



# 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

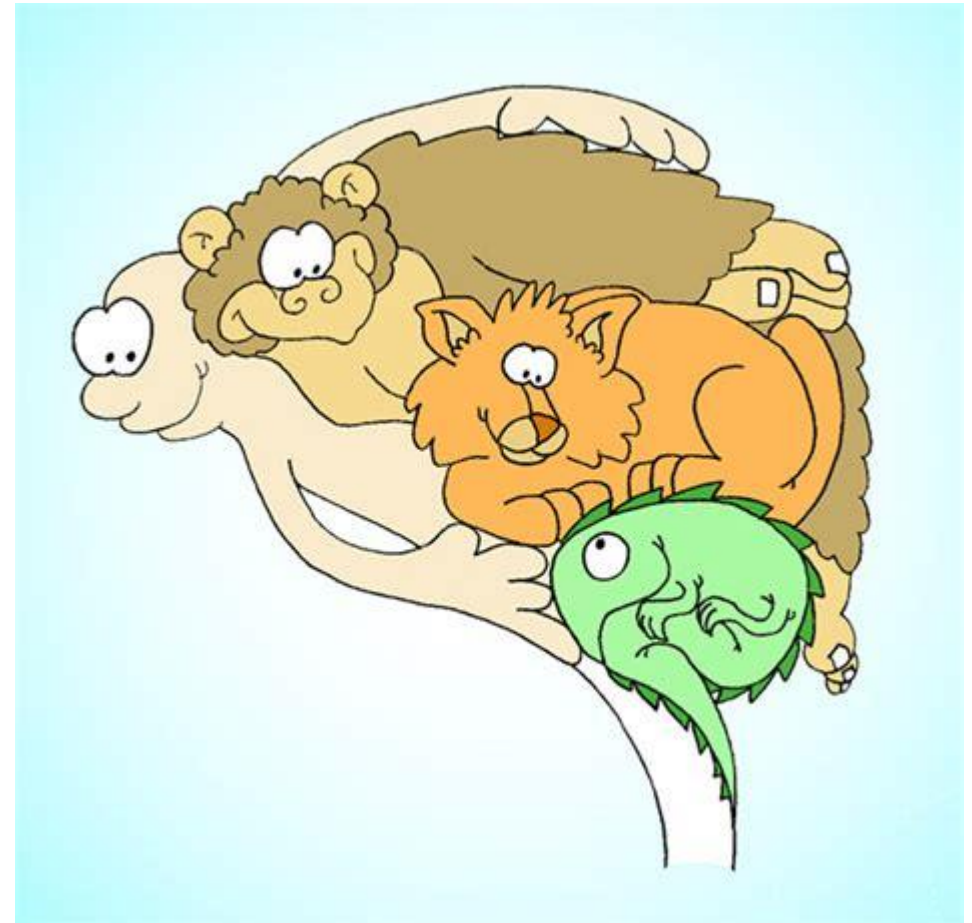
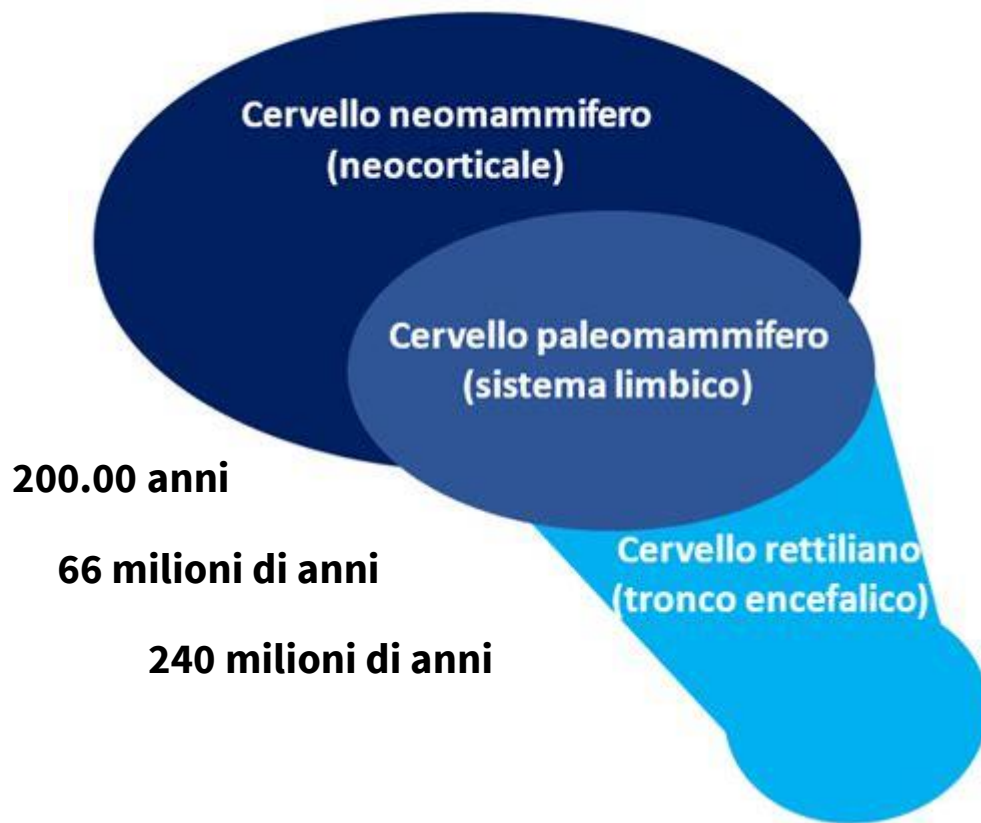
Dirigente Medico I livello DSM ASL Pescara SPDC OC Pescara

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

Web page: [www.dedonatis.it](http://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**

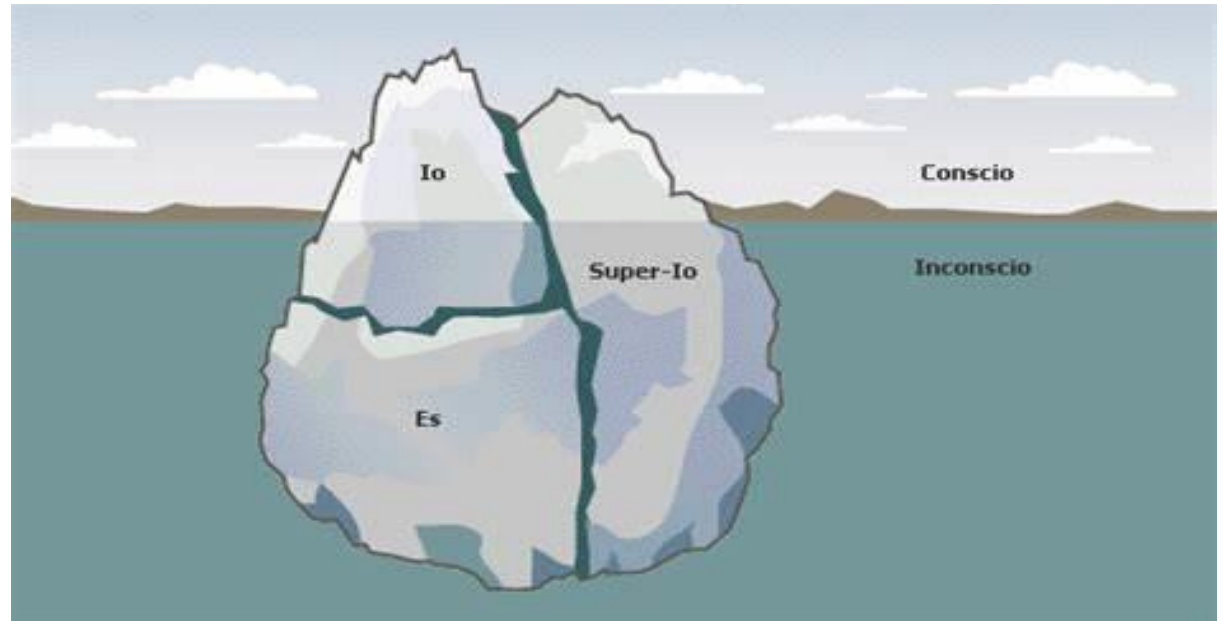
è la parte cosciente della psiche, ovvero la nostra interfaccia con la realtà

### **ES**

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

### **SUPER-IO**

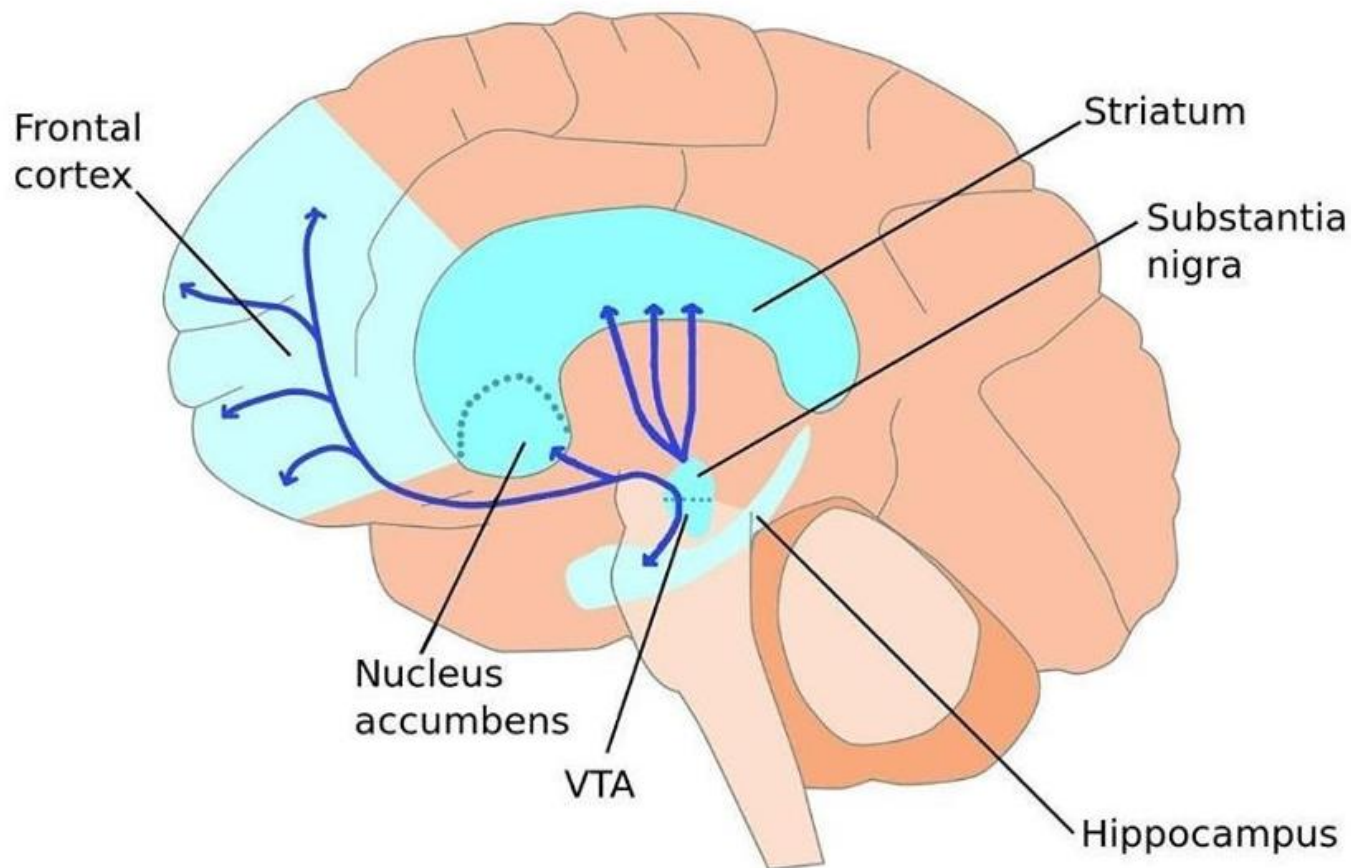
è la parte che contiene le regole morali, coscienti o inconsce, che cercano di governare i nostri impulsi



**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

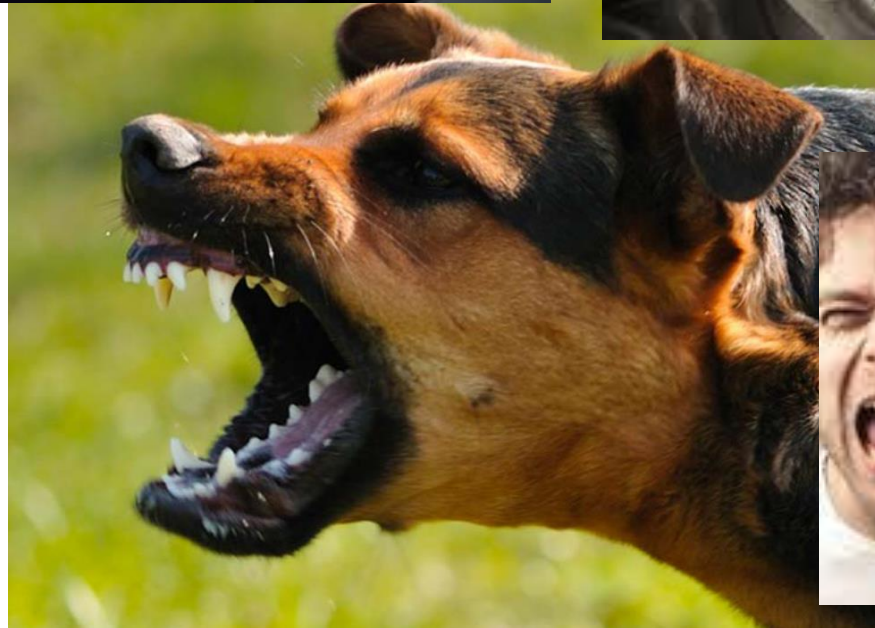
Al paziente di ridurre il disagio avendo certezza di uno spazio d'ascolto e di un supporto alla soluzione del suo disagio

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.

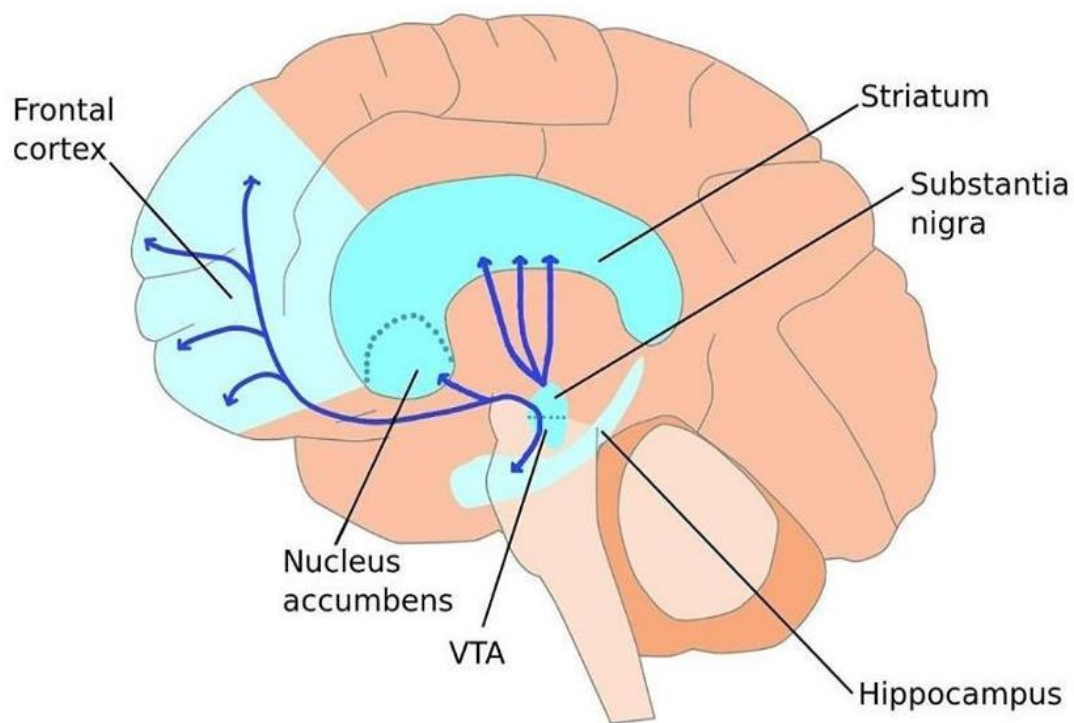
# MEDICINA DI BASE E DISAGIO PSICHICO L'INCONTRO CON IL PAZIENTE PSICHIATRICO





# 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

<b>S</b>	<b>Stand:</b> Stare a distanza: 1.2 braccia di lunghezza. Posizionarsi di lato, piuttosto che faccia a faccia
<b>T</b>	<b>Talk:</b> Parlare con tono di voce uniforme, coinvolto; valutare tempestività e direttive delle risposte
<b>A</b>	<b>Ask:</b> Porre inizialmente domande semplici; evitare di essere provocatori; permettere al paziente di dire la sua, acconsentendo a dissentire
<b>Y</b>	<b>Yellow:</b> Non temere di passare per pauroso. Se si è spaventati uscire dalla stanza, allontanarsi e chiamare aiuto. Meglio essere imbarazzati che percossi
<b>C</b>	<b>Concise:</b> Non sprecare fiato con i pazienti agitati. Esprimersi in maniera semplice e ripetersi se necessario
<b>O</b>	<b>Observational awareness:</b> 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
<b>O</b>	<b>Options:</b> 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
<b>L</b>	<b>Look/Listen:</b> 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