni su 7 la mattina
 - ACD passaggio 7 giorni su 7 per igiene mattina e sera + passaggio per CS 1 volta a settimana
 - centro diurno (attualmente non frequentato)
 - viene nominato un nuovo tutore

TERAPIA

	Ore 8	Ore 12	Ore 18	Ore 20	
Aspirina 100 mg cardio cpr	1	0	0	0	
Eltroxin LF 0,05 mg cpr	1	0	0	0	
Dafalgan 1 gr cpr	1	0	0	1	
Acido folico 5 mg cpr	1	0	0	0	Solo domenica
Belok zoc 25 mg cpr	1	0	0	0	
Vitamin D3 Wild Huile gocce 500 IE	15	0	0	0	Solo domenica
Pradif T 0,4 mg cpr	1	0	0	0	
Simcora 20 mg cpr	1	0	0	0	
Sintrom 1 mg cpr	0	0	*	0	Secondo schema
Risperdal 2 mg cpr	1	0	0	0	
Sequase 50 mg cpr	0	0	0	1	
Loramet 1 mg cpr	0	0	0	1	
Novalgine 0,5 g cpr	In riserva in caso di dolore 1 cp max 3 volte diè				

DIAGNOSI

- Sindrome delirante persistente
- Cardiopatia ischemica
- Infarto miocardico (1996)
- Embolia polmonare bilaterale a verosimile partenza da trombosi venosa profonda (2013)
- BPCO in utente tabagista
- Ipotiroidismo
- Dislipidemia
- Anisociclia e midriasi fissa occhio dx post traumatica
- Artrosi ginocchio sx
- Arteriopatia periferica occlusiva (2007)
- Prostatite purulenta ed ascesso (2011)
- TURP 2011
- Frattura femore sx con intervento di PTA e successivamente frattura accidentale periprotetica con cerchiaggio femore sx

PRESA A CARICO DI RETE

Problematica	Obiettivo	Interventi	Risultato
<p>X.X. presenta un adattamento alterato legato alla sua patologia psichiatrica manifestato con: X.X. presenta stress espresso con tensione muscolo-scheletriche ed algie croniche X.X. è irascibile, polemico, esprime meno idee creative artistiche X.X. verbalizza turbe del sonno, si sveglia presto X.X. Presenta un ritiro sociale espresso con il rifiuto degli interventi ACD e di rete</p>	<p>Avere meno tensione ed algie muscolo-scheletriche e riferire meno algie croniche</p> <p>Esprimere di aver più idee creative e voglia di realizzare i suoi hobby</p> <p>Accettare con più fiducia la relazione con i terapeuti</p> <p>Essere più propenso ad uscire di casa</p>	<p>ACD presterà attenzione alla verbalizzazione di X.X. caratterizzata da irascibilità polemica e rifiuto delle prestazioni ACD monitorerà con MC e MC psichiatrico le manifestazioni algiche e turbe del sonno adeguando la terapia OSC allestirà la terapia che ACD e badante sorveglieranno per l'assunzione</p>	<p>X.X. presenta più tolleranza e compliance con professionisti la terapia viene assunta regolarmente e X.X. afferma di dormire X.X. dice di essere alla ricerca di nuovo materiale per terminare la sua opera ed è aperto a dividerla con gli altri</p>

PRESA A CARICO DI RETE

Problematica	Obiettivo	Interventi	Risultato
<p>X.X. presenta un'alterazione della socialità e ritiro manifestato (SOLITUDINE) con: X.X. rifiuta le prestazioni professionisti nei momenti in cui è in crisi X.X. non partecipa al centro diurno X.X non esce a fare la spesa</p>	<p>Mantenere i contatti di rete e sociali come prima dell'evento di crisi (frattura femore) uscendo di casa</p> <p>Capire l'importanza di mantenere i contatti sociali per trarne piacere e soddisfazione (centro diurno)</p>	<p>ACD, dopo discussioni cliniche in equipe, valutate le necessità/bisogni di X.X. ha deciso nei momenti critici di prestare attenzione a richieste quali:</p> <ul style="list-style-type: none">fascia oraria;chiamata in caso di ritardo;inviare personale che l'utente conosce;rassicurarlo verbalmente accogliendo il suo disagio;valorizzare il passaggio di informazioni con la rete	<p>X.X. accetta i collaboratori ACD nel momento di crisi in modo frettoloso X.X. accetta le visite a domicilio operatore di rete e psichiatra in caso di crisi X.X. sta valutando di ripristinare la partecipazione al centro diurno X.X. esce con la badante riuscendo così a ripristinare una socialità</p>

PRESA A CARICO DI RETE

Problematica	Obiettivo	Interventi	Risultato
<p>X.X. presenta un'alterazione della percezione dell'immagine di sé manifestata con: Verbalizzazione di malessere generale Mobilizzazione limitata (calo di energia fisica, instabilità della marcia, dolore articolare) Irritabilità Polemico con gli operatori per attività igieniche Mancanza della comprensione della rete terapeutica</p>	<p>Percepire sicurezza e benessere psicofisico</p> <p>Essere complianti negli atti ACD e rete riconoscendone l'importanza terapeutica</p> <p>Avere più muscolatura agli arti inferiori, meno algie alle articolazioni</p> <p>Uscire di casa regolarmente con meno limitazioni</p>	<p>ACD rassicurerà X.X. attendendo il momento idoneo e patteggiando per soddisfare i bisogni di base ACD avrà un ruolo educativo verso X.X.</p> <p>La badante accompagnerà X.X. fuori casa nelle attività: commissioni, centro diurno, MC</p> <p>Fisioterapia: attivata funzionale/muscolare MC/Medico Psichiatra: terapia per os</p>	<p>X.X. ha accettato gli interventi ACD di base divenendo più collaborante nello svolgimento della cura di sé X.X. non esprime più malessere generale</p> <p>Permane in X.X. una mobilizzazione limitata nella resistenza legata a dolori articolari e continua con la fisioterapia</p> <p>X.X. Permane polemico nelle situazioni di stress ma accetta di collaborare capendo l'importanza della rete</p>



- Dato che riteniamo il centro diurno terapeutico per l'utente come pensate che, noi come ACD, possiamo convincere X.X. a rifrequentarlo?
- Avreste apportato modifiche nella presa a carico dell'utente da parte di ACD negli anni?
- Osservazioni?



Ognuno sta solo sul cuor della terra trafitto da un raggio di sole: ed è subito sera.

Salvatore Quasimodo

DIPINTO: SOLITUDINE DI BARBARA GHISI

BIBLIOGRAFIA

- Journal of psychopathology
- Gadaldi – Disturbi deliranti Corso AS – Osp provincia di Lecco
- DSM IV
- www.istitutobek.com
- www.benessere.com
- www.storiadell'arte.com
- www.lamenteèmeravigliosa.it
- www.terzocentro.it
- www.stateofmind.it