OPERA DIOCESANA ASSISTENZA
CASALE MONFERRATO
FARE BENE IL BENE



LA COMUNITA' TERAPEUTICA IN AMBITO PSICHIATRICO

Intervento formativo
Seconda sessione
23 novembre 2016

Relatori
*Dott. **Marco Ermete Boido** - Neuropsicologo*
*Dott. **Gabriele Gramaglia** - Psicologo Clinico*

Riproduzione riservata

01 Programma della giornata

Argomenti 2^ sessione	Timing
Introduzione al corso/warming up – Presentazione docenti	10’
Star bene, star male in comunità *L’incontro tra operatore e paziente* *L’operatore di fronte alla malattia* ***La relazione come strumento terapeutico*** *Relazione di servizio* *Relazione interpersonale* ***Le relazioni difficili*** *Il paziente ostile, non collaborativo, che non migliora* *Il paziente cronico, anziano,*	100’
Break	15’
La genetica dei disturbi psichiatrici ***La difficoltà di relazione nella psicopatologia*** *La relazione col paziente schizofrenico, borderline, depresso* *La relazione col paziente ansioso, a rischio suicidario* ***Gli errori*** *Cosa si intende per errore nel lavoro in comunità psichiatrica?* *Quali sono le categorie di errori commessi più frequentemente* *Quali sono gli effetti degli errori sui pazienti e sugli operatori stessi* *Quali gli strumenti a disposizione per arginare il rischio di commetterne*	100’
Dibattito finale	15’

Riproduzione riservata

ODA OPERA DIOCESANA ASSISTENZA CASALE MONFERRATO
FARE BENE IL BENE

Star bene, star male in Comunità

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

02 Segnalazione e invio



Paziente/Famigliari

Canale giudiziario

SSN - ASL

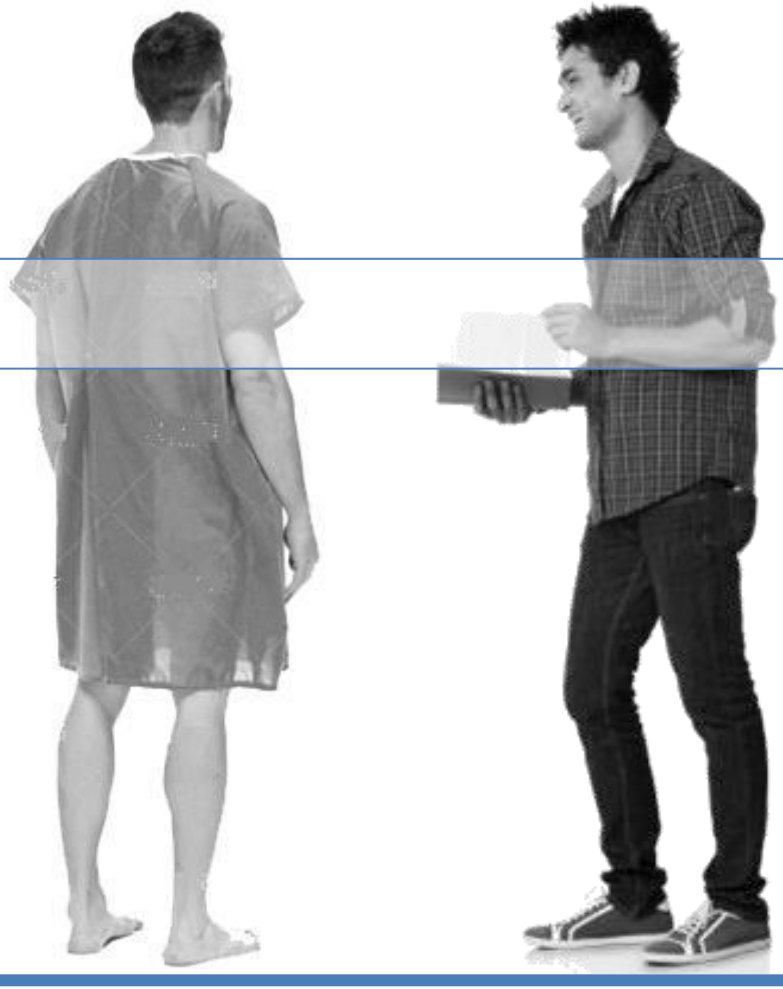
Relazione clinica

Colloquio Psichiatra/Operatori

INSERIMENTO

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata



Paziente **Operatore**

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata



Paziente **Operatore**

- *Ha già una diagnosi*
- *Ha già fatto esperienza con la sua malattia*
- *Ha un suo vissuto legato a essa*
- *Ne porta con sé il peso, che ne sia consapevole o meno*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata



Paziente

Operatore

Ha un suo vissuto emotivo che deriva da:

- *Caratteristiche personali e caratteriali*
- *Esperienza pregressa con altri pazienti simili*
- *Situazioni di patologie simili nella sua cerchia di relazioni*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

04 L'operatore di fronte alla malattia psichiatrica



Sentimenti di Impotenza/ Onnipotenza

Personale storia emotiva rispetto al disturbo

Suggestioni letterarie e cinematografiche

Relazione di somiglianza/antitesi con l'utente

Caratteristiche del paziente

L'importanza di mantenere un buon equilibrio tra «SAPERE GIA'» E «SCOPRIRE

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

05 La relazione come strumento terapeutico



Nei disturbi mentali, in cui è alterato in modo significativo il vissuto del soggetto, la sua capacità di comunicare e di stare insieme agli altri in una realtà condivisa, ***la relazione rappresenta, prima ancora di qualsiasi risorsa tecnica specifica, lo strumento indispensabile per potersi accostare a questa condizione di sofferenza****. La malattia psichica è avvicinabile solo attraverso la relazione e l'operatore dispone di se stesso con tutta la propria persona per rispondere alla richiesta di relazione, spesso ambivalente che il paziente esprime.*

Riproduzione riservata

05 La relazione come strumento terapeutico

La relazione *deve essere intesa come la* ***cornice necessaria*** *in cui si inseriscono i vari temi di trattamento individualizzati per ciascun paziente che possono prevedere, interventi assistenziali farmacologici, psicoterapeutici e riabilitativi più o meno integrati tra loro.* ***Ma essa è già di per sé uno strumento terapeutico****. Il suo impiego dunque deve essere attento:*

- ***Misurato***
- ***calibrato,***
- ***paziente per paziente***
- ***momento per momento***
- ***illuminato dalla tecnica***
- ***riscaldato da un buon uso delle emozioni***



La dimensione della relazione terapeutica permette una valorizzazione del tutto specifica del ruolo dell'operatore in psichiatria.

L'operatore in comunità psichiatrica può quindi svolgere ed esercitare attraverso la relazione una attività clinica e terapeutica su un sapere specifico e su tecniche specifiche e dotate di una autonomia sconosciuta all'attività di assistenza in altri settori della medicina.

Si può sostenere che entrare in relazione con il paziente significa ***prendersene cura, nella accezione di preoccuparsene, prestargli attenzione, sollecitudine e interesse****. Aldilà di ogni risorsa tecnica è l'irriducibile "****fattore umano****" l'irripetibile equazione personale dell'operatore, l'unico strumento in grado di accostare più possibile il mondo lontano, estraneo, bizzarro e spesso incomprensibile del paziente cogliendone comunque un senso. L'operatore deve essere qualcosa in più di tecnico, e deve sapere di sé le* ***infinite potenzialità*** *e gli* ***enormi limiti****.*

Riproduzione riservata

05 La relazione come strumento terapeutico



Relazione di servizio

- *Prestatore d'opera/Committente*
- *Cliente/Venditore*
- *…*

Relazione interpersonale

- *Madre/Figlio*
- *Docente/Discente*
- *…*

Riproduzione riservata

05 La relazione come strumento terapeutico



- Comprendere il paziente e la sua reazione alla malattia
- Analizzare i propri vissuti e le proprie risonanze
- Trasformare la relazione come momento terapeutico
- Somministrare se stesso come un farmaco
- Consapevolezza della difficolta di mantenere la relazione con l'utente per la sua malattia

Riproduzione riservata

Le relazioni difficili tra operatore e utente

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le relazioni difficili: premesse

RELAZIONI DIFFICILI

Relazioni inestricabili nell'ambito professionale per un coinvolgimento affettivo ed emotivo, faticoso da controllare con pazienti difficili

RELAZIONI INTOLLERABILI

Relazioni nelle quali sono attivati fenomeni di «transfert» che hanno origine in fantasie e vissuti innescati, nella relazione attuale da oggetti relazionali del passato

Apprendere l'importanza della «GIUSTA DISTANZA»

Che non è «PRENDERE DISTANZA»

Riproduzione riservata



Il concetto di gravità...

*In **medicina** è legato alla forma clinica della malattia, della quale si valutano successivamente le conseguenze sulla qualità della vita*

*In **psichiatria** è la presenza o l'assenza della collaborazione da parte del paziente che discrimina e caratterizza il lavoro terapeutico*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le relazioni difficili: il paziente grave



In relazione alla patologia clinica

- *Gravità intrinseca della patologia*
- *Rifiuto delle cure*
- *Contesto familiare problematico*
- *Auto/etero-aggressività*

In relazione al vissuto dell'operatore

- *Percezione di inguaribilità*
- *Difficoltà di gestione*
- *Cronicizzazione nel decorso*
- *Poca collaborazione dal servizio*
- *Propri vissuti*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…

- *Sentirsi inutili (angoscia per la sorte dell'altro, senso di colpa)*
- *Frustrazione (quando impariamo ad esserlo)*
- *Sensazione di fallimento (motivazione al minimo)*
- …

Le relazioni difficili: il paziente ostile



Burns & Firn

*Gli autori col termine "**ostilità**" indicano tutta una gamma di comportamenti che si possono incontrare negli interventi con persone affette da grave malattia mentale: **comportamenti intimidatori, di aggressività passiva e verbale, di minacce, ecc.***

La violenza fisica generalmente correla con l'abuso di sostanze e alcol e non solo con la malattia mentale.

L'obiettivo non è il controllo del paziente ma lavorare al meglio con lui, ogni volta che sia possibile, al sicuro da rischi auto-etero lesivi

Pur con le comprensibili istintive reazioni di difesa o di fuga, bisogna mantenere la calma

Tenere sempre a mente che il paziente non è un delinquente ma solo un malato che esprime il suo disagio

Riproduzione riservata



Valutazione del rischio di violenza: analisi dei fattori

Burns & Firn (adattato da Coid)

Fattori da ricercare in anamnesi

Violenza precedente - abuso di sostanze – scarsa compliance ai farmaci – recente interruzione terapeutica – scarso coinvolgimento con i servizi – irrequietezza sociale – scarso senso di appartenenza – grave e recente stress – segni di pianificazione (ad esempio procurarsi delle armi) – minacce specifiche fatte dal paziente

Fattori da ricercare nell'ambiente

- *Mancanza di supporto familiare*

Fattori da ricercare nello stato mentale

- *Deliri di persecuzione*
- *Deliri di passività (es. inserzione del pensiero)*
- *Emozioni collegate con la violenza*
- *…*

*L'ideale sarebbe poter adottare **interventi precoci**, quali ad esempio la **combinazione di farmaci e di tecniche psicologiche**, con l'obiettivo di evitare incidenti per il paziente e per l'operatore*

Riproduzione riservata

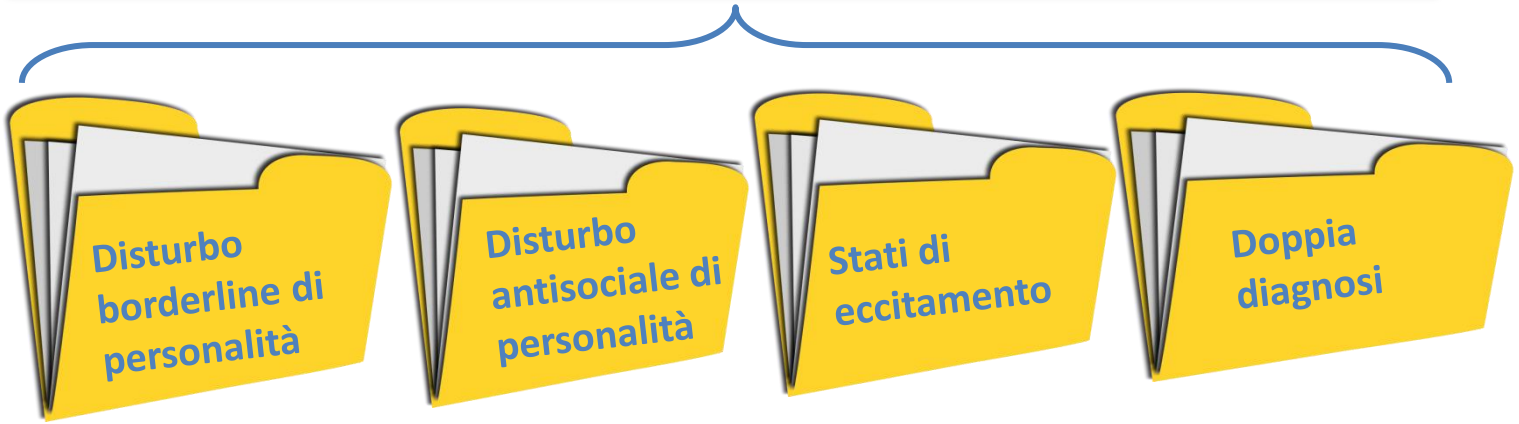


Tecnica psicologica di «de-escalation»

Riduzione progressiva del comportamento violento attraverso la modulazione degli stimoli positivi e negativi, orientando il percorso verso una negoziazione in grado di risolvere il conflitto.

Efficace con pazienti che presentano

- *Richiesta ripetuta di farmaci da abuso*
- *Delirio di persecuzione nel quale il soggetto ha inglobato l'operatore*
- *Allucinazioni uditive*
- *Dipendenza da sostanze*
- *Crisi di eccitamento maniacale*



Riproduzione riservata

Tecnica psicologica di de-escalation

- Essere calmi
- Cercare la collaborazione
- Rispettare la spazio personale
- Non utilizzare toni o gesti autoritari
- Non rispondere alle provocazioni
- Rassicurare il paziente
- Controllare la paura
- Valutare lo stato d'animo del paziente
- Usare le tecniche non verbali
- Mantenere una distanza opportuna
- Evitare di dare le spalle al paziente
- Evitare di mettersi a lato del paziente

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…



Le relazioni difficili: il paziente non collaborativo

Paziente…

…che rifugge risolutamente e dichiaratamente l'incontro con l'operatore

…che nega l'incontro con l'operatore per totale o parziale incapacità di dargli un senso



Le radici del rifiuto

- *Vissuto di onnipotenza*
- *Autismo*
- *Persecutorietà*
- *Disperazione*

Le tipologie di non collaborazione

- *Rifiuto globale del rapporto*
- *Rifiuto di una o più modalità di trattamento*
- *Collaborazione compiacente o equivoca*
- *Incapacità della relazione*

Riproduzione riservata

Le relazioni difficili: il paziente non collaborativo

Possibili interventi

Ricercare la parte «sana» per lavorare ai fini di un minimo di alleanza terapeutica

Coinvolgere la famiglia per comprendere a fondo le radici del problema

Capire se la situazione si colloca in un ambito dinamico «in progress» o se lo stallo è totale

Decidere cosa e quanto sacrificare alla speranza di ottenere collaborazione



Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…



Le relazioni difficili: il paziente ipocondriaco

Paziente…

…la cui richiesta di aiuto passa attraverso il bisogno di essere malato

…che ha un approccio diffidente e scettico nei confronti con degli operatori della salute mentale



Possibili interventi

- *Scongiurare la compresenza di reali patologie organiche legate ai sintomi riferiti*
- *Evitare di colludere con il paziente*
- *Evitare però anche di negare con forza ed ostinatamente la presenza della malattia*
- *Laddove possibile, prendere contatto con la parte «sana» e intervenire sui pensieri disfunzionali*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…



Le relazioni difficili: il paziente che non migliora

Paziente…

…frustrante per l'operatore perché vanifica i suoi interventi e mina l'autostima

…che risulta pericoloso per la possibile esposizione a lungo termine di fenomeni di *burn out*

Possibili interventi

- *Evitare personalismi e coinvolgimenti eccessivi.*
- *Richiamo alla propria professionalità*
- *Mantenere la giusta distanza*
- *Condivisione della delusione con i colleghi*
- *Nei casi più gravi, riportare la situazione di sofferenza al proprio responsabile*



Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…



Le relazioni difficili: il paziente cronico

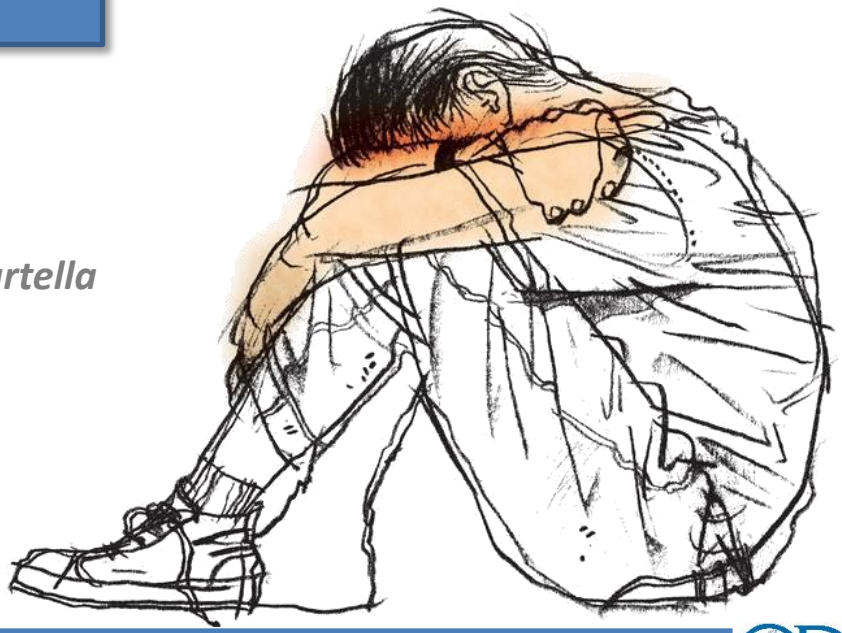
Paziente…

…la cui cronicità finisce per cronicizzare anche il rapporto con l'operatore

…che risulta pericoloso per la possibile esposizione a lungo termine di fenomeni di *burn out*

Possibili interventi

- *Combattere l'istinto di trattare meccanicamente il paziente.*
- *Rivedere di tanto in tanto la storia e la cartella clinica*
- *Spingere a revisionare il trattamento psicoterapeutico e farmacologico*
- *Agire da agente di innesco nei confronti dell'equipe.*



Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…



Le relazioni difficili: il paziente anziano

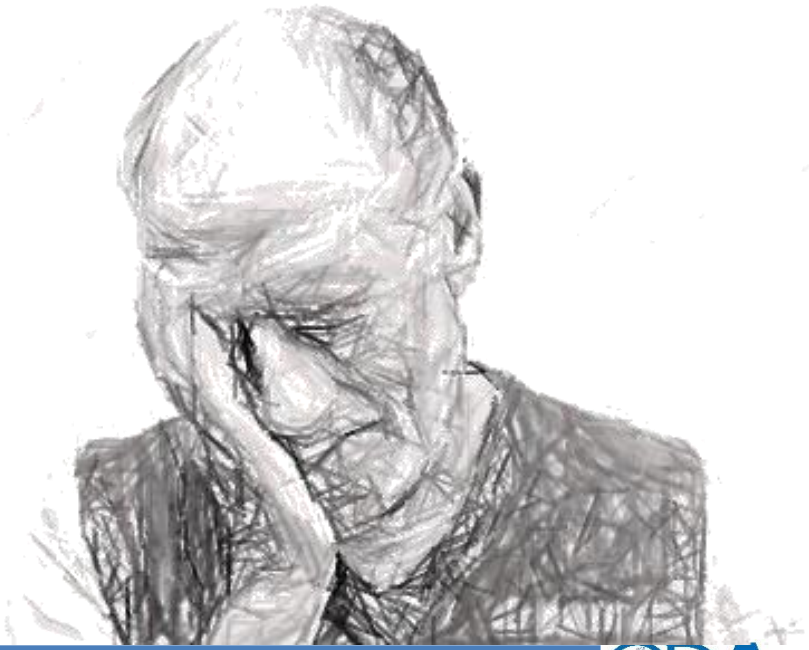
Paziente…

…la cui continua perdita sul piano fisiologico aggrava la patologia mentale

…che spesso rischia di essere messo da parte in quanto soggetto sul quale smettere di investire

Possibili interventi

- *Monitorare l'andamento del degrado cognitivo del paziente.*
- *Contrastare, per quanto possibile, il frequente atteggiamento di attesa dell'ultima perdita (morte)*
- *Porsi obiettivi sostenibili*



Riproduzione riservata

Le parole che riecheggiano nell'operatore…

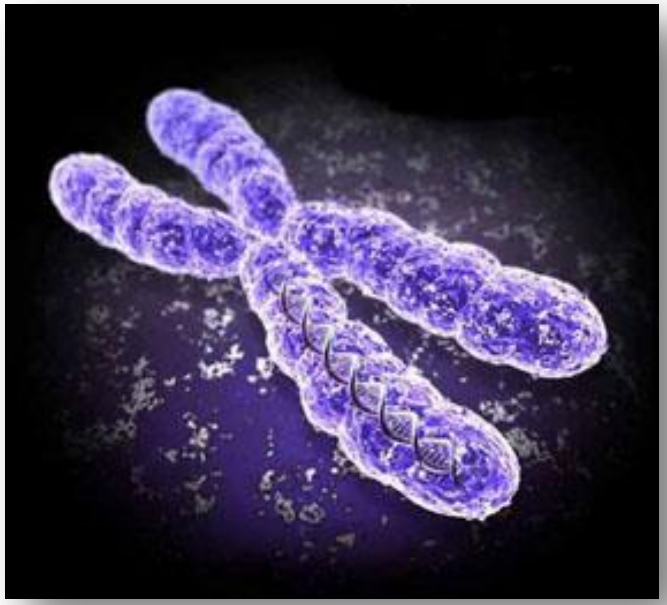


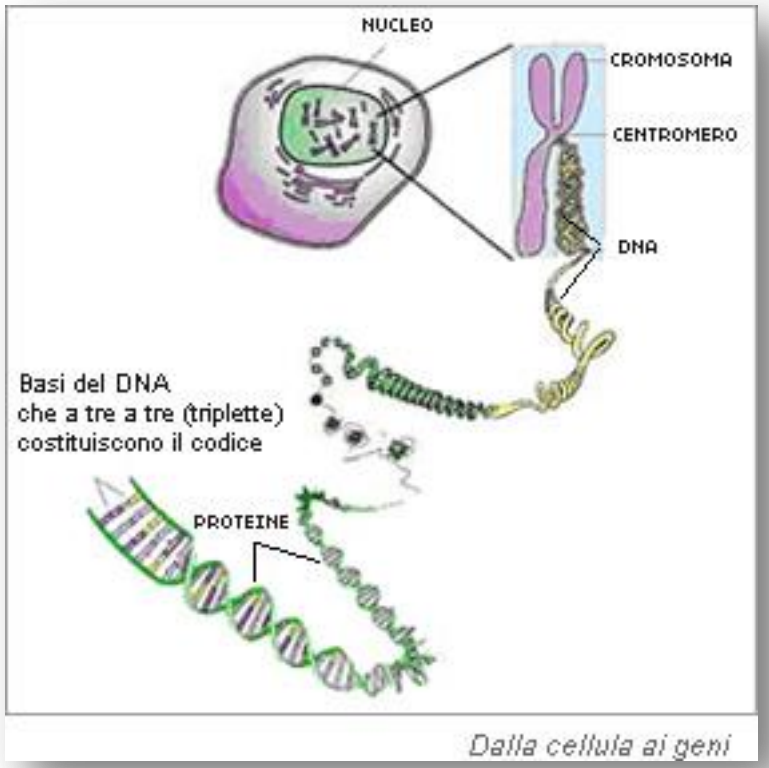
Le relazioni difficili tra operatore e utente nelle psicopatologie

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

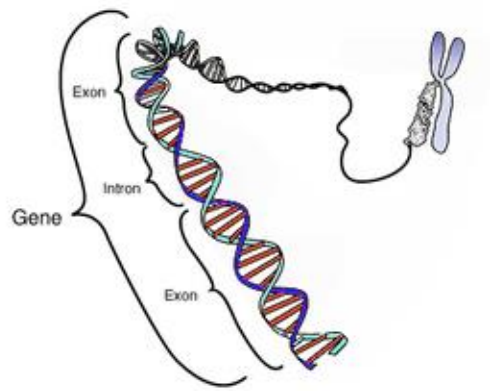
CROMOSOMI, GENI E DNA

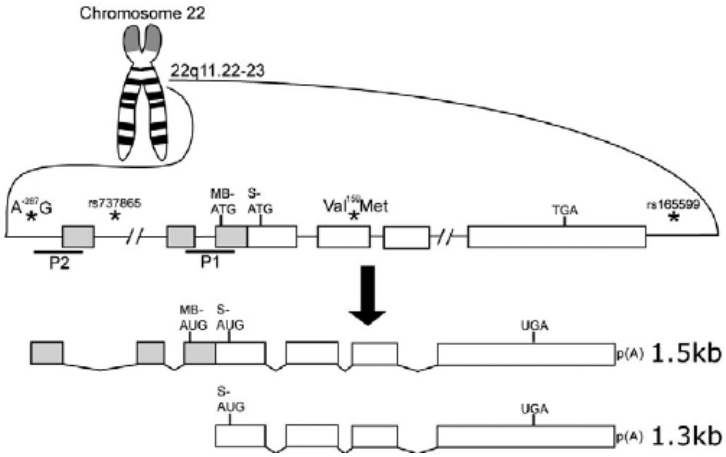


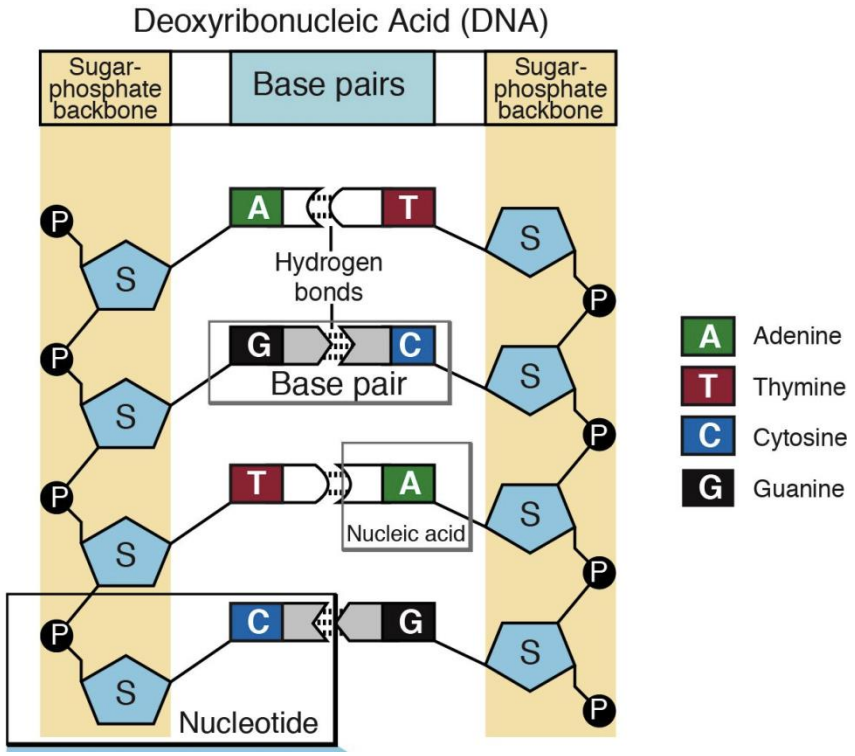


Riproduzione riservata

L'ELICA

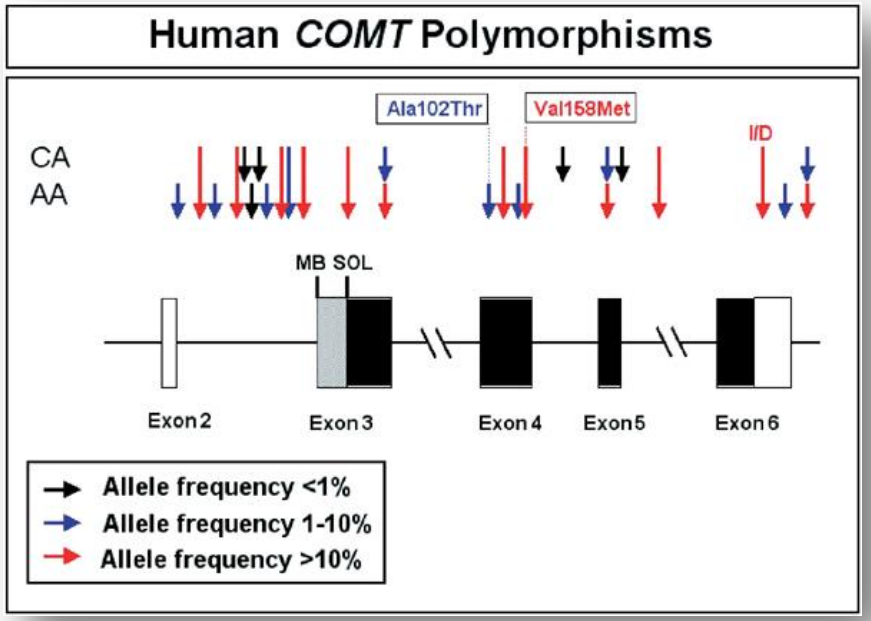


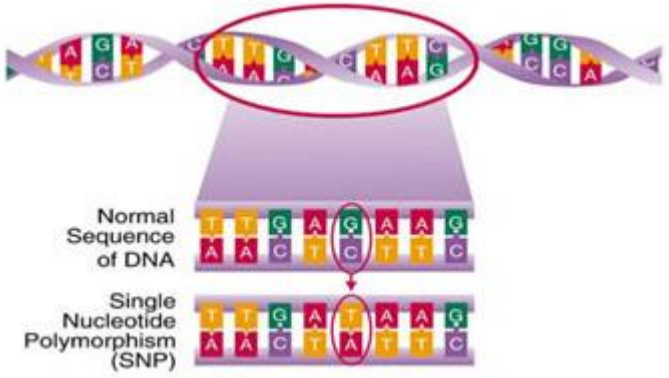




Riproduzione riservata

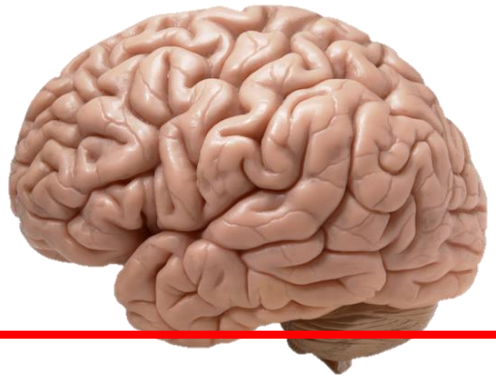
POLIMORFISMO SUL CROMOSOMA 22





Riproduzione riservata

Il paziente schizofrenico



PROSPETTIVA BIOLOGICA



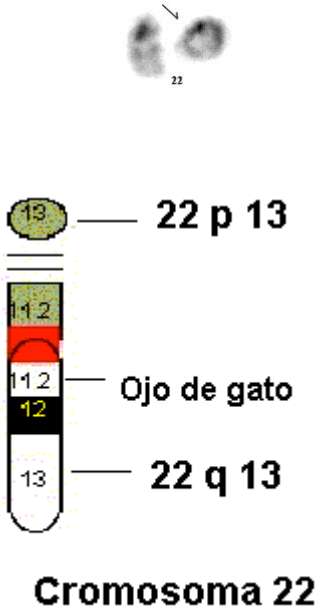
PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Schizofrenia: le cause

La schizofrenia nell'espressione genica

Cromosoma 22 gene COMT
Diversi lavori hanno analizzato alcuni polimorfismi frequenti nel gene del recettore
della dopamina, hanno confermato un significativo nello sviluppo della malattia.



Anomalie cerebrali

i pazienti affetti da schizofrenia presentavano sostanzialmente un elevato tasso di atrofia cerebrale (mostrano ventricoli laterali di dimensioni maggiori, una diminuzione quantitativa del parenchima cerebrale, e riduzione delle dimensioni delle strutture temporali mesiali). Gli schizofrenici resistenti al trattamento farmacologico mostravano una tendenza ad una maggiore atrofia rispetto ai pazienti responsivi al trattamento farmacologico.

Cause ambientali

Il doppio legame.

Riproduzione riservata

Il paziente schizofrenico



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Schizofrenia: la relazione col paziente



*Compromissione di un insieme di funzioni che coinvolgono il modo di **percepire** e di **pensare**, il **linguaggio**, **l'affettività**, la **volontà**, **l'iniziativa**, **l'attenzione**, e la **capacità di provare piacere**. La compromissione è tale da indurre gravi problemi d'adattamento in ambito sociale o lavorativo.*

La Schizofrenia è stata osservata in tutto il mondo ed interessa approx. l'1% della popolazione.

L'età media di comparsa del primo episodio di Schizofrenia è, per gli uomini tra i 20-25 anni, e per le donne tra i 27-30. L'esordio può essere improvviso, ma nella maggior parte dei casi è evidenziabile una fase che precede, in cui le persone mostrano un certo rifiuto di stare in mezzo agli altri, una perdita d'interesse nella scuola o nel lavoro, un deterioramento nell'igiene e nell'ordine, scoppi di rabbia improvvisa e comportamenti inusuali. Di solito, questi segnali rappresentano i primi campanelli d'allarme per la famiglia.

La remissione completa della malattia è poco probabile

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Schizofrenia: la relazione col paziente



Sintomi positivi

- *Deliri*
- *Allucinazioni (uditive, visive, ecc.*
- *Modo di parlare disorganizzato*
- *Comportamento disorganizzato*

Sintomi negativi

- *Appiattimento affettività*
- *Alogia*
- *Abulia, incapacità di iniziare e continuare attività finalizzate al raggiungimento di un risultato*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

ODA OPERA DIOCESANA ASSISTENZA CASALE MONFERRATO
FARE BENE IL BENE

Schizofrenia: la relazione col paziente



Il vissuto

- *Ambivalenza, coesistenza di stati affettivi opposti*
- *Progressivo disordine*
- *Incapacità di badare a se stesso*
- *Ritiro sociale, autismo, chiusura in se stessi*
- *Grande diffidenza nei confronti di terzi*

Elementi per stabilire una relazione

- *Coerenza tra ciò che l'operatore pensa e fa e tra ciò che promette ed è in grado di mantenere*
- *Disponibilità a «negoziare» fino a ottenere una seppur minima sovrapposizione di intenti*
- *Competenza: occorre sapere quanto/come intervenire (e soprattutto quando astenersi dal farlo)*

Riproduzione riservata

Schizofrenia: la relazione col paziente



Elementi di intervento

Creare un clima empatico

*Il primo passo per costruire col paziente una relazione è quello di instaurare un buon clima emotivo in cui stare bene insieme, fidarsi, parlare e più tardi esprimere dei bisogni. Definiamo ciò "**clima empatico**". Il clima empatico permette all'operatore di sintonizzarsi sulla lunghezza d'onda emotiva del pz, di coglierne i bisogni e di emettere risposte adeguate.*

Ascoltare senza giudicare

È importante che innanzitutto l'operatore impari ad ascoltare ciò che il pz dice ed esprime evitando di imporgli i suoi bisogni, i suoi tempi e i suoi modelli di vita. L'attenzione che l'operatore presta ai bisogni fisici ed emotivi del pz consente a quest'ultimo di sperimentare risposte nuove buone, più elastiche e disinteressate rispetto a quelle ricevute nel suo passato relazionale e rinforza il suo bisogno di sicurezza e di autostima.

Dare risposte concrete ai bisogni

Il pz tenderà sempre di più a fidarsi di colui che si occupa delle sue necessità concrete ed elementari e ciò rappresenta una condizione necessaria per l'instaurarsi della alleanza terapeutica. Una vicinanza attenta, discreta, prolungata e costante al pz conduce l'operatore a saperne riconoscere e decodificare i bisogni, a valutarne le risorse, i tempi e i modi migliori per lavorare insieme. E gli consente anche di capire quando è meglio astenersi dallo intervenire

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Schizofrenia: la relazione col paziente



Elementi di intervento

Prendere in carico i bisogni del paziente: «fare insieme»

*Nella relazione e nel trattamento del pz grave la **parola** trova grossi limiti. I discorsi rischiano spesso di assumere per lui significati ostili, minacciosi. Per questo l'uso della comunicazione verbale nella cura dello schizofrenico deve sempre essere sostenuto da **esperienze concrete**, attraverso le quali egli possa sperimentare l'interesse, il calore, il sostegno dell'operatore.*

Mantenere una giusta distanza

*l'operatore non può limitarsi ad essere osservatore, ma deve necessariamente entrare nel campo da lui osservato, deve **partecipare**. Nella relazione con il pz schizofrenico tale partecipazione rischia però di trasformarsi in un coinvolgimento che annulla ogni distanza critica ed ogni efficacia terapeutica. Gran parte delle energie di cui l'operatore dispone deve essere impiegata nel mantenere una **giusta distanza** che consente di non avvicinarsi troppo al pz ma anche di non interporre un eccessivo spazio di sicurezza. Frapporre tra sé e il pz uno spazio, protegge la relazione da una serie di rischi consentendo di stabilire una distanza equa, per cui l'operatore non rischia di venire inglobato dal pz e quest'ultimo non viene mantenuto difensivamente ad una distanza eccessiva.*

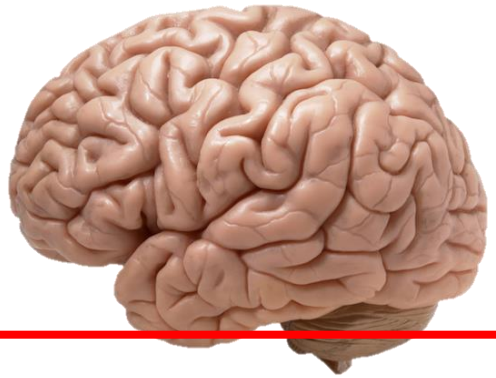
Accudimento totale (Maternage)

Talvolta nei casi più gravi l'operatore si sostituisce totalmente al paziente per soddisfare i bisogni primari legati alla sopravvivenza, quali quelli del cibo, della pulizia ecc.. Questa funzione si realizza attraverso tutti quegli atti "materni" tipici proprio della madre che si prende cura del figlio. Ed è attraverso questi atti che l'operatore, rispondendo ai bisogni del pz, gli permette di riprendere i contatti con il proprio corpo e con l'esterno, quando ciò è possibile

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Il paziente borderline



PROSPETTIVA BIOLOGICA



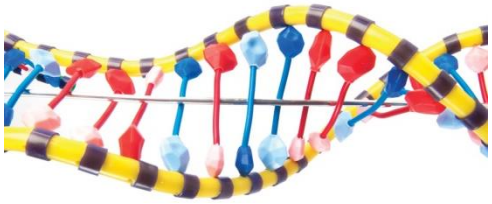
PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Disturbo borderline di personalità: le cause

Vulnerabilità ereditaria (fattori genetici)

L'evidenza di un fattore genetico è stata dimostrata da un recente studio secondo il quale i disturbi borderline di personalità sono considerevolmente più frequenti tra gemelli identici di pazienti borderline di quanto non siano nella popolazione generale. I pazienti borderline hanno più parenti con disturbi dell'umore, alcolismo e suicidio di quanto non abbiano le persone che non hanno un disturbo borderline di personalità.



Anomalie cerebrali



Alcune ricerche hanno dimostrato cambiamenti in alcune zone del cervello coinvolte nelle emozioni. Inoltre, alcuni ammine biogene del cervello che aiutano a regolare l'umore, come la serotonina, potrebbero non funzionare correttamente.

Riproduzione riservata

Disturbo borderline di personalità: le cause

I fattori ambientali

Un'infanzia trascorsa in un ambiente invalidante, cioè un contesto in cui il soggetto può essere stato esposto a svalutazione dei propri stati mentali (pensieri, emozioni e sensazioni fisiche), interazioni caotiche ed inappropriate, espressioni emotive intense, carenze di cure, maltrattamenti e abusi sessuali.





Riproduzione riservata

Il paziente borderline



PROSPETTIVA BIOLOGICA



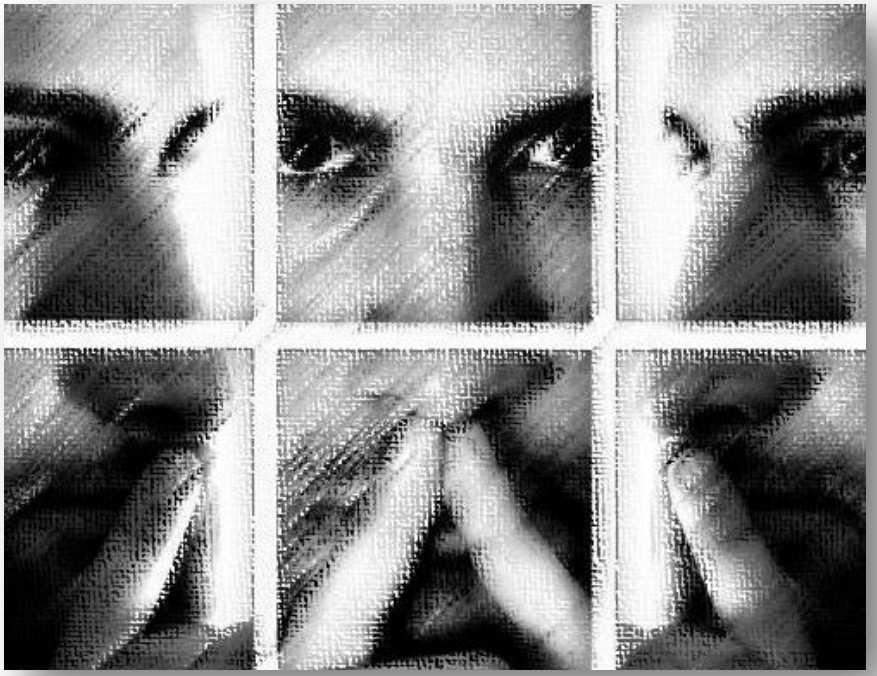
PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Disturbo borderline di personalità: la relazione col paziente

Caratteristiche

*Il **Disturbo Borderline di Personalità** (DBP) è condizione che genera un significativo livello di instabilità emotiva ed è caratterizzato da una immagine distorta di sé, da sensazioni di inutilità e dall'idea di essere fondamentalmente difettati. Il paziente oscilla rapidamente lungo **intensi stati di rabbia, furia, dolore, vergogna, panico, terrore ed un feeling cronico di vuoto e solitudine**. Si tratta di individui che si differenziano dagli altri sia per l'elevata impulsività, sia per una intollerabile condizione di dolore ed urgenza. Altra caratteristica è la reattività umorale, contraddistinta da passaggi repentini che possono realizzarsi anche nell'arco di una giornata tra uno stato dell'umore ad un altro, stati disforici e periodi di eutimia.*

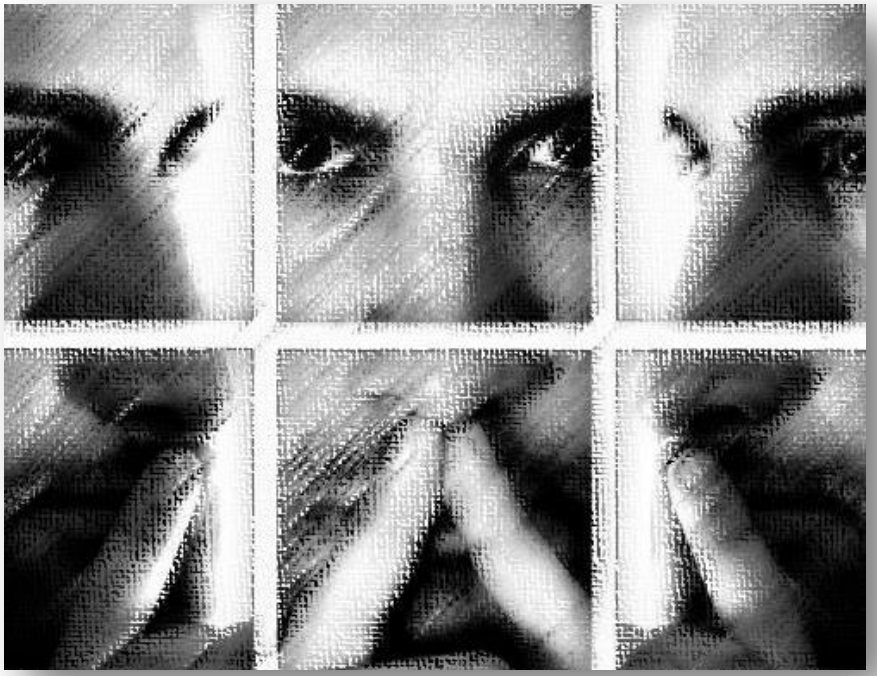


Riproduzione riservata

Disturbo borderline di personalità: la relazione col paziente

Sintomi

- *Instabilità nelle relazioni interpersonali*
- *Marcata impulsività*
- *Sforzi disperati per evitare abbandoni*
- *Idealizzazione e svalutazione*
- *Cambiamenti improvvisi e drammatici della loro visione degli altri*
- *Passaggi rapidi di ruolo*
- *Gesti o minacce di suicidio*
- *Comportamenti a rischio*
- *Sentimento cronico di vuoto*



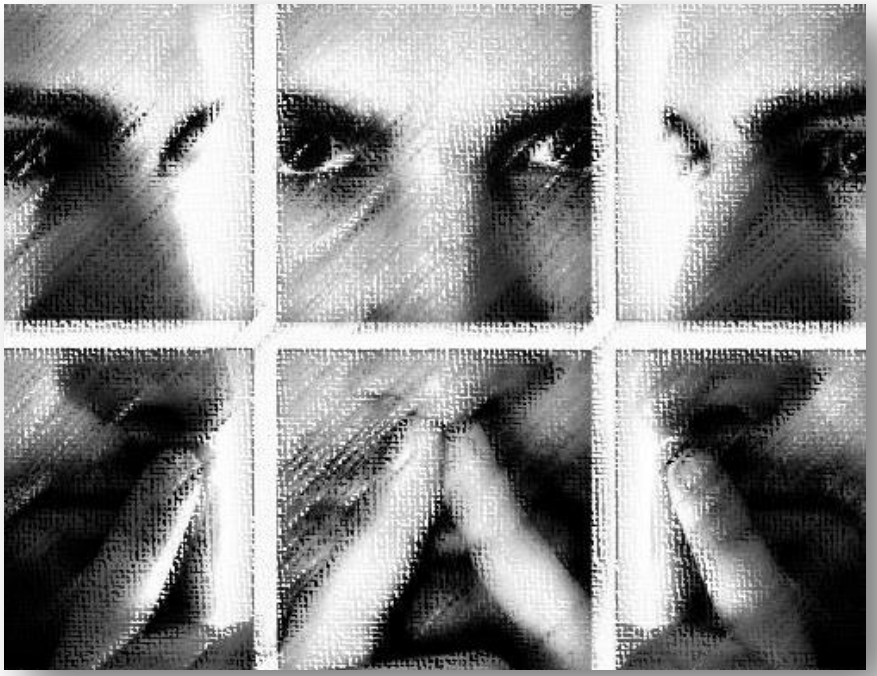
Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Disturbo borderline di personalità: la relazione col paziente

Ostacoli alla relazione

- *Il paziente Borderline spesso attacca la relazione stessa con «acting out»*
- *Domina quindi l'azione sul verbale*
- *L'azione ha spesso tonalità autolesiva*
- *Tentativo di controllare la relazione terapeutica immettendola nel circuito delle sue esperienze passate*

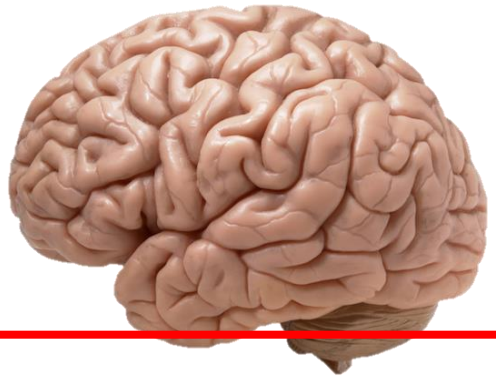


Elementi di intervento

- *Mantenere una propria posizione empatica ma vicina all'obiettività e neutralità*
- *Evitare di colludere e di patteggiare*
- *Inserire la terapia in un contesto preciso e limitato per trovare col paziente un terreno di condivisione*

Riproduzione riservata

Il paziente depresso



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

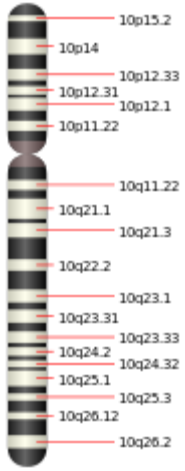
Riproduzione riservata

La genetica del disturbo depressivo



E' stato sequenziato il genoma di soggetti con diagnosi di depressione portando all'identificazione di due aree, entrambe situate sul ***cromosoma 10****, che sembrano essere associate con la malattia. Una di queste regioni, in particolare, si trova vicino al gene SIRT1, implicato nella produzione dei mitocondri, piccoli organelli cellulari che si occupano, tra le altre cose, di regolare il ciclo cellulare, di sintetizzare il colesterolo e di* ***produrre energia****. Un dato che potrebbe quindi indicare una correlazione tra i mitocondri e lo sviluppo della malattia.*

I neuroni di alcune aree celebrali produrrebbero quindi meno energia, deattivando alcune funzioni dando vita alla classica sintomatologia «deflessa».



Riproduzione riservata

Depressione: le cause

Cause ambientali e psichiche del disturbo depressivo maggiore

Spesso, un bambino che ha vissuto con abusi sessuali o fisici, un'educazione turbolenta, la separazione da un genitore o malattia mentale in un membro della famiglia può non aver appreso le competenze necessarie per affrontare le responsabilità della vita adulta. Questi adulti possono diventare depressi.

- *Affrontare bocciature*
- *Cambiamento lavorativo o scolastico o di residenza (oppure subire condizioni poco gradite all'interno di esse)*
- *Vivere una condizione di solitudine*
- *Accudire un familiare ammalato*
- *Vivere situazioni di aborto o condizioni di infertilità*
- *Delusioni sentimentali*
- *Affrontare separazioni/divorzi*

Riproduzione riservata

Il paziente depresso



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Depressione: la relazione col paziente

Sintomi

- *Perdita di piacere per quasi tutte le attività*
- *Anedonia*
- *Abulia*
- *Demotivazione pervasiva*
- *Diminuzione o aumento significativi dell'appetito*
- *Rallentamento o agitazione motoria*
- *Disturbi del sonno*
- *Difficoltà di concentrazione*
- *Sensazione di inutilità, negatività*
- *Pensieri di morte o desiderio di suicidio*



Riproduzione riservata

Depressione: la relazione col paziente

Ostacoli alla relazione



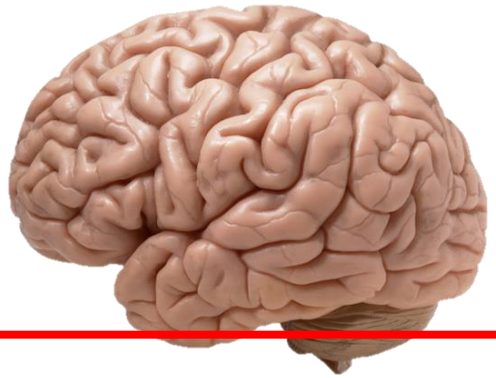
- *Incapacità di trovare la motivazione per imbastire la relazione*
- *Sensazione che nessuno può aiutare*
- *Sentimento di non meritarsi alcun aiuto*
- *Gli altri (che stanno bene) sono vissuti come «giudici» che comunicano continuamente quanto il pz valga poco, sia incapace, ecc.*

Elementi di intervento

- *Sviluppare una relazione di generale cordialità e tolleranza*
- *Evitare di sminuire (anche in buona fede) la sofferenza o la mancata volontà di agire*
- *Stimolare sotto forma di domanda («te la senti oggi di alzarti?») per consentire anche un diniego che non sia umiliante per il paziente*

Riproduzione riservata

Il paziente ansioso



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

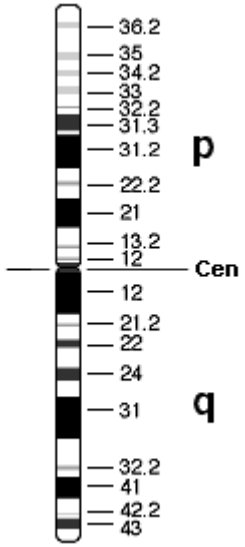
Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: le cause

Cause genetiche dell'ansia



*Una variazione genetica a carico di un gene è fortemente associata a tratti caratteriali ansiosi: lo ha dimostrato un gruppo di ricercatori del **Massachusetts General Hospital** (MGH): "Abbiamo trovato che variazioni in questo gene sono associate a timidezza e comportamenti inibiti nei bambini, e a una personalità introversa nell'adulto; vi è inoltre una particolare reattività delle aree cerebrali coinvolte nell'elaborazione della paura e dell'ansia", ha detto Jordan Smoller, che ha diretto la ricerca e firma con i colleghi un articolo sulla rivista **Archives of General Psychiatry**.*



*La ricerca condotta al MGH conferma ora che un gene presente sul **cromosoma 1**, quello che codifica per la proteina RGS2, è associato anche nell'uomo a un temperamento ansioso*

Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: le cause

Cause psicologiche e sociali dell'ansia

L'ansia è un segnale di pericolo.
L'individuo la può percepire sotto forma di tensione libera, in assenza di stimoli o situazioni rilevanti (quando il pericolo deriva da un fantasma interno), o viceversa determinata da contesti ambientali specifici (per esempio sociali).

Paradossalmente, l'ansia costituisce un meccanismo di difesa, con la funzione di segnalare la presenza di un pericolo e di attivare risposte adeguate di tipo adattive, evitanti, o di fuga.

In ogni caso, l'ansia espone l'individuo a vissuti dolorosi e poco tollerabili con conseguente attivazione di misure di difesa non sempre funzionali (infatti, l'evitamento e la fuga possono avere conseguenze disadattative, come l'isolamento sociale e la rinuncia a progetti esistenziali).

Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: definizione e significato

- *L'**ansia** è un uno stato psichico caratterizzato da sensazioni di tensione, minaccia, preoccupazioni e modificazioni fisiche, come aumento della pressione sanguigna.*

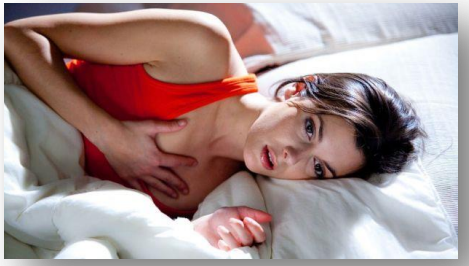
- *Le persone con **Disturbi d'Ansia** solitamente presentano pensieri ricorrenti e preoccupazioni. Inoltre, possono evitare alcune situazioni come tentativo di gestire (o non affrontare) le preoccupazioni. I **sintomi fisici dell'ansia** più frequenti sono sudorazione, tremolio, tachicardia e vertigini/capogiri.*



Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: definizione e significato

- *La parola ansia, dal latino angere ossia "**stringere**", comunica molto bene la sensazione di disagio vissuta da chi soffre di uno dei disturbi legati al suo spettro, ovvero l'idea di costrizione, di imbarazzo e di incertezza sul futuro.*



- *L'**ansia**, infatti, è uno stato caratterizzato da sentimenti di paura e di preoccupazione non connessi, almeno apparentemente, ad alcuno stimolo specifico, diversamente dalla paura che presuppone un reale pericolo.*



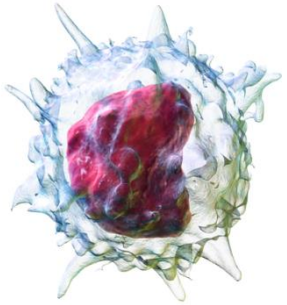
Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: la biologia

- *Nell'interazione dinamica tra mente e corpo, durante l'interpretazione di stress prolungato, le cellule del sistema immunitario – **i monociti** – siano richiamati al cervello, favorendo l'insorgenza di sintomi ansiosi.*

- *Una ricerca, condotta alla **Ohio State University**, ha mostrato che il cervello, sotto stress prolungato, invia segnali al midollo osseo, richiamando monociti. Le cellule migrano in regioni specifiche del cervello.*

  – *in diverse aree legate alla paura e all'ansia, tra cui la corteccia prefrontale, l'amigdala e l'ippocampo*
  – *generando l'infiammazione che causa sintomi ansiosi.*



Monocyte

Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: la ricerca

Nei roditori è stato indotto uno stato di stress simile a quello che le persone provano in risposta a fattori stressanti della vita quotidiana.

Ai topi maschi che vivono insieme è stato dato il tempo di stabilire una gerarchia, poi un maschio aggressivo è stato aggiunto al gruppo per due ore. Questo cambiamento ha provocato nei topi una risposta del tipo "fight or flight", come se venissero ripetutamente sconfitti.



Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia

L'esperienza della sconfitta sociale porta a comportamenti di sottomissione e allo sviluppo di sintomi ansiosi. L'esperienza della sconfitta sociale veniva ripetuta ciclicamente, una, tre sei volte, e ogni volta il campione veniva testato per i sintomi ansiosi.

Come previsto più cicli di sconfitta sociale elicitano maggiori sintomi ansiosi, che a loro volta corrispondono a livelli più alti di monociti migrati al cervello degli animali attraverso il sangue. Questi risultati indicano che l'espressione genica infiammatoria si verifica nel cervello in risposta al fattore di stress.



Questi risultati non sono applicabili a tutte le forme di ansia, dicono i ricercatori, ma sono rivoluzionari nel campo della ricerca sui disturbi dell'umore legati allo stress.

Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia

A cascata, una prolungata esperienza d'ansia, insieme ad un'incapacità nella gestione ***dell'intolleranza all'incertezza****…*



Porta a strutturare altri disturbi psicologici come

- *DEPRESSIONE*
- *DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO*
- *FOBIE*

Riproduzione riservata

Il paziente ansioso



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: la relazione col paziente

Sintomi

- *Eccessiva ed ingiustificata preoccupazione*
- *Sentimento di confusione e di smarrimento*
- *Forte somatizzazione*
- *Sintomi legate alle varie tipologie di ansia*



Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Disturbo d'ansia: la relazione col paziente

Ostacoli alla relazione

- *Incapacità di controllo emozionale*
- *Tentativo di trasferire l'ansia nell'operatore*
- *Sensazione di non essere capiti*
- *Sentimento di svalutazione per se stessi*
- *Diffidenza verso l'operatore*



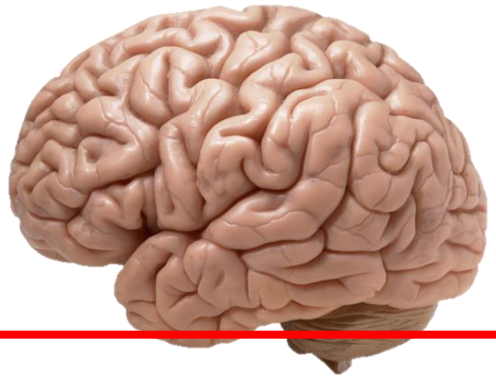
Elementi di intervento

- *Atteggiamento terapeutico di contenimento dell'ansia*
- *Basare la relazione su empatia e tolleranza ma anche fermezza*
- *Valutare il supporto farmacologico per la almeno per le fasi acute*

Dott. Marco Ermete Boido
Dott. Gabriele Gramaglia

Riproduzione riservata

Il paziente a rischio suicidario



PROSPETTIVA BIOLOGICA



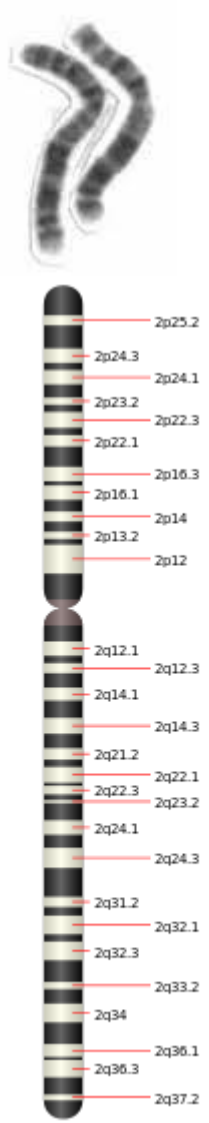
PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Cause genetiche del comportamento suicidario

Quando la supermodel Margaux Hemingway, nipote del grande narratore statunitense Ernest Hemingway, si suicidò nel 1996 il mondo si convinse che la famiglia era affetta da una "maledizione". Oggi la scienza ci fornisce una spiegazione meno esoterica: se il suicidio ha visitato gli Hemingway tanto spesso, se ha finito la vita dello scrittore, di suo fratello e di sua nipote, la causa è da cercare in una mutazione genetica che ha stravolto in loro l'equilibrio chimico del cervello.

Johns Hopkins, riportando sulla rivista Molecular Psychiatry, ha identificato una piccola regione sul cromosoma 2 che è associato ad un aumentato rischio di tentato suicidio. Questa piccola regione contiene quattro geni, tra cui il gene ACP1, ed i ricercatori hanno trovato più i livelli normali della proteina ACP1 nei cervelli di persone che avevano commesso suicidio. Questa proteina influenza l'assorbimento del litio (viene usato come farmaco per ridurre il tasso di comportamento suicidario).



Riproduzione riservata

Cause ambientali del comportamento suicidario

*Per quanto riguarda i **fattori psicosociali** è stato notato che situazioni di vita avverse soprattutto nell'infanzia hanno un effetto negativo sullo sviluppo della personalità e possono essere con grande probabilità collegate a disfunzioni nel percorsi e nei sistemi neurologici (De Bellis et al., 1994), costituendo un probabile fattore di rischio per la psicopatologia e suicidalità nell'età adulta. Le esperienze di vita sfavorevoli in età precoce come possono essere l'abuso sessuale e fisico o anche il sentirsi trascurato e poco considerato.*

Fattori fisiologici

Potrebbero giocare un ruolo importante ed essere associati alla persistente sensibilizzazione dell'asse HPA (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis) che può incrementare il rischio di condizioni psicopatologiche per gli adulti (Heim et al., 2000; McEwen, 2000).

*Coryell et al. (2001) hanno riportato una iperattività dell'asse HPA in relazione al suicidio in pazienti con vari **disturbi psichiatrici** (Coryell, Schlesser, 2001, 2007; Jokinen et al., 2007; Norman et al., 1990; Pfenning et al., 2005).*

Riproduzione riservata

Il paziente a rischio suicidario



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

Suicidio: la relazione col paziente a rischio suicidario



Valutazione del rischio

Fattori inerenti la malattia

Malattia fisica/Mentale – Abuso di droga o alcol – Non compliance ai farmaci

Fattori inerenti la sfera personale

Stato civile nubile/celibe – disoccupato – sesso maschile – giovane età

Fattori inerenti gli eventi della vita

Anamnesi di parasuicidio – prigione – perdita di lavoro – divorzio – precedenti di suicidio in famiglia

Fattori inerenti la cultura e la società

Crisi economica – credo religioso – scarsa assistenza sociale – fattori geografici (es. giovani donne asiatiche)

Riproduzione riservata

Suicidio: la relazione col paziente a rischio suicidario



Sentimenti dell'operatore

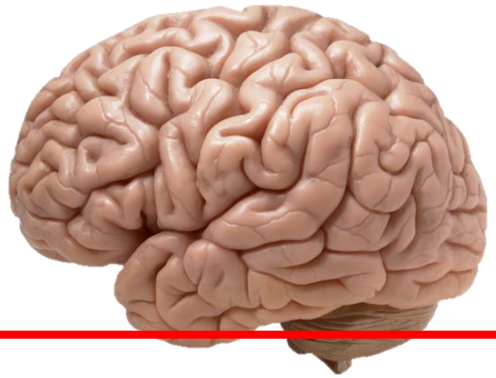
- *Vissuto di colpa*
- *Orrore, paura, shock*
- *Messa in discussione delle proprie capacità professionali*
- *Sentimento di svalutazione per se stessi*

Riproduzione riservata

Gli errori

Riproduzione riservata

Gli errori



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

L'apprendimento per prove ed errori

*Il problem-solving, procede per **prove ed errori** o "trials and errors" (secondo la nomenclatura introdotta da Edward Thorndike nel 1898, tra i precursori del Comportamentismo e tra i fondatori della Psicologia scientifica.*

1. L'apprendimento si verifica quando una variazione significativa delle condizioni ambientali (Stimolo) determina una modificazione reale (che permane nel tempo) del comportamento (Risposta). Questa modificazione può comportare il miglior adattamento possibile all'ambiente, ma può anche comportare l'acquisizione di un apprendimento non-funzionale (ad es. un alunno che impara bene una regola grammaticale sbagliata).

2. Perché l'apprendimento si verifichi occorre una stimolazione dell'ambiente che sia diversa da quella solita o precedente. Perché lo stimolo possa essere appreso è necessario che sia connesso, in qualche modo, alla soddisfazione di una motivazione presente nell'organismo che apprende ("in qualche modo", perché lo stimolo, di fatto, può agire su un organismo anche al di fuori della consapevolezza di chi lo riceve o della volontà di chi lo produce, come ad es. nel sonno, nel coma, ecc.).

Riproduzione riservata

L'apprendimento per prove ed errori

3. Se le variazioni dell'ambiente non sono significative, si verifica il fenomeno dell'assuefazione: nel senso cioè che lo stimolo viene percepito come se non fosse uno stimolo, ma, al massimo, come un elemento di disturbo cui non va prestata particolare attenzione (ad es. l'insegnante che in classe spiega cose nuove, ma che normalmente viene percepito dai ragazzi come una persona noiosa).

4. Il fenomeno contrario è quello della sensibilizzazione: ad es. se un bambino ha toccato un cavo elettrico ricevendone la scossa e subendo uno choc emotivo, può avere una reazione fobica o di panico alla semplice vista di un altro cavo, dopo quella esperienza.

Riproduzione riservata

L'apprendimento per prove ed errori

5. L'inizio dell'apprendimento si verifica già nel periodo pre-natale (ad es. mettendo un altoparlante vicino al ventre materno, i suoni trasmessi provocano un'accelerazione del battito cardiaco del feto). Sin dalla nascita l'organismo possiede, geneticamente, un determinato programma comportamentale (ad es. la pupilla si restringe ad una luce intensa = riflesso incondizionato). Il vero apprendimento non è altro che il tentativo di arricchire o modificare tale programma sulla base dell'esperienza (ad es. un neonato al quale si dà un biberon di acqua zuccherata insieme ad una carezza, reagirà in seguito alla carezza ruotando il capo alla ricerca del biberon = riflesso condizionato).

Riproduzione riservata

Gli errori



PROSPETTIVA BIOLOGICA



PROSPETTIVA COMPORTAMENTALE

Riproduzione riservata

L'errore nello svolgimento delle attività in comunità psichiatrica terapeutica



Riproduzione riservata

21 Gli errori più comuni



Molto spesso l'operatore si avvicina al malato convinto di essere a lui superiore, di poterlo indirizzare e guidare acriticamente . Gli strumenti della relazione che abbiamo indicato come unici strumenti adatti per la professione di operatore sanitario, stanno a indicare proprio il contrario: dobbiamo partire dal paziente e andare verso il paziente. ***Pensare che quella persona, in quanto malata, alla fine accetterà qualunque cosa gli diremo è sbagliato e dannoso****.*

Tipico errore è formulare una propria diagnosi prima ancora di parlare con il paziente facendo «copia & incolla» di esperienze passate o prendendo per oro colato ciò che viene riferito , dimenticando che tutto attende una convalida con altre informazioni . ***Il paziente non deve rientrare nei criteri diagnostici di un disturbo pensato per lui in sua assenza!***

Accade spesso che, nonostante un progetto terapeutico con la piena condivisione dell'equipe interdisciplinare, nella pratica quotidiana l'opera si spezzetta e ogni operatore va avanti "per conto suo". ***L'orchestra, per suonare in armonia, deve suonare un unico spartito.***

Riproduzione riservata

21 Gli errori più comuni

Il delirio di onnipotenza/ impotenza dell'operatore

L'intento salvifico del «Faccio tutto io». «Adesso son arrivato io!» è spesso foriero di un naufragio in beata solitudine. Ovviamente anche arrendersi aprioristicamente alla patologia del paziente non porta da nessuna parte. Questo rimanda al paziente un senso di incurabilità e di ineluttabile destino di malattia che produce in lui una resa e una solitudine profonda. ***Si azzerano le speranze e le possibilità di un cambiamento, di un miglioramento che, con una maggiore convinzione e con le risorse residue del paziente, possono essere sempre perseguiti. Basta trovare la strada e non arrendersi.***

L'incostanza

E' un errore molto comune, specialmente nel paziente grave, ma anche in quello che ci può apparire meno grave. La stanchezza legata a non percepire anche i piccoli successi che si possono ottenere può produrre ***una certa demotivazione e una perdita della curiosità nel lavoro con i malati mentali***

Mancanza di teorie di riferimento

E' importante avere una teoria della mente, la più ampia possibile, che possa giustificare, specialmente nella dimensione normale patologica la ricerca delle ragioni della condotta e che possa consentire di comprenderle nelle loro reciproche relazioni (ad es. il normale può essere compreso solo in relazione al patologico; la psicosi solo in rapporto alla nevrosi).

Riproduzione riservata

21 Gli errori più comuni



***Permea tutta la psichiatria non essendoci strumenti oggettivi di misurazione della sofferenza umano**, se non i test che hanno una loro ragion d'essere, ma che non forniscono certo dati completi e oggettivi del disturbo. Anche le diagnosi che vengono formulate sono quasi sempre basate su di una nosografia sindromica e non sui classici parametri della scienza medica (tipo, sede e causa della lesione) non essendo nota a tutt'oggi l'eziopatogenesi delle malattie mentali.*

*La mancata consapevolezza che gli stessi interventi, ad esempio la somministrazione o la prescrizione di farmaci cambiano il loro impatto sul paziente **a seconda della dimensione personale di chi e di come si esegue l'atto sanitario.** E' molto frequente che pazienti chiedano di non avere contatto con alcuni operatori, vuoi perché generano in loro ansia, soggezione, vuoi perché li avvertono come ostili. L'ostilità non è sempre legata alla dimensione psicopatologica del paziente; si dice che anche nel delirio più franco si può cogliere un elemento di realtà che, per quanto sconcertante possa essere, va sempre tenuto nella debita considerazione.*

*Sono due facce di una stessa medaglia, sono cioè la rappresentazione per opposti di due radicalizzazioni, a dire il vero attualmente molto meno accese, legate a due tendenze di due gruppi terapeutici: da una parte gli operatori definibili come "**biologici**", per i quali è sufficiente l'intervento farmacologico e attorno al quale può ruotare l'agire degli operatori non medici che comunque resta secondario; dall'altra parte gli operatori definibili "**psicologici**", per i quali l'agire medico è superfluo, se non dannoso, e il vero intervento terapeutico è quello psicologico e socioambientale.*

Riproduzione riservata

Gli effetti degli errori sul paziente



Rottura del rapporto

- Richiesta del paziente di cambiare operatore di riferimento o di cambiare struttura

Comprensione e perdono

- Il paziente reputa importante salvare la relazione terapeutica di fronte ad un'ammissione dell'operatore accortosi dell'errore nella gestione della relazione

Denuncia dell'operatore

- Situazione non rara, soprattutto in caso di pazienti affetti da disturbi di personalità che tendono a strumentalizzare l'accaduto

Riproduzione riservata

Gli effetti degli errori sull'operatore



Tendenza a negare l'errore

- Interpretando il comportamento del paziente come difesa o fuga

Proiezione di colpa

- …sul paziente o sui famigliari, sul contesto, sulle leggi, ecc.

Depressione

- Con un'accentuazione del sentimento di colpa verso il paziente (soprattutto nel caso di danni o addirittura di suicidio)

Riproduzione riservata

Gli effetti degli errori sull'operatore



Fattori protettivi rispetto agli errori

- *L'equipe*
- *La supervisione*
- *Corsi di formazione*
- *Percorsi di sostegno personali*

Riproduzione riservata

Grazie per l'attenzione

Riproduzione riservata