



PATOLOGIA PSICHIATRICA E MEDICINA DI BASE

ORDINE DEI MEDICI DI CHIETI – 3 e 10/11/2022 - 19/01/2023

Dott. Daniele De Donatis

Specialista in Psichiatria, Specialista in Neurologia, Psicoterapeuta

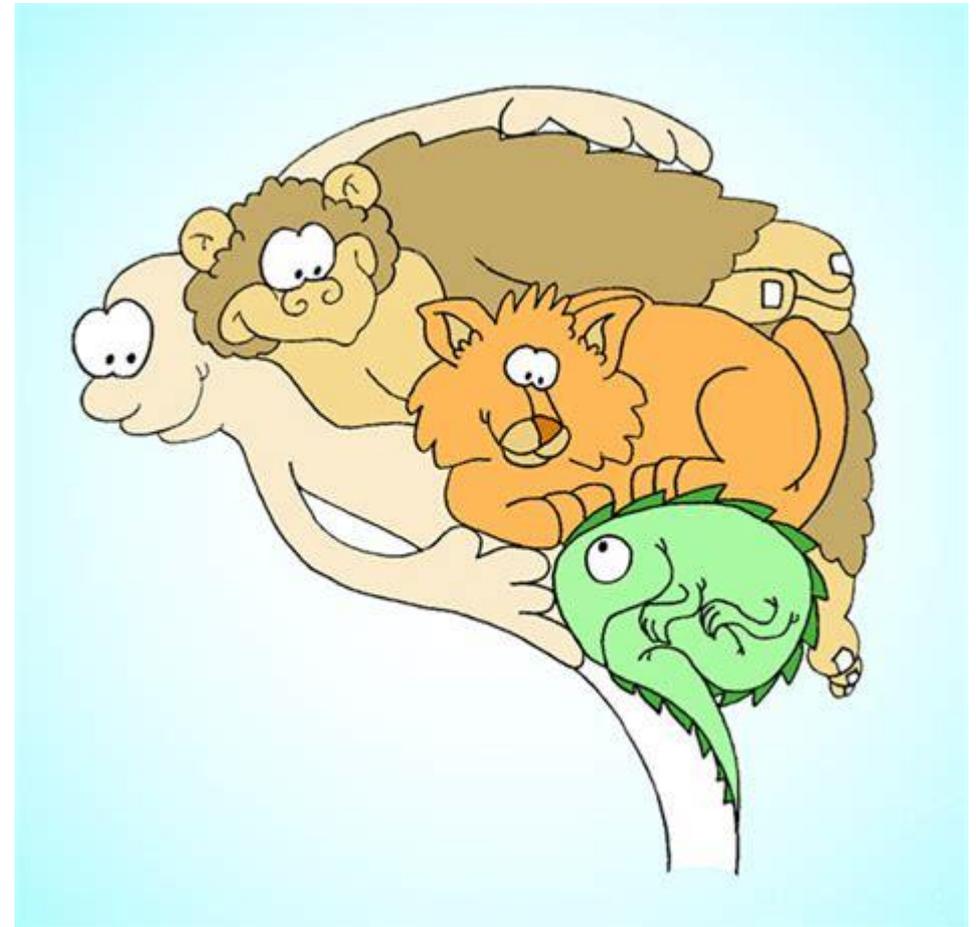
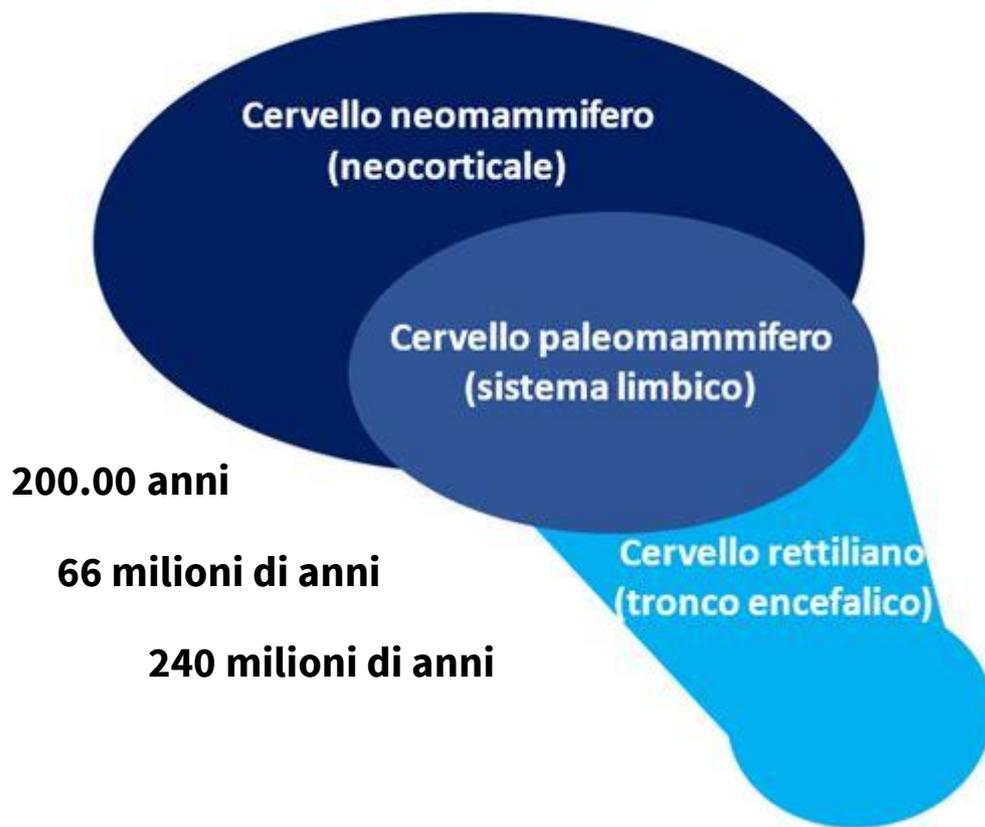
Dirigente Medico I livello DSM ASL Pescara SPDC OC Pescara

daniele.dedonatis@asl.pe.it - daniele.dedonatis@gmail.com

Web page: www.dedonatis.it - Cell. 3391221235

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO



MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

IO o EGO

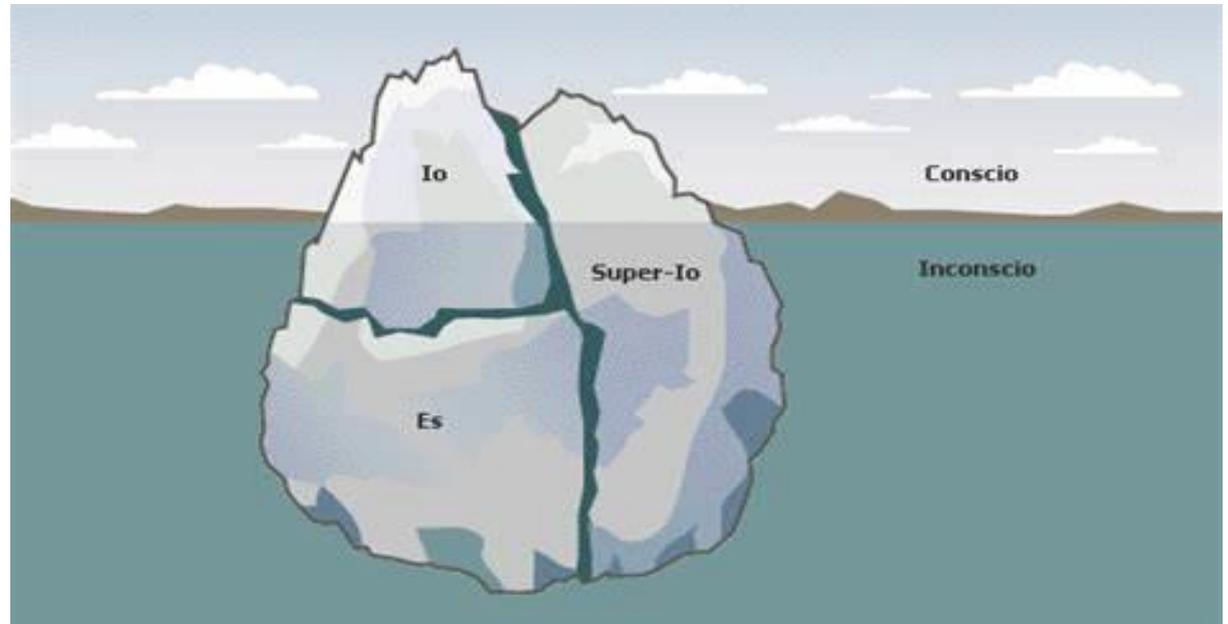
è la parte cosciente della psiche, ovvero la nostra interfaccia con la realtà

ES

è la parte primordiale, inconscia, dove hanno sede tutte le pulsioni

SUPER-IO

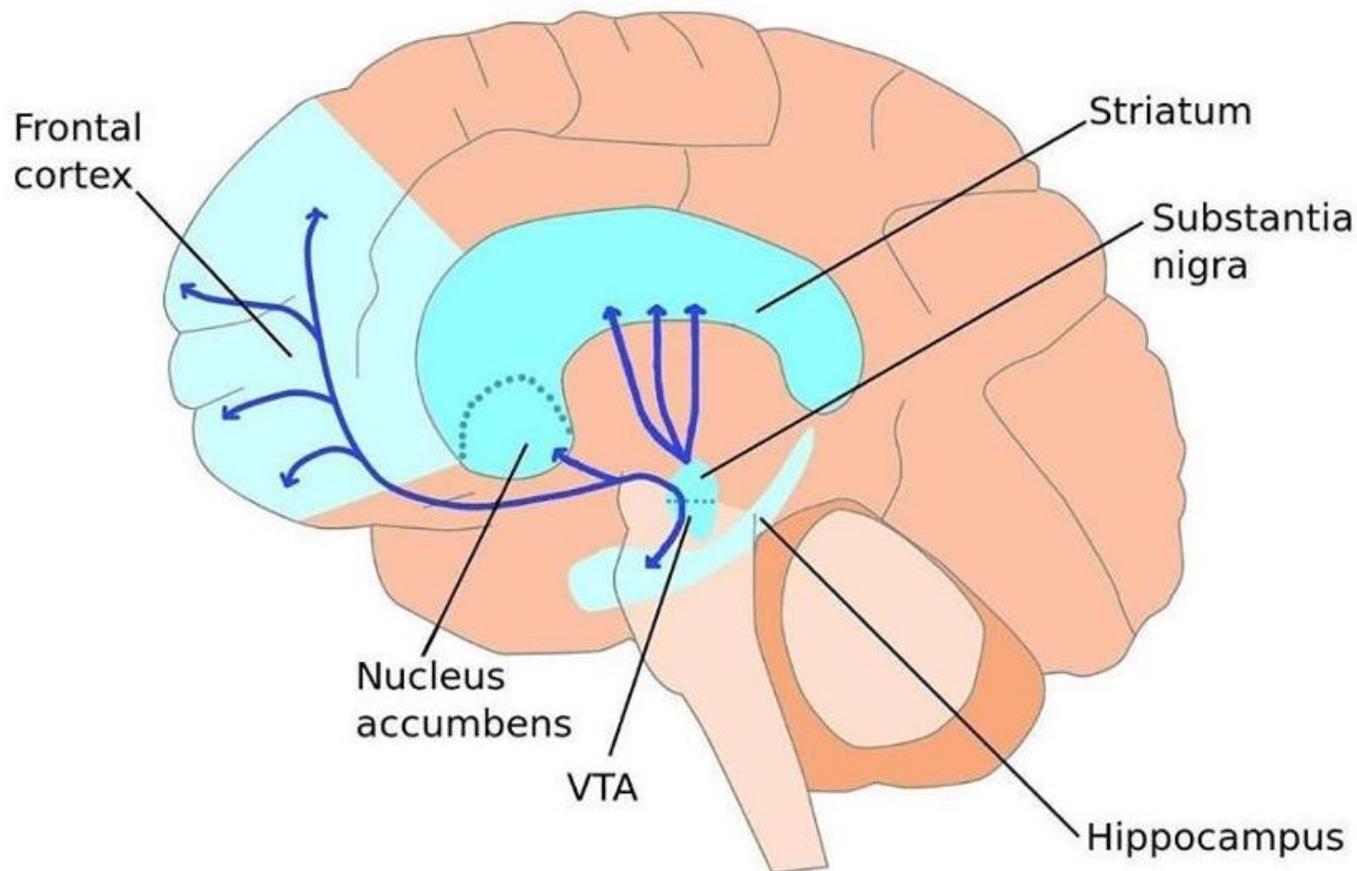
è la parte che contiene le regole morali, coscienti o inconsce, che cercano di governare i nostri impulsi



Intuitivamente potremmo dire che la neocorteccia corrisponda all'IO, la paleo e l'archicorteccia corrisponda all'ES e il loro interfacciamento funzionale determini la maturazione del SUPER-IO

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO



MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

COS'E' IL DISAGIO PSICHICO ?

E' la manifestazione psicologica vissuta come distonica dall'individuo che percepisce di non essere in armonia con sé e con il contesto sociale di vita e presenta una alterata gestione delle relazioni e della vita quotidiana.

QUAND'E' CHE IL DISAGIO DIVENTA MALATTIA MENTALE ?

Quando il disagio diventa particolarmente importante, disadattativo, durevole o invalidante si può parlare di malattia mentale

QUAND'E' CHE LA MALATTIA MENTALE DIVENTA UN PERICOLO?

Quando la capacità di gestione dei propri comportamenti sfugge al controllo razionale e mette in pericolo il paziente e le altre persone

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

COME AFFRONTARE L'INCONTRO CON IL DISAGIO PSICHICO?

L'accoglienza e la **condivisione** del disagio sono già elementi terapeutici, quindi **l'ascolto del paziente** è il primo passo verso un cambiamento di rotta dell'evoluzione del disagio psichico. Un **atteggiamento non sminuente e non giudicante** le istanze del paziente consente allo stesso di aprirsi nel colloquio riportando gli accadimenti di contesto e gli elementi intrapsichici necessari all'orientamento diagnostico.

COSA NON SOTTOVALUTARE DA SUBITO ?

Quando il paziente manifesta (o i familiari e l'anamnesi riferiscono) comportamenti aggressivi e violenti, gesti autolesivi, intenzionalità suicidiaria, impulsività marcata.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

QUAL'E' L'OBIETTIVO PRIORITARIO INIZIALE ?

Preservare l'integrità fisica del paziente e degli operatori che potrebbe essere messa a rischio dalla aggressività auto o eterodiretta del paziente (a volte anche da qualche operatore o da altri presenti al colloquio)

COSA DEVE OSSERVARE PRECOCEMENTE IL MEDICO ?

Il medico deve avere consapevolezza delle emozioni che si manifestano durante il colloquio e saperle gestire e controllare per evitare posizioni distorte di simmetria, oppositività, espulsione. Inoltre l'attenzione alla direzione di esse durante il colloquio, in senso peggiorativo o migliorativo è essenziale. Infatti il disagio psichico si comunica soprattutto con il linguaggio non verbale, quello proprio delle emozioni.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO



MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO



MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

PRINCIPI GENERALI DEL COLLOQUIO

Controllare la propria comunicazione non verbale e osservare quella del paziente. Come abbiamo detto le emozioni hanno come canale preferenziale quello non verbale e il disagio psichico viene comunicato soprattutto attraverso questo canale. Mimica facciale, posizione del corpo, gestualità degli arti, interazione con l'ambiente e con le persone presenti, tonalità, volume e ritmo della voce.

Ascoltare il paziente osservando adeguate modalità di comunicazione verbale: 1) inizialmente lasciando libera la fluenza del paziente o utilizzando domande aperte; 2) successivamente chiedere approfondimenti su singoli temi significativi per il nostro orientamento clinico; infine confrontando la sua lettura della realtà con alternative.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

ERRORI DA EVITARE NEL COLLOQUIO

Un eccessivo numero di domande provoca regressione dell'apertura del paziente. Evoca sentimenti di intrusione e non di accoglienza del disagio e spinge il paziente verso meccanismi di difesa.

Interpretazioni precoci e vaghe o addirittura contraddittorie. Sollevano dubbi sulla sincerità dell'accoglimento del proprio disagio e sollevano resistenze e calo di fiducia nel paziente.

Atteggiamenti giudicanti i comportamenti associati al disagio. Solleva nel paziente timori di essere giudicato o, peggio, di essere di fronte ad un atteggiamento manipolatorio che tende a minare le sue convinzioni.

Reazioni ad eventuali comportamenti provocatori del paziente. Esse sono l'espressione del disagio psichico e devono essere accolte.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

GLI ESITI DEL COLLOQUIO PERMETTONO

Al paziente di ridurre il disagio avendo certezza di uno spazio d'ascolto e di un supporto alla soluzione del suo disagio

Al medico di definire un orientamento diagnostico, prognostico e terapeutico che gli permetta di aiutare il suo paziente

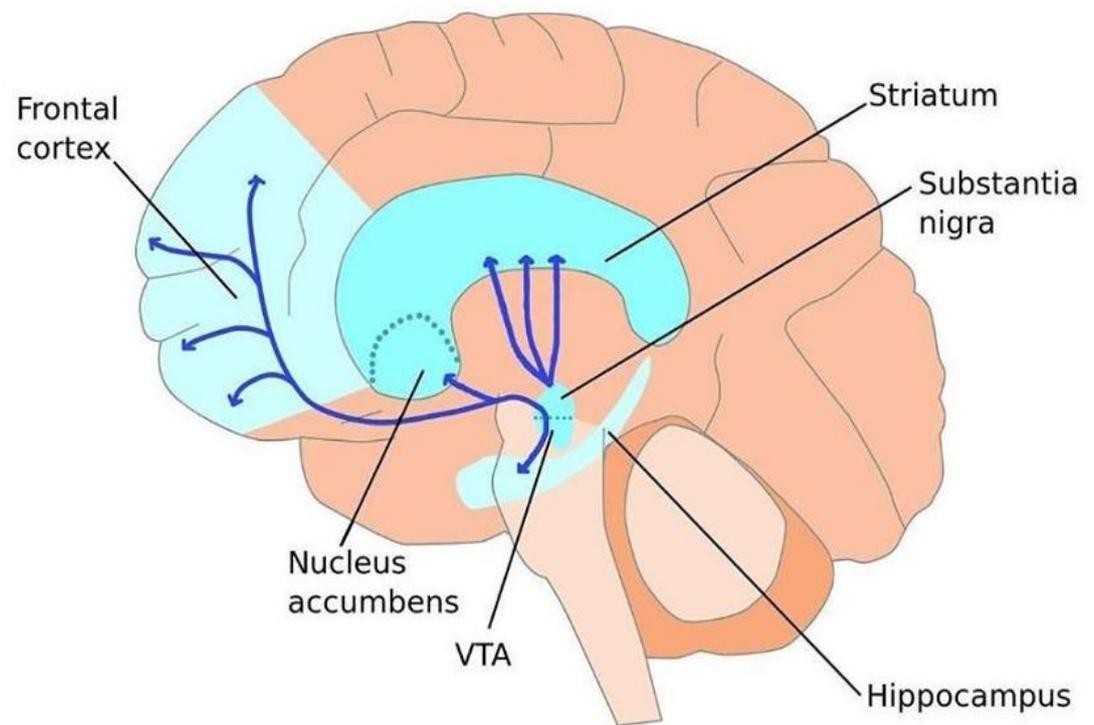
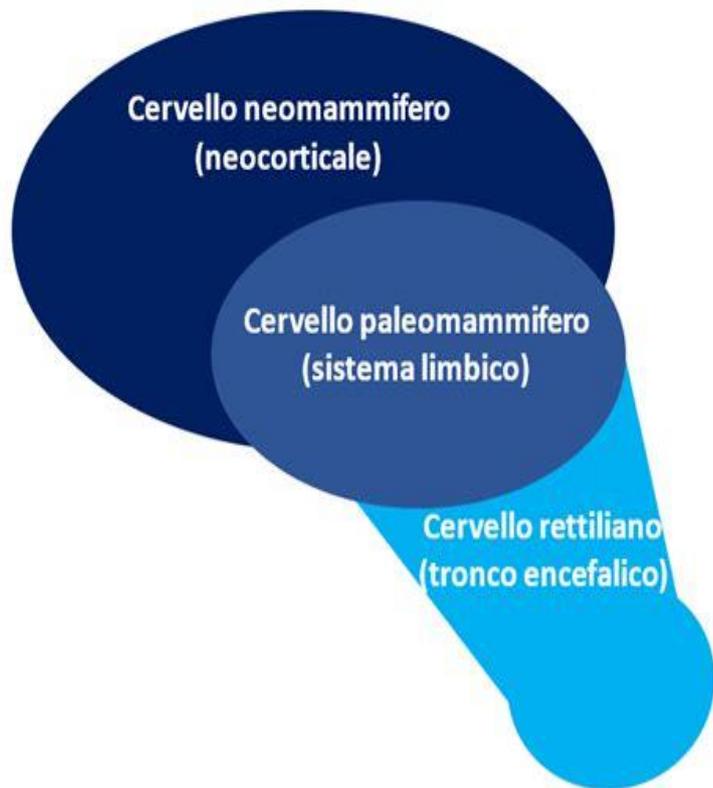
IL MEDICO A QUESTO PUNTO

- Ha reso il disagio tollerabile con il colloquio e il paziente lo reputa risolto.
- Ha valutato il disagio meritevole di invio psicoterapeutico in quanto resistente ma non ancora con le caratteristiche di malattia mentale.
- Ha valutato la necessità di invio specialistico psichiatrico in quanto ritiene essere una patologia mentale da affrontare con farmacoterapia.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO



MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO



MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

COSA FARE DI FRONTE AD UNA PERSONA AGGRESSIVA ?

Valutare nell'immediatezza la potenzialità del soggetto ad offendere, soprattutto se in presenza di armi o oggetti potenzialmente pericolosi come coltelli, mazze ecc.; in questo caso è necessario allontanarsi ed eventualmente richiedere la collaborazione delle forze dell'ordine.

Valutare il prima possibile l'evoluzione della fase di «escalation» in cui il soggetto si trova, ovvero definire il suo livello di rabbia, in quanto non è possibile utilizzare il dialogo ed applicare le tecniche di «**de-escalation**» quando il paziente è vicino alla fase critica di acting-out.

Se non ci troviamo nelle due condizioni precedenti possiamo applicare quei comportamenti di de-escalation schematizzati di seguito.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

De-escalation e ciclo dell'aggressività

La de-escalation consiste in interventi di desensibilizzazione progressivamente volti a ridurre e contenere lo sviluppo naturale del ciclo dell'aggressività. È fondata sul riconoscimento che alla base degli atti di aggressività vi è un'attivazione psicofisiologica (arousal) che comporta cambiamenti somatici e psicologici, primariamente cognitivi che si producono in relazione alla percezione di una minaccia. Si utilizzano tecniche di comunicazione atte a modulare gli stimoli positivi e quelli avversativi.

Il ciclo dell'aggressività si compone di 5 fasi (le fasi 1 e 2 sono quelle della pre-aggressione), per ciascuna delle quali vi è una particolare indicazione delle varie tecniche di intervento, che devono essere tempestive.

1. Fase del trigger (del fattore scatenante): il ciclo inizia con un primo scostamento dal baseline psicoemotivo della condizione ordinaria. Comportamenti verbali e espressivi (mimici e comportamentali) rendono percepibile l'avvio del processo. Riconoscere e rimuovere il trigger, isolare la persona in ambiente neutro, con più bassi stimoli.

2. Fase della escalation: schemi di intervento in questa fase prevedono l'utilizzo del cosiddetto *talk down*. L'intervento consiste in un approccio verbale che utilizza una comunicazione diretta (diretta espressivamente alla persona, con l'uso del nome), specifica (basata sulle rivendicazioni, frasi brevi, termini semplici) e positiva (atteggiamento non giudicante o controaggressivo, volto a trasmettere disponibilità a collaborare per la soluzione dei problemi, tramite il riconoscimento delle istanze). Trasformazione progressiva dei contenuti di violenza e minaccia in espressioni dialettiche.

3. Fase critica-acting out: punto culmine dell'eccitamento. Aggressione vera e propria. L'intervento deve focalizzarsi sulla sicurezza e gestione in acuto dell'aggressione.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

4. Fase del recupero-recover: graduale ritorno alla linea basale psicoemotiva. Fase delicata, poiché il soggetto è reattivo per eventuali nuovi trigger. Non attuare interventi intempestivi, volti a elaborare l'evento che potrebbero innescare una nuova crisi. Si raccomanda monitoraggio attivo ma distante, senza nuovi stimoli, inopportuni.

5. Fase della depressione post.critica: compaiono emozioni negative legate a sensi di colpa, rimorso o vergogna. Intervento di elaborazione dell'evento, volto a ridurre i sentimenti più gravi. Confronto con la vittima. Discussione dell'evento in staff.

Negoziazione, talk-down

Indicazioni operative:

- a. Non molestare, minacciare o assumere un atteggiamento negativo verso il problema.
- b. Non invadere lo spazio occupato dal paziente, ma mantenere una distanza utile.
- c. Stabilire un contatto verbale, frasi brevi e chiare, tono caldo e rassicurante, usare il nome personale del paziente. Continuare a dichiararsi d'accordo coi contenuti espressi e fare subito presenti le proprie prescrizioni.
- d. Porre il paziente di fronte a scelte alternative in modo da impegnare l'attenzione e distrarlo dall'originale programma motorio.

MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO

L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO

Comportamento stay cool (resta calmo) per gestire il paziente potenzialmente violento

S	Stand: Stare a distanza: 1.2 braccia di lunghezza. Posizionarsi di lato, piuttosto che faccia a faccia
T	Talk: Parlare con tono di voce uniforme, coinvolto; valutare tempestività e direttive delle risposte
A	Ask: Porre inizialmente domande semplici; evitare di essere provocatori; permettere al paziente di dire la sua, acconsentendo a dissentire
Y	Yellow: Non temere di passare per pauroso. Se si è spaventati uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto. Meglio essere imbarazzati che percossi
C	Concise: Non sprecare fiato con i pazienti agitati. Esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario
O	Observational awareness: Consapevolezza di ciò che si osserva. Vigilare sui segnali emotivi e comportamentali. Il paziente solitamente dà segni di violenza imminente come camminare su e giù, parlare da solo, essere bellicoso verso lo staff, essere offensivo e non seguire le indicazioni
O	Options: Offrire alternative di trattamento e speranza per il futuro del paziente. Nell'immediatezza le opzioni possono essere limitate, ma dare un'alternativa tra farmaco IM o per os significa offrire un'opzione al paziente. Offrire del cibo, il linguaggio universale dell'accoglienza
L	Look/Listen: Essere rispettosi. Mantenere il contatto visivo è importante, ma non fissare negli occhi un paziente potenzialmente aggressivo. Mantenere un'espressione neutrale. E' ovvio chi controlla la situazione clinica e non è necessario contestualizzarlo con un paziente che mette alla prova ciò. Scoprire cosa vuole realmente il paziente e quindi aiutarlo a determinare se è ragionevole o, in caso contrario, cosa può essere offerto in cambio

Da: Hillard R, Zitek B. Il paziente potenzialmente violento. In Hillard R, Zitek B. Emergenza psichiatrica. Roma: CIC edizioni internazionali; 2005:63-75